

Psicoterapia de la esquizofrenia. La realización simbólica en el siglo XXI

Autores

Norman Darío Moreno Carmona
Jeison Steven Rivera Saldarriaga



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA



e-ISBN: 978-628-7524-10-1

Colección Señales

Psicoterapia de la esquizofrenia. La realización simbólica en el siglo XXI

Norman Darío Moreno Carmona
Jeison Steven Rivera Saldarriaga

Medellín, 2022



**UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA**



Moreno Carmona, Norman Darío; Rivera Saldarriaga, Jeison Steven
Psicoterapia de la esquizofrenia. La realización simbólica en el siglo XXI
-- Medellín: Editorial Bonaventuriana, 2022.
146 p. -- (Colección Señales)

Incluye referencias bibliográficas
e-ISBN: 978-628-7524-10-1

1. Estados alterados de la conciencia; 2. Conciencia; 3. Esquizofrenia; 4. Psicoanálisis;
5. Psicoterapia

616.891 4
M8431

© Universidad de San Buenaventura



Colección Señales

Psicoterapia de la esquizofrenia. La realización simbólica en el siglo XXI

Autores: Norman Darío Moreno Carmona, Jeison Steven Rivera Saldarriaga.

Grupo de investigación: Estudios Clínicos y Sociales en la Psicología.

Línea de investigación: Estudios Clínicos

Proyecto de investigación: La realización simbólica en el siglo XXI. El caso de un joven con esquizofrenia temprana.

Universidad de San Buenaventura Medellín
Universidad de San Buenaventura Colombia
© Editorial Bonaventuriana, 2022

Universidad de San Buenaventura Medellín
Coordinación Editorial Medellín
Carrera 56C N.º 51-110 (Medellín)
Calle 45 N.º 61-40 (Bello)
PBX: 57 (4) 5145600
editorial.bonaventuriana@usb.edu.co
www.usbmed.edu.co
www.editorialbonaventuriana.usb.edu.co

Coordinación editorial: Daniel Palacios Gómez

Asistente Editorial: Laura Daniela Arboleda Ramos

Corrección de estilo: Melissa Pérez Peláez

Diseño y diagramación: Piermont S.A.S.

Las opiniones, originales y citas son responsabilidad de los autores. La Universidad de San Buenaventura salva cualquier obligación derivada del libro que se publica. Por lo tanto, ella recaerá única y exclusivamente sobre los autores.

Los contenidos de esta publicación se encuentran protegidos por las normas de derechos de autor. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio, sin permiso escrito de la Editorial Bonaventuriana.

e-ISBN: 978-628-7524-10-1

Cumplido el Depósito Legal (Ley 44 de 1993, Decreto 460 de 1995 y Decreto 358 de 2000)
Noviembre de 2022

Agradecimientos y dedicatoria

Lo maravilloso de la mente del ser humano, a mi parecer, radica en esas heridas que, una vez instauradas en lo más profundo del alma, pueden surgir para develar lo que cada uno es en esencia, de ahí que, cada uno de nosotros constituye un ser con una historia propia. Por eso deseo agradecer a Carlos por brindarme la oportunidad de poder adentrarme en su mundo, en su historia y sus particularidades; por dejarme ver sus angustias, sus miedos y más profundas preocupaciones. Asimismo, agradezco a su familia por abrirme las puertas de su hogar y su historia, todo lo que su vez ha enriquecido mi carrera profesional.

Dedico este libro a todos los profesionales que están interesados en escudriñar la mente de personas maravillosas con historias valiosas, y que, en su labor y vocación, creen firmemente que hay un lugar para cada uno de ellos.

Jeison

Tan difícil como para las personas que padecen algún trastorno psicológico y que deben vivir la incomprensión de muchos frente a lo que les sucede, resulta ser igual o más difícil para quienes los atienden con amor y dedicación. Solamente quienes hemos tenido la oportunidad de tener en nuestra familia a una persona en dicha condición, podemos llegar a dimensionar y valorar lo que implica su cuidado. Por eso quiero dedicar este libro y el esfuerzo que representa esta investigación a mi padre Fabián (qepd) y a mis hermanos y

familiares que hemos transitado por este a veces tortuoso sendero del amor; y en especial a mi hermana Rosita, a Isabella, Juan David y Lina, a Emmanuel, Pilly y José, a Miguel Ángel, Julián y Susana, a Daniel, Fredy y Yenny, a Simón, Claudia, Elkin y Cecilia, a Mauricio, John Jairo y Javier.

Norman

Contenido

Agradecimientos y dedicatoria	4
Presentación	8
Prólogo	11
Introducción	24
Sobre el tratamiento psiquiátrico de la esquizofrenia	26
El lugar de la psicología en el tratamiento de la esquizofrenia: antecedentes históricos e investigativos	46
Marguerite Sechehaye y el exitoso método de la realización simbólica en el tratamiento de la esquizofrenia	58
Diseño metodológico	83
El caso Carlos: historia clínica	88
Resultados: el método de la realización simbólica puesto a prueba	104
Conclusiones	148
Sobre los autores	161

Lista de Figuras

Figura 1.	Fórmula Médica de Carlos	36
Figura 2.	Administrador de Códigos Atlas Ti	106
Figura 3.	Red Atlas Ti sobre el problema psicológico	107
Figura 4.	Red Atlas Ti sobre la dinámica familiar	114
Figura 5.	Red Atlas Ti sobre efectos de la intervención	137

Presentación

Cuando apenas era un estudiante de psicología en la Universidad del Valle, hacia mediados de los años noventa, con las limitaciones de alguien proveniente de otra región y que solo gracias a la universidad pública le era posible estudiar una carrera profesional, acostumbábamos con algunos compañeros pasar de vez en cuando por una reconocida librería en las cercanías de la universidad, con el fin de descubrir algunas joyas relacionadas con nuestra disciplina y cuyo precio nos fuera asequible. En una de esas visitas, me encontré con algunos libros de una reciente colección del Fondo de Cultura Económica, denominada “Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis”, entre los cuales un ejemplar llamó mucho mi atención y cuyo título era *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica* de [Marguerite A. Sechehaye \(1994\)](#).

Al ojear el libro, me impactó que en la contra carátula se afirmaba que la autora había realizado “una de las curaciones más dramáticas y espectaculares que registra la historia del psicoanálisis”¹. Y cuál sería mi sorpresa al descubrir que se trataba de un método desarrollado por la psicóloga suiza hacia mediados del siglo XX para el tratamiento de la esquizofrenia, y cuya segunda parte consistía, precisamente, en el relato de la paciente sobre su propio padecimiento y el proceso que la llevó a la cura.

¹ Contracarátula del libro ([Sechehaye, 1994](#)).

Me impactó de este caso, en primer lugar, que no menos de quince psiquiatras de renombre, tomando en cuenta todos los intentos de tratamiento conocidos hasta entonces, habían dado por perdido el caso; y en segundo lugar, porque tratándose de un método de naturaleza puramente psicológica logró no solo una remisión, sino una verdadera curación que llevó a una paciente cuya enfermedad inició a los catorce años, siendo internada en varios sanatorios por años, agudizándose su enfermedad mental hacia los diecisiete años y empeorando cada vez más, con una desintegración esquizofrénica total con pronóstico de idiotez, hasta convertirse en una mujer que, después de restablecida, cursó estudios superiores, obtuvo su diploma y un premio universitario, incluso publicando dos trabajos muy estimados.

Ello contrastaba con lo que se ha venido planteando desde Freud y pasando por distintos movimientos psicoanalíticos, de que existe algún nivel de coincidencia en las dificultades de aplicar el método psicoanalítico en las patologías cuya estructura base es la psicosis, y la mayoría está de acuerdo en que, cuando se trata de patologías graves como la esquizofrenia, el pronóstico es incierto y la evolución tiende a ser deficitaria.

Pero, desde mi encuentro con el libro de Sechehaye, y hasta ahora, me ha cuestionado no solo la ausencia de mención de esta autora o de su método en la formación clínica en los pénsumes de los distintos programas de psicología del país, sino la generalizada idea en nuestro medio y, preocupantemente, en nuestra profesión, que tal vez la mejor alternativa de tratamiento para la esquizofrenia es la farmacología, acentuando el debate entre el origen biológico y psicogénico de la misma.

Ante la reciente necesidad de una familia cercana, de una ciudad del suroccidente colombiano, por la aparición de comportamientos “extraños” en uno de sus hijos, quien fuera diagnosticado con esquizofrenia a sus dieciséis años y que ya había tenido períodos de internamiento en hospital psiquiátrico, luego de cuatro años de tratamiento farmacológico y varios intentos de atención psicológica fallidos, solicitaron mi apoyo u orientación para hacerle frente a esta nueva realidad que les tocaba vivir. Por la distancia geográfica, que me

imposibilitaba asumir el caso, acordamos acompañar a un joven psicólogo, exalumno y coautor del presente texto, para que iniciara un tratamiento psicológico al joven, bajo mi supervisión, y con la intención de hacer un seguimiento riguroso de la aplicación del método de la realización simbólica.

El caso viene siendo abordado desde abril del 2019 —con una importante interrupción de cerca de ocho meses por el confinamiento por la COVID-19—, con reuniones semanales de seguimiento y discusión, revisión de la metodología y planeación de actividades. Dados los importantes avances que ha mostrado el paciente, decidimos documentar el caso mediante la presente propuesta de investigación, que pretende dar cuenta del tratamiento y puesta a prueba del método de Sechehayé.

Norman Darío Moreno Carmona

Prólogo

Mi amigo Norman Moreno, junto con Jeison Rivera, nos recuerdan en este texto que la demanda del psicótico, de [Schreber \(1903\)](#), no es que le quiten las ideas extrañas o el delirio, sino que, realmente, lo desalojen de ese lugar infernal de ser objeto, de ser objeto de desecho, de lo siniestro, del vacío que anuda lo real imposibilitado: el lazo con lo simbólico. El psicótico busca, a través de su delirio, ordenar ese parapeto que se incorpora en lo real como un artificio en el (sin)sentido del lenguaje, en lo simbólico provisto de sentido, como un más allá del lenguaje.

Como ese lenguaje fundamental, ese sistema de notas que escribe y que le permite decir quién es como ser del lenguaje para el otro que le pone freno, precisamente en el lenguaje de Schreber, su escritura es la que permite encontrar un punto de anclaje en ese discurso no cifrado, pero si esto es así en el caso Schreber, ¿qué pasa con el estudio del lenguaje en la psicosis?

Pues bien, los investigadores en este estudio de caso nos señalan cómo la mayoría de las investigaciones concernientes al lenguaje han hallado su fuente de desarrollo en las preguntas que tienen como objetivo al hombre mismo, su origen, su presencia en eso que le habita y le ayuda a responder ese quién es él y él quién es para el otro en el lazo comunicacional, en el sentido que es precisamente esa capacidad representacional la que posibilita la interacción con lo social, con lo particular de su ser; es allí donde se establecen las condiciones

propias de la cultura y las formas para pertenecer a ella, determinando lo que lo hace verdaderamente humano, es decir, su adaptabilidad.

De ahí la importancia en el saber de los procesos comunicacionales que se establecen en la interacción humana y cómo se instauran sus vínculos, claro, vía el lenguaje. Esto nos remite al análisis de la lingüística y de esos otros elementos fundamentales que la han tomado como base estructural, como la semiótica; también podríamos pensar esa relación entre lo biológico y el lenguaje, yéndonos por la psiquiatría biológica en el estudio de las afecciones mentales y el vínculo con la palabra, al igual que las emociones, las causa y el origen que nombra al sujeto en su historicidad que no posee otra forma de decir que no sea la del lenguaje, de dicho estudio se ocupan la psicología cognitivo conductual, la psicología psico-dinámica, el psicoanálisis.

Por lo anterior, el estudio del “Caso Carlos” se convierte en un punto relevante para el acercamiento a las huellas que la historia del hombre ha dejado en su intento de comprender las diferentes instancias que afectan su devenir, marcan los trazos simbólicos y del lenguaje. Es la manera particular de establecer relaciones de comunicación, de pensar, de hacer, de representarse consigo mismo y con lo social, es decir, de adaptarse.

La lingüística, junto con la semiótica, se convierte así en un punto clave en cualquier tentativa de aproximación a los vínculos que el hombre crea como ser que tiene una capacidad de abstracción, de observación y de locura.

En esta medida, y pensando en la locura —lo que implica ese lazo representacional no anudado en lo simbólico— surge el interés de preguntarse desde la lingüística y la semiótica como bases estructurales y con referencia a la psico-dinámica, a la psiquiatría y al psicoanálisis, la relación y las diferencias que poseen los conceptos de signo y símbolo, y desde allí entender el carácter representacional particular del discurso en las diferentes estructuras psíquicas, en particular la psicosis y hacer lectura del Caso Carlos.

Por esta razón, cualquier estudio sobre lo simbólico vendría a agregarse a esta preocupación por el hombre, por su lenguaje, por su condición

específica de interacción con el mundo, por la relación característica que sostiene con lo real, con la locura.

Al hablar del símbolo y el signo, se hace pertinente saber desde dónde se define y poderle dar vía en este texto, para un posible tratamiento de la enfermedad mental, de la psicosis. Entonces diremos que el signo es una cosa que vale como representación de otra, en su ausencia, de acuerdo con Umberto Eco, y también dirá que las expresiones simbólicas son siempre una nebulosa de contenido, o sea, su significado parece inabarcable y se muestra de una manera vacía, borrosa e imprecisa. Y lo simbólico será el espacio en el que la representación se muestra de una forma enigmática, angustiante y en momentos hasta siniestra.

El símbolo opera como los sueños, son para Freud (1900) imágenes que representan otras representaciones encubiertas, reprimidas. Por lo tanto, podríamos decir que el símbolo desde el espacio de lo simbólico se comporta como un texto que ha de ser descifrado por el autor, pese a sus dos formas de desciframiento en la que se muestra el símbolo; una que se descubre y la otra enigmática e imprecisa o vacía y siniestra, un real que nombra la psicosis.

Lo simbólico es un “todo cumplido en sí”, posee “coherencia interna” pese al (sin)sentido, no necesita ninguna excusa externa, dice lo que dice, es el todo y la nada, dice y nombra lo indecible. Entonces, el símbolo. Es decir, no puede haber experiencia sin artificio, sin escenario, sin rechazo, sin cultura, sin fallo, sin deseo, sin engaño, sin recuerdo. Pensar en una facultad simbólica primitiva, filogenéticamente implantada, resulta en una forma indirecta de sacralizar lo que la experiencia estética como símbolo parece dejar fuera, la razón. Esta forma de pensar lleva a concebir lo simbólico como la forma institucional, cristalizada, del sentido de la experiencia estética o de la emoción, un simbólico primario que nombra ese real en la psicosis, y a la ciencia como la forma institucional de la razón.

Por esa razón, Blanco et al. (2003) sugiere que experimentar algo simbólicamente consiste en apreciar la forma en que la representación se engasta con

nuestra vida, en tanto vida. Eso es lo que crea un vínculo inusitado entre cosas tan distintas como una autobiografía y un tinto, una danza colombiana, cumbia o un mapalé, con una región africana. Es también este compromiso teórico de la experiencia estética, lo simbólico, con la vida, lo que permite que vivir sea siempre un trampantojo a la locura, un artificio en el orden de lo simbólico.

Lo simbólico es el laboratorio de la experiencia estética, de lo inconsciente. Lo simbólico tiene la obligación de vincular y religar permanentemente los distintos aspectos de la experiencia —lo que sentimos, lo que ignoramos, lo que tememos, lo que sabemos, lo que hacemos y lo que queremos— a través de sistemas simbólicos concretos.

La experiencia estética, la experiencia simbólica de Carlos, tiene su territorio prioritario en el agua, en la muerte, en el aborto y en el dinero, justamente porque el vacío en él hace explícito el plano de la representación que dispara la actitud contemplativa, siniestra y agónica de lo real en la psicosis. Lo simbólico hace ver que la gracia está en el artificio de la representación de la locura.

El símbolo institucionaliza el artificio, definiendo así las condiciones mínimas de la contemplación. Señalan y convencionalizan el tránsito entre los planos funcionales de la realidad, la cognición y la representación. El fondo sobre el que se construye la vida humana es la búsqueda de sentido, incluso cuando la supervivencia misma está amenazada, borrada. Y el sentido de la experiencia estética, lo simbólico, si no su fundamento, es crear dominios para especular y ensayar sobre las condiciones de la vida, de la locura y hasta de la muerte.

Hay algo indecible en el centro de estas formas de expresión en Carlos, más gracias a esta misma razón se generan una infinidad de asociaciones marginales que rodean ese centro. De ahí que la idea del símbolo sea interminable, es productor y reproductor de sentido, expresando lo indecible. El símbolo desde lo simbólico como la experiencia estética nos señalan unas pautas que siempre estarán envueltas en un halo de misterio, pero que no por ello no nos permita atravesarlo y descubrir una forma de reconocimiento de una realidad contradictoria y a la vez contundente, lo real en Carlos.

Este lenguaje permite saber de la experiencia no dicha, de la emoción que está envuelta en un halo velado, frágil y agujereándola, que cruza los límites del miedo, del horror, de la angustia e, incluso, de lo siniestro, lo real en la locura. Esto implicaría que sería la emoción la que empuje a la experiencia a la salida del discurso; pero en la psicosis, por lo general, la salida es delirante, sin descartar la posibilidad de que la emoción como mediador pueda objetivarse en un discurso del orden de lo simbólico. Así lo simbólico termina por expresar la emoción, permitiendo vías de anclaje, de adaptación en la psicosis y en la esquizofrenia.

Desde lo simbólico, los símbolos permiten la comunicación directa con eso “real” de lo que tanto hablaba Lacan. Lo real, a su vez, es todo aquello que tiene una presencia y existencia propia y es no representable; por tanto, lo real es el mundo exterior tal como es, en este sentido también es imposible en tanto que toda representación es un agregado, es un añadido a lo real, un engaño, en tanto la condición de lo real es que no se puede entrar en ello y no se une a nada, en lo real queda forcluido el sentido del símbolo, falla. Símbolo, como ya lo dijimos, es el que dice algo distinto de lo elegido, es decir, articulando una relación de doble sentido.

Esta articulación sería, en primer lugar, que la realidad que va más allá de lo elegido enunciado por el símbolo es una representación que es fácilmente deducible, es decir, no es inmediatamente entendido, pero su significado nos llega de una manera directa o a través de un rodeo interpretativo que no presentaría mayores dificultades.

En el segundo momento, esta representación recordada se nos presenta en forma de enigma. A esta última situación es a la que se refiere Jung (1964) cuando piensa que el símbolo es el principal término posible de algo en sí ignorado, o sea, su sentido parece inabarcable y se muestra de una forma borrosa e imprecisa. Esta segunda forma de acercamiento al símbolo dirige siempre a un enfrentamiento con un (sin)sentido, lo real en la locura.

Lo simbólico se erige como camino nublado e inseguro, como caminar por

el filo de una navaja con los pies desnudos o como el internarse en un bosque espeso, desconocido y sombrío a altas horas de la noche, sin mapa, sin brújula y sin linterna; el símbolo nos delimita un patrón que siempre estará enmarcado en un halo enigmático, pero no significa que por ello no se nos permita atravesarlo y descubrir una forma de reconocimiento de un dominio contradictorio y a la vez contundente, lo real y el sueño real de la locura. El sueño en la psicosis aparece como un saber del símbolo, lenguaje no articulado que no logra descifrar lo real, es un lenguaje simbólico.

El fondo sobre el que se construye la vida humana y se hace vida es la búsqueda del sentido, incluso cuando la muerte cruce y la supervivencia misma está amenazada. Y el sentido de la experiencia estética en lo simbólico, si no su fundamento, es crear dominios para especular y ensayar sobre las condiciones de la vida, de ese real que se impone y ahoga de horror, del vacío en el silencio del discurso, lo real en la psicosis.

La experiencia estética intenta hallar sentido y el sentido es el significante “cuerpo” que el psicótico intenta construir desde un real no anudado, un artificio. El cuerpo es para todo sujeto un cuerpo que habla, es símbolo, el cuerpo en la psicosis se transforma en el escenario de un conflicto, en un teatro en el que el síntoma como enigma se muestra como metáfora perdida, que falla, como ese real imposible de representar, solo bajo la angustia del horror él nombra lo que le habita, lo que dice, lo que le nombra desde fuera, el engaño que intenta articular con su delirio. Un cuerpo dibujado, más no interpretado por la representación de lo real, sino del síntoma.

Es por ello por lo que el síntoma en la psicosis vela un enigma de carácter siniestro, un mensaje vacío del orden de lo inconsciente dirigido al Otro y que demanda ser puesto en palabras, demanda ser del sentido. Lo demanda en tanto al propio sujeto que lo padece se le presenta como una certeza hecha palabra no cifrada, como un símbolo borroso.

Perder la razón es un viaje horroroso por el laberinto de la mente, en donde habita el gran Minotauro, pero carecemos del hilo conductor de

Ariadna para guiarnos en ese camino silencioso y angustiantemente oscuro. La psicosis está lejos de la metáfora y bastante cerca de lo siniestro, de los enigmas de lo humano, una nebulosa de contenidos. La locura seduce, engaña y confunde la razón. La psicosis posee, se cubre de razones que la razón misma no alcanza a comprender, a pensar y por ende a mirar.

A la ciencia y la academia les ha costado años enunciar lo que lo simbólico ha plasmado anticipadamente con la eficacia irrepetible de una nota, un movimiento, un ritmo, un verso o una frase: el mundo de las emociones, los mitos, las imágenes y los ritos. Un lenguaje, la experiencia estética, que permite la articulación de la locura con ese real, desde el espacio de lo simbólico.

Los indígenas Kogi, en Colombia, para hacer una analogía con el proceso de creación del símbolo en la intervención en la psicosis desde la experiencia estética, en el encuentro del (sin)sentido, plantean: “tejer es hacer salir la propia sustancia”; pensemos en la imagen de la araña extrayendo hebras de seda de su propio cuerpo, de su interior, de las entrañas del ser y formando estructuras con los fragmentos de sí misma; así, la vemos creando un universo matemático, exacto, de maravillosa delicadeza, ordenado, pero, al mismo tiempo, le vemos poderosa, grande y altiva, contemplando su capacidad depredadora, la cual también es inherente a ella misma, a la locura ante la caída de la razón.

Las arañas tejedoras, tejedoras del destino, de la vida y de la muerte, de lo simbólico. ¿Y qué más creación, que más experiencia estética que ocuparse del propio destino, de lo humano y de su locura? Tomando como referencia la frase de los Kogi, al pensar el encuentro con el tratamiento en la psicosis, se puede decir que apunta a que “crear es hacer salir la propia sustancia”, es permitir a partir de la dialéctica simbólica no asimilada por ese real anudado en la locura, un sentido que permita hallar desde el símbolo la ruptura, el vacío que cubre con su velo la psicosis.

Y hacer salir la propia sustancia es conectarse con el proceso de individuación, es encontrarse con la locura y, en ese proceso, conectar la propia sustancia.

Estamos en un continuo de creación, y, de esta manera, cumplimos con la esencia, como fuente que sujeta dentro de sí la conjunción de las cosas y cuyo fin es la síntesis del reconocimiento del sí mismo.

Para tratar de entender a través de lo simbólico cómo pudiésemos aproximarnos a ese misterio, enigma, que es la locura, me valdré de la experiencia estética, asumiendo que el origen y la existencia de la naturaleza humana es un misterio para nosotros, y el inconsciente ha producido respuestas para comprender ese vacío que nombra la psicosis. Jung (1999) sostiene que:

La obra creativa surge de las profundidades del inconsciente. Si predomina lo creativo, predominará lo inconsciente como fuerza conformadora de vida y de destino frente a la voluntad consciente, y la consciencia, a menudo mera observadora desvalida, se verá arrastrada por una pujante corriente subterránea. (p. 53)

Es permitir que cuando la experiencia estética emprende la creación seamos agitados estruendosamente por las proximidades de la locura para tomar consciencia de algo de lo real que se avecina y de lo cual somos simples objetos; es como si una fuerza que no podemos contener se apoderara de nosotros y nos condujese a la locura, dejando un rastro que ya no es visible a los ojos de la razón, al laberinto del (sin)sentido, hallando en la identificación del artificio el trampantojo que nos oculta la salida.

Con lo anterior, podríamos plantear algunas formas para comprender la experiencia estética, lo simbólico que nombra la psique, la locura misma: primero, cuando se entiende que el símbolo es fundamentalmente expresión del mundo emocional, es decir, la experiencia estética —lo inconsciente— como una manifestación artística, plasmado a partir del sentir que proyecta el autor en su obra de arte, en la búsqueda de generar un sentido que el propio espectador en su individualidad nombra. Segundo, cuando considera que en el símbolo se trasciende la razón y la lógica se superan las leyes del lenguaje y se pone en marcha incluso un modo de percepción diferente al habitual, proceso de proyección que permite nombrar la estructura psíquica y de esta forma nombrar y redefinir, redimir la locura, es decir, lo simbólico como espacio que permite la movilidad fijada por ese real.

En esa medida la experiencia estética, lo simbólico, es una manifestación del inconsciente, en su posición más primaria. Tercero, cuando se entiende que es pura espontaneidad, es el símbolo en su modalidad de enseñanza que permite establecer condiciones de normatividad y adaptabilidad en los sujetos. Es decir, cuando se considera que el símbolo implica la producción de algo que impacta de manera desmedida al espectador, lo simbólico propiamente dicho, un enigma que no posee definición es solo a partir de la locura que encuentra sentido.

Todas esas formas de considerar la experiencia estética, entre otras, implican una familiaridad, al menos, con aspectos que tienen también que ver con la locura en su sentido más amplio: parecen aludir siempre a algo que no es posible aprehender completamente por la razón y que escapa a su área de influencia. Ello trae consigo una cierta dificultad de diferenciar en ocasiones entre ambos ámbitos de manera perfectamente nítida.

Es frecuente que los investigadores hayan considerado el símbolo como expresión de la subjetividad o como expresión de sentido. En realidad, esto no es más que una forma de entenderlo; pero al considerarlo así ya se está determinando de alguna manera qué es lo que se va a encontrar a la hora de mirar la experiencia estética, lo simbólico como un acto creador y de analizar su posible relación e integración con la locura, esa exaltación de lo emocional que implica el exceso, lo real, en la ausencia de control por la razón y la voluntad, el sometimiento a los impulsos instintivos, presos de la angustia, sin un ordenamiento de lo simbólico.

Locura, la del que busca lo bello en sí mismo, no la belleza cambiante de las formas, es la locura de quien a la manera de Dante camina en medio de los círculos, realidad del infierno, hacia lo bello, entrando en el cielo de lo sublime, donde solo se puede acceder sin acompañantes en la más profunda soledad, en la espera que contiene las ansias de responder; es el instante en la quietud, en la distancia entre nota y nota, que permite la aproximación a la esencia de lo bello sin petrificarla, sin darle nombre, simplemente, dotándola de sentido, la locura en su estado más inmóvil y eterno.

Esa es la locura que al sentir la proximidad de su realidad, siente también el tremendo impulso de volver al momento en que su alma, sin el sepulcro del cuerpo, asistía en visiones simples, serenas y felices, a la danza de lo bello con todo su aplastante esplendor. Es perderlo todo para ganar el acceso a una realidad cognoscitiva superior.

Lo simbólico sería el artificio mediante el cual la locura saldría de su ensimismamiento, evidenciaría el trampantojo, del engaño, del vacío, del silencio simbólico, del enigma, de la tendencia natural al retraimiento, a la soledad, al rechazo y al silencio.

Todo sujeto se ofrece y se esconde al mismo tiempo en su acto. Fragmentados, disociados, poblados por continentes y contenidos desarticulados, nos vamos integrando en el vínculo con el otro, en los sucesivos intercambios, en la sucesión de conocimientos, de frustración y de gratificación, hasta hacernos uno en el devenir del tiempo, de la pérdida. Ese conjunto borroso que nos satisface y nos permite hablar en primera persona, pero que no niega ni sustituye al otro, ese otro al que siempre nos regimos y que no paramos de intentar representar y como resultado una tremenda frustración, un gran vacío llena el escenario y lo nombra, locura.

Lo simbólico es una forma de decir y de desdecir del sujeto, dando cuenta de sus fantasmas, de la angustia y hasta de lo siniestro, además de sus configuraciones psíquicas. La verdad de lo real, atrapada en las metáforas y metonimias, es rescatada para devolver el sentido perdido en la locura.

Reordenar los escenarios artificiosos, esos significantes vacíos como paso previo y obligatorio al vaciamiento del goce que encierra y sufre el dolor angustiante del órgano cuerpo no representado del síntoma. Sufrimos para no sufrir, paradoja absurda pero irreversible e inexorable. El síntoma, en cualquiera de sus manifestaciones, es una solución como cualquier otra. Aludiendo al inicio del apartado y a las representaciones del Minotauro, el sufrimiento de quienes entran en el laberinto es expiatorio para quienes se encuentran afuera.

El síntoma en la psicosis aparece como un artificio de saber que esconde una verdad que no puede desenmascarse a través del trabajo de interpretación, sino a través de su puesta en sentido, de la experiencia estética, del encuentro con lo simbólico como un escenario donde lo real pueda nombrarse; en la psicosis ese síntoma es un real que intenta ser definido, reconocido a través del delirio como un espacio en blanco que no logra ser mirado ni descifrado, es un lugar donde la angustia y el horror habla en un escenario vacío.

Es justamente cuando la palabra en la psicosis tiene un “destinatario”, un símbolo que cumple una función de organización de la experiencia subjetiva, de reconstrucción, cuando adquiere un sentido. Es decir, la experiencia estética que va más allá del sujeto del enunciado, que entra en el orden de lo simbólico. Ello puede permitir al sujeto una posición frente a ese real, a lo siniestro.

Para culminar, Norman y Jeison nos enseñan el lugar del terapeuta en la psicosis y nos señalan que en la medida que la experiencia emocional se hace significativa y cubre de sentido mismo el sentido del acto de lo simbólico, ese acontecimiento nombra, se crea y se recrea en sí mismo. Sin embargo, en la psicosis se plantea la incursión de un tercero, llamémosle “mediador” —terapeuta—, que permite visualizar eso que en la psicosis se halla como una pérdida, un rechazo, un engaño significativo-significante, una nebulosa de contenidos que se lanza contra el propio sujeto; por tanto, la mediación permite advertir el carácter representacional del objeto perdido, el artificio a través de la experiencia estética, lo simbólico que podría dar cuenta de la falla estructural de la psicosis.

La mediación sobre la que opera lo simbólico es cuando el fenómeno es extraído o segmentado, respecto al fondo existencial primario, al que en principio no es necesario llamar realidad. Se trata de una definición funcional que evidentemente no pone demasiadas condiciones.

La cuestión es mirar el artificio y ver cómo opera en cada momento en la particularidad del paciente psicótico. En cualquier caso, este proceso de segmentación, siendo condición necesaria, aún no asegura nada respecto a la naturaleza

estética de la experiencia en la locura por ello, se establecen tres momentos en la mediación para hallar sentido a dicha experiencia y desarrollar el proceso psicoterapéutico en la psicosis.

Un primer momento de mediación se basa en operaciones perceptivas y motoras básicas apoyadas en muchos casos en mediadores convencionalizados que funcionan, en cierto modo, como umbrales que franquean el espacio para la experiencia estética —los delirios en la psicosis—.

Un segundo momento, por el cual el fenómeno sea desligado de sus propiedades funcionales, por así decirlo, reasignado a un nuevo orden de referencia, explícito o solo vagamente sentido. La forma más evidente de reasignación consiste en construir acciones o cosas que estén por el fenómeno, que lo simbolizen o que lo representen. Esta segunda forma de mediación vincula la experiencia estética con el juego metonímico, la imitación y con el juego simbólico episódico, no narrativo.

El tercer y último momento de mediación, que llamaremos “interpretación”, exige, por su parte, la vinculación de la reasignación con órdenes cerrados de significación y consigue poner lo reasignado en contacto consciente, es decir, busca adaptación, puntos de anclaje al encontrar sentido.

En este momento, lo simbólico es una forma de comunicar una verdad interior que requiere ser nombrada, en la que se provoca una construcción artificiosa que posibilite el encuentro con el horror, con el caos, el vacío que ordena al tiempo, que desordena, que fragmenta, rasga, transgrede y mata impactando a todos los involucrados. La creación entaña, no obstante, un gasto de placer indescifrable, inasible e inagotable que compele al sujeto a seguir creando, aunque crear suponga una exigencia, un desgarrar y un desprendimiento también inagotables y siniestro, más aún en la locura.

Lo simbólico, como toda creación de lo humano, se ve en la imperiosa necesidad de ser ante el no ser que lo ahoga y lo mata, pues sus marcos no logran atravesar el velo articulador del lenguaje y no logra responder al de-

seo de asirse, de reencontrarse con el objeto perdido, con el todo, con el vacío producto de la cosa. Lo que ordena es la pulsión, su fuente nutricia, su motor. Su objeto es el vestigio imperceptible, tanto de una historicidad personal como de la herencia filogenética que se rechaza en un imposible a representar, pero abierto al encuentro del silencio enmudecido del dolor en la locura, con un sentido primigenio.

Herman Alonso Moreno Londoño

PhD Psicología de la Salud

Área de Psiquiatría y Psicología Médica

Decano Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud

Universidad Tecnológica Indoamérica, Ecuador

Introducción

De acuerdo con la [Organización Mundial de la Salud —OMS— \(2022\)](#), veinticuatro millones de personas en todo el mundo tienen esquizofrenia, y según el [Ministerio de Salud y Protección Social \(2013\)](#), la prevalencia de esquizofrenia en Colombia es del 1 % de la población (más de cuatrocientos setenta mil personas); además, la investigación reciente sobre el tratamiento de la esquizofrenia está siendo liderada por los estudios farmacológicos. Se hace necesario, entonces, poner a prueba metodologías eminentemente psicológicas, como la realización simbólica, con el fin de identificar sus efectos en el curso de la enfermedad, en el caso de un joven diagnosticado con esquizofrenia.

Lo que evidencia la revisión bibliográfica reciente en las principales bases de datos, es que gran parte de la investigación sobre el tratamiento de la esquizofrenia ha sido predominantemente psiquiátrica, orientada hacia la comprobación y efectividad de ciertos fármacos y temas relacionados con adherencia y resistencia al tratamiento farmacológico.

Desde el punto de vista del psicoanálisis, predominan artículos de reflexión teórica y algunas revisiones bibliográficas que concluyen que no hay publicaciones que demuestren el valor terapéutico del psicoanálisis en el tratamiento de la esquizofrenia, con algunas excepciones de tratamientos de hasta veinticuatro años, y en cuyo recorrido nunca se menciona el caso de Sechehayé.

El propósito de este estudio es describir los efectos en el curso de la enfermedad de la aplicación del método de la realización simbólica en un joven diagnosticado con esquizofrenia en su adolescencia, procurando en el proceso caracterizar su contexto familiar y la etiología de la enfermedad, identificar las estrategias, situaciones, actividades y símbolos a incorporar en la terapia y develar los efectos de la intervención en el discurso y los comportamientos del paciente.

Se pretendió realizar una aproximación comprensiva a la realización simbólica como método de tratamiento de la esquizofrenia, es decir, el foco estará puesto en el tratamiento y en sus efectos sobre el curso de la enfermedad. La intención es acceder a lo que el paciente piensa, cree y siente a partir de lo que dice y hace, sobre aquellos asuntos que constituyen su vida cotidiana o su historia.

El método utilizado es el estudio de caso, en el que se desarrolló una intervención psicoterapéutica con actividades enmarcadas dentro del método de la realización simbólica de [Marguerite Sechehaye \(1994\)](#).

Los resultados presentados permiten evidenciar una serie de actividades diseñadas y puestas a prueba en medio de la intervención psicoterapéutica que permitieron constatar cambios significativos en el curso de la enfermedad, especialmente relacionados con los síntomas negativos de la esquizofrenia, como el aislamiento, la anhedonia, la falta de empatía, la autonomía e incluso la disminución de algunos síntomas relacionados con la ansiedad y la alimentación.

Sobre el tratamiento
psiquiátrico de la esquizofrenia

Acorde a las especificaciones de nuestro objeto de estudio e intervención, y teniendo en cuenta el lugar que tiene la concepción y el tratamiento psiquiátrico dentro de los trastornos psicóticos, específicamente de la esquizofrenia, en este capítulo realizaremos una revisión exhaustiva y minuciosa sobre el tratamiento farmacológico de Carlos¹. La relevancia de esto radica también en la incidencia que tiene dicho tratamiento dentro de la sintomatología del paciente, no solo por la mitigación que pudiera tener sobre algunos de los síntomas, sino por la aparición de los efectos extrapiramidales, lo cual lleva a la prescripción de más fármacos y posibles complicaciones en el tratamiento a nivel general. Es importante explorar el tratamiento farmacológico recibido por el paciente, al igual que sus implicaciones y repercusiones a nivel psicológico.

Si bien la esquizofrenia es considerada como una enfermedad compleja y de origen multifactorial, comenzaremos con una breve descripción acerca de la concepción y perspectiva de la psiquiatría sobre la esquizofrenia, las características clínicas y de diagnóstico, así como su tratamiento, pasando luego a abordar, específicamente, el tratamiento farmacológico recibido por Carlos y su incidencia sobre el curso de la enfermedad.

¹ Se cambió el nombre del paciente para salvaguardar su identidad.

La perspectiva psiquiátrica

Para la psiquiatría, la esquizofrenia es una enfermedad de origen orgánico y posiblemente genético, manifestada por las anomalías en la estructura o funcionamiento del encéfalo, pues:

Su expresión depende de múltiples genes de susceptibilidad frecuentes con efectos pequeños, o genes infrecuentes con efectos grandes que interaccionan con agresiones ambientales. Es posible que algunas de esas agresiones tengan lugar durante el desarrollo encefálico intrauterino. (Freudenreich et al., 2017-2018, p. 2)

Asimismo, puede considerarse “un trastorno de la conectividad encefálica en el que parece estar alterado el acoplamiento coordinado de la actividad del encéfalo entre regiones dentro de redes encefálicas a gran escala” (Freudenreich et al., 2017-2018, p. 2). Sin embargo, al mismo tiempo se asegura que dicha perspectiva puede ser refutada, dada la poca evidencia científica en el campo: “no hay una teoría universalmente aceptada sobre la disfunción encefálica observada en la esquizofrenia, sino que existen multitud de modelos antagónicos y superpuestos” (Freudenreich et al., 2017-2018, p. 6).

A nivel general, dentro de la bibliografía psiquiátrica relacionada con el tema, se encuentra que los factores causantes de la esquizofrenia se deben básicamente a eventos puramente orgánicos, genéticos, químicos y estructurales. Dentro de estos, Licea et al. (2019) exponen que existen factores de riesgo que pueden predisponer al trastorno, uno de ellos es el origen genético, dando a entender que la enfermedad es más frecuente en aquellas personas con antecedentes familiares, facilitando a su vez el desarrollo de la misma. De igual manera, se nombra la química y estructura del cerebro, refiriendo que el desequilibrio químico relacionado con la dopamina, el glutamato y otros neurotransmisores, así como algunas estructuras cerebrales ligeramente diferentes en algunas personas, son característicos en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Por otro lado, también se relacionan factores prenatales, al afirmar que la esquizofrenia se puede desarrollar

como resultado de una “complicación durante el proceso de gestación, como la exposición materna al virus de la influenza o desnutrición, afectando el desarrollo neurológico del feto y aumentando la probabilidad de adquirir la enfermedad” (Licea et al., 2019, p. 4). Y aunque se le da cierta importancia a factores sociales, sin ser nunca la causa principal, suelen actuar como desencadenantes, incluyendo entre ellos la pobreza y vivir en medio urbano. Asimismo, el consumo de sustancias psicoactivas, entre ellas el cannabis, suele ser un detonante de trastornos psiquiátricos (Licea et al., 2019).

Es importante recalcar que si bien desde la perspectiva psiquiátrica la esquizofrenia adquiere una denotación puramente orgánica, se presentan contradicciones y no hay un criterio único o evidencia científica que precise el origen y causas de la enfermedad:

La esquizofrenia no es hereditaria como muchos lo piensan. La evidencia de investigación de este padecimiento realmente sugiere que la razón principal de este trastorno psicótico inicia por acontecimientos estresantes, dificultades de relación dentro de la familia o por un estado de shock por algún acontecimiento de gran impacto emocional. (Licea et al., 2019, p. 3)

Es necesario ilustrar cómo ha evolucionado la concepción que se tiene de la esquizofrenia, desde las primeras referencias atribuidas al psiquiatra alemán Kraepelin, quien hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX, en las diversas ediciones de su tratado, fue precisando las diferenciaciones de lo que entonces se denominaban procesos psíquicos degenerativos: hebefrenia, catatonía y demencias paranoides, desembocando hacia la demencia precoz, que le permite introducir la noción de “pérdida de la unidad interior”, caracterizada por la perturbación de las sensaciones, siendo las más frecuentes y persistentes las alucinaciones auditivas (Abínzano, 2018).

Luego aparecería el texto de Bleuler, específicamente sobre las esquizofrenias y que, a pesar de haber sido influenciado por Freud, sospechaba una alteración orgánica en la esquizofrenia; presentó algunos desacuerdos

con Freud y clasificó las famosas cuatro A de la sintomatología: asociación perturbada, afectividad trastornada, ambivalencia y autismo.

El psiquiatra polaco Minkowski, un discípulo de Bleuler, publica un clásico de la esquizofrenia donde plantea el que se considera su principal aporte, esto es, la “pérdida del contacto vital con la realidad” que, a partir de la noción de autismo de su maestro, les da centralidad a los factores referentes a las relaciones con el ambiente, alejada de cualquier perturbación perceptiva u orgánica. Señala [Abínzano \(2018\)](#) que:

La influencia notoria del psicoanálisis en las nociones de Bleuler, así como la influencia de éste y Bergson en las concepciones minkowskianas, dan cuenta de toda una rama del estudio clínico de la esquizofrenia con una inclinación a pensar en una causalidad que no tenga que ver estrictamente con un deterioro cerebral; no por ello estos autores dejaban de insistir en el lugar crucial de lo biológico, pero sus construcciones se vieron nutridas de muchos otros saberes que las potenciaron. (p. 10)

Paralelamente, en Alemania, reconocidos psiquiatras liderados por Carl Wernicke intentaban sin mucho éxito posicionar el protagonismo del cerebro en el campo de la psicopatología y las denominadas psicosis endógenas.

[Abínzano \(2018\)](#) afirma que no existen pruebas concluyentes respecto al origen orgánico de la esquizofrenia y que se siguen encontrando contraposiciones entre quienes están a favor o en contra de la causalidad orgánica y psicológica.

Criterios clínicos y diagnósticos

Actualmente, los manuales diagnósticos ofrecen una descripción sintomática sobre los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: “se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento (discurso) desorganizado, comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía) y síntomas negativos” ([Asociación Americana de Psiquiatría \[APA\], 2014, p. 87](#)).

En lo que refiere a criterios clínicos y diagnósticos, encontramos a nivel general que este se basa en la combinación de síntomas presentes y ausencia de enfermedades médicas y/o psiquiátricas, teniendo en cuenta, también, la duración de síntomas en un tiempo determinado.

Principalmente, se enumeran los síntomas, y, a modo de *check list* se presentan los síntomas de la fase activa, entre ellos: delirios de control, influencia, pasividad, percepción delirante, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento totalmente desorganizado o catatónico (APA, 2014); y en lo que a tiempo se refiere, la duración de los síntomas debe estar entre uno y seis meses.

Por otra parte, los criterios de exclusión hacen referencia a la presencia de otras enfermedades y trastornos con los cuales se debe descartar el diagnóstico de esquizofrenia, entre ellos, depresión con características psicóticas, trastorno bipolar psicótico, psicosis relacionada con el consumo de alcohol o drogas —también llamado trastorno por consumo de sustancias— u otras enfermedades médicas.

Existen algunas diferencias en cada uno de los manuales entre los criterios para el diagnóstico como, por ejemplo, el deterioro funcional en el CIE-10 no se presenta como necesario para el diagnóstico, mientras en el DSM-5 se afirma como necesario para poder determinarlo.

Además, “el diagnóstico de esquizofrenia también se apoya de algunos criterios clínicos a base de pruebas psicométricas, pruebas de neuroimagen y neuropsicológicas” (Licea et al., 2019, p. 5); asimismo, con la aparición de estos nuevos instrumentos para el diagnóstico por imágenes, se dio paso al rastreo tanto anatómico como fisiológico de las causas biológicas de la esquizofrenia y, no teniendo estos resultados concluyentes, se continua explorando aquello que sucede en la esquizofrenia por la vía anatómica y fisiológica (Abínzano, 2018).

Según Britto et al. (2016), los primeros signos y síntomas suelen aparecer con mayor frecuencia durante la adolescencia o la edad adulta temprana, siendo común una fase premórbida en la que aparecen déficits cognitivos,

motores o sociales. Posteriormente, es frecuente observar pérdida de energía, iniciativa e intereses, estado de ánimo deprimido, aislamiento, comportamiento inapropiado y descuido de la apariencia e higiene personal. A menudo se observan alucinaciones —visuales en un 15 %; auditivas en un 50 %; táctiles en el 5 %— y delirios —en más del 90 %— en algún momento durante el curso de la esquizofrenia.

El tratamiento farmacológico

Durante la década de los años cincuenta, la industria farmacológica, en especial la psicofarmacología, descubre la clorpromazina y su uso en pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Este medicamento actuaba sobre la química cerebral que compensa la producción de ciertos neurotransmisores —noradrenalina—, este tiene un efecto sobre la sintomatología positiva del trastorno —alucinaciones, delirios, catatonia—, pero es inefectivo e insuficiente en aquellos síntomas relacionados como el estado afectivo plano, la anhedonia y la abulia ([Abínzano 2018](#)).

Con base en lo anterior, se propone un tratamiento basado en antipsicóticos, el cual, aseguran muchos de los profesionales en psiquiatría, es fundamental para la mitigación de síntomas positivos como delirios, alucinaciones y estado catatónico, entre otros, bien sea durante la psicosis aguda, como para la prevención de recaídas o tratamiento de mantenimiento.

Este tipo de fármacos se dividen en dos tipos: los antipsicóticos de primera generación y los de segunda generación, que han reemplazado, de cierto modo, a aquellos de primera generación, relativizando aquellas características de riesgo/beneficio que presenta un grupo de otro ([Freudenreich et al., 2017-2018](#)). De los primeros encontramos la clorpromazina, tioridazina, trifluoperazina, flufenazina, perfenazina, loxapina, molindona, tioxanteno, haloperidol y pimozida. Los de segunda generación son: aripiprazol, asenapina, brexpiprazol, cariprazina, clozapina, iloperidona, lumateperona, lurasidona, olanzapina, paliperidona, pivalanserin, quetiapina, risperidona y ziprasidona.

Algunos de los efectos secundarios de los antipsicóticos son la somnolencia, aumento significativo de peso y crisis de ansiedad manifestada en movimientos repetitivos e incapacidad para estar quieto, entre otros.

De acuerdo a lo anterior, es importante tener en cuenta que aquellos antipsicóticos que se utilicen para el tratamiento deben ser elegidos de acuerdo a las condiciones y características de cada paciente; es importante implementar el tratamiento adecuado para la disminución inmediata de la sintomatología, teniendo en cuenta que “todos los antipsicóticos son aproximadamente igual de eficaces para inducir la remisión tras un primer episodio de esquizofrenia” (Freudenreich et al., 2017-2018, p. 26).

Por otra parte, en aquellos casos en que los pacientes han presentado múltiples episodios psicóticos, el tratamiento de mantenimiento, que es indefinido, utiliza antipsicóticos para la prevención de recaídas; este tratamiento continuo resulta eficaz y superior en comparación con aquellos tratamientos que se suspenden regularmente y que buscan la mitigación de los síntomas inmediatos. Así, si se suspende el tratamiento con antipsicóticos tras un episodio inicial, los pacientes pueden presentar recaídas antes de un año y la mayor parte de estos en un periodo de dos a tres años (Freudenreich et al., 2017-2018). Es importante tener en cuenta que, dentro de esta panorámica de las recaídas, muchos de los profesionales en psiquiatría no tienen presente como factor de riesgo las condiciones psicológicas y eventos estresantes en el ambiente del paciente, bien sea dentro de su entorno familiar como en otros contextos en que se desenvuelva.

Actualmente, desde la psiquiatría se ha acuñado el término de “polifarmacia psiquiátrica” para el tratamiento psicofarmacológico con más de un medicamento de manera simultánea en un solo paciente, aceptable principalmente en la prevención de efectos extrapiramidales (Stucchi-Portocarrero y Saavedra, 2018). No obstante, algunas combinaciones no son justificables, por ejemplo, la polifarmacia de la misma clase o el uso indefinido de anticolinérgicos. De igual modo, “se ha argumentado que la polifarmacia en la esquizofrenia puede ser

válida durante la descompensación psicótica, debiendo pasarse a la monoterapia en la etapa de mantenimiento” (Stucchi-Portocarrero y Saavedra, 2018, p. 146).

A su vez, la aparición y frecuencia de efectos secundarios como la sedación, parkinsonismo, distonía, entre otros, están asociados a la polifarmacia con antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia; lo cual resulta paradójico, ya que el uso de psicofármacos puede disminuir los síntomas positivos, pero a su vez generan efectos secundarios, siendo necesario la prescripción de otros medicamentos para prevenir y mitigar estos mismos.

Otra reflexión importante es que la sintomatología de la esquizofrenia, específicamente los síntomas positivos, tales como alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento son, desde la psiquiatría, localizables en ciertas áreas del cerebro. Si bien esto permite investigar el lugar que tiene el funcionamiento del cerebro de personas con este tipo de dificultades, no ayuda a entender y comprender la causalidad del trastorno como tal, es decir, por medio de la neurología, la psiquiatría y sus instrumentos es posible explicar cómo funciona el cerebro de un esquizofrénico, más no se puede comprender el porqué de este funcionamiento, así como las causas y origen del trastorno como tal. De igual modo, este tipo de explicación y su posterior tratamiento no tienen incidencia sobre la sintomatología negativa, a saber, un paciente que toma antipsicóticos no presenta avances significativos sobre síntomas como la anhedonía, insociabilidad, abulia o apatía, al igual que en el aplanamiento afectivo; por lo tanto, es de recalcar la importancia de realizar tratamientos que, sumados al control de síntomas, busquen rehabilitar y optimizar la vida del paciente a nivel social y laboral:

La farmacoterapia en exclusiva no trata exhaustivamente la esquizofrenia, sino que es necesario un gran conjunto de tratamientos psicosociales auxiliares para abordar la sintomatología residual, las deficiencias de habilidades y el deterioro funcional que acompaña a la esquizofrenia. (Freudenreich et al., 2017-2018, p. 28)

Así mismo, [Licea et al. \(2019\)](#) aseguran que es importante que los pacientes con enfermedades mentales reciban tratamientos alternativos que apunten a la rehabilitación psicosocial con miras a alcanzar la independencia funcional, ya que el uso de psicofármacos no basta y la mejoría de los pacientes es relativa. Además, como lo afirman [Sánchez y Hervías \(2018\)](#), “el tratamiento farmacológico en niños y adolescentes no debe ser nunca el único método aplicado. Las intervenciones psicosociales deben formar parte del tratamiento integral de los trastornos psiquiátricos en la infancia” (p. 135).

La plasticidad del cerebro de los niños y la influencia de los factores ambientales tendrán gran relevancia en la psicopatología infantil. De manera que las intervenciones psicosociales serán fundamentales e incluso más efectivas que las intervenciones psicofarmacológicas. ([Sánchez y Hervías, 2018, p. 142](#))

El tratamiento de Carlos

En lo que refiere al tratamiento psiquiátrico recibido por Carlos, enfatizando en los fármacos que le son suministrados, es importante, antes de revisar el mismo, abordar el diagnóstico emitido desde los servicios de salud y los profesionales en psiquiatría. Dadas las dificultades para acceder a un historial clínico completo y que muestre con antecedentes el proceso que ha llevado Carlos durante años, la madre nos proporcionó la impresión diagnóstica y la fórmula médica de la más reciente consulta, cuando ya había transcurrido casi un año del tratamiento psicoterapéutico que se presenta en este estudio; como se observa en la figura 1, se conserva como diagnóstico principal la esquizofrenia indiferenciada con código F203 y, como diagnóstico relacionado, el trastorno de ansiedad no especificado con código F419.

Figura 1.

Fórmula Médica de Carlos

Fuente: archivo personal de la madre de Carlos



FORMULA MEDICA AMBULATORIA

Paciente: CC
 Edad: 23 AÑOS Empresa:
 Dx Principal: F202 ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA
 Dx Relacionado: F419 TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO
 Dx Relacionado: Folio No. 24 Fecha de Formulación: 12/11/2020 12:11:32

*1107514106\$24

No.	Acción	Descripción	Dosis	Vía	Frecuenc.	Días Tra	Cant.
1	NUEVO	QUETIAPINA 200 MG TABLETA RECUBIERTA CONC: 200 mg FORMA: TABLETA O CAPSULA	4,00 TAB	ORAL	24 Horas	90	360,00
Indi:	4 TB EN EL DIA						
2	NUEVO	FLUOXAMINA 100 MG TABLETA CONC: 100 mg FORMA: TAB LETA O CAPSULA	1,00 TAB	ORAL	24 Horas	90	90,00
Indi:	1 TB EN LA NOCHE						
3	NUEVO	PALIPERIDONA 150 MG SUSPENSION INYECTABLE CONC: 15 0 mg FORMA: SUSPENSION INYECTABLE	1,00 AMP	INTRAMUSCULA	30 Dias	90	3,00
Indi:	1 AMP IM CADA MES						
4	NUEVO	BIPERIDENO CLORHIDRATO 2 MG TABLETA CONC: 2 mg FOR MA: TABLETA O CAPSULA	1,00 TAB	ORAL	24 Horas	90	90,00
Indi:	1 TB AL DIA						

Profesional _____ Firma Usuario _____

PSIQUIATRIA

Dentro de las observaciones informan que la madre refirió persistencia de sintomatología positiva como alucinaciones y delirios, “pelea con las voces y les dice groserías”; además, presentó disminución de actos compulsivos, de agresividad y autoagresión; por otro lado, presentó mayor colaboración con alguna labor casera y el arreglo de su cuarto.

También especifican que Carlos se muestra coherente, niega los delirios, alucinaciones e ideas suicidas; así mismo, refieren que es un paciente adherente al tratamiento, que niega eventos estresantes o factores que le generan alucinaciones. No obstante, dada la insistencia de la madre en la presencia de estas, se le da continuidad al tratamiento farmacológico de la misma manera como se estaba administrando. Dicho tratamiento consiste en la ingesta vía oral de psicofármacos, uno de ellos antipsicótico de segunda generación, un anticolinérgico y un antidepresivo —inhibidor—, además de un antipsicótico de suspensión inyectable, también de segunda generación. Es de resaltar que el tratamiento recibido por Carlos no ha tenido seguimiento por el mismo psiquiatra.

Como se puede observar, uno de los antipsicóticos de segunda generación recetados para el paciente fue la quetiapina; utilizado para pacientes con síntomas psicóticos y pacientes con síntomas conductuales de demencia, el psicofármaco bien sea de liberación inmediata o gradual (inmediata en tanto que sus componentes químicos son liberados rápidamente y al instante en que es ingerido y gradual o también llamada prolongada ya que la liberación de la sustancia activa es más lenta) está autorizado para el tratamiento de la esquizofrenia y el trastorno bipolar, su acción contribuye a las propiedades antipsicóticas clínicas y a la baja incidencia de reacciones adversas extrapiramidales en comparación con antipsicóticos de primera generación. Del mismo modo, ayuda en “la prevención de las recaídas en pacientes esquizofrénicos estables que se han mantenido en tratamiento con quetiapina” ([Generalitat Valenciana, 2015, p. 2](#)). Su posología consiste en administrar una dosis habitual de 25 mg al día en comprimidos, solo en casos extraordinarios se suele aumentar esta hasta llegar a los 200 mg al día. En lo que refiere a efectos adversos sobre el uso de quetiapina, se ha evidenciado inquietud y angustia manifestado en la necesidad de moverse constantemente, con cierta incapacidad para quedarse sentado o quieto, somnolencia y sedación, al igual que hipotensión ortostática —sensación de aturdimiento, mareo incluso hasta provocar desmayo— “la cual puede dar lugar a lesiones accidentales (caídas)”.

Según comentó la madre, Carlos presenta estados prolongados de somnolencia —“mantiene dormido” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019)—, de igual forma refiere con relación a la sedación: “yo decidí darle solo las dos pastas de la noche, porque o si no me lo mantienen atontado” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019); esto repercutió al comienzo en el tratamiento psicológico, presentando desmotivación y bajos niveles de energía para realizar cualquier tipo de actividad, siendo necesario motivarlo a despertar y realizar diversas actividades en horas de la mañana. Otros síntomas observados en Carlos, con relación a la ingesta de quetiapina, son ansiedad con comportamientos de onicofagia —comerse las uñas— y nerviosismo —mirar hacia un lado y otro—.

La paliperidona o palmitato de paliperidona de 150 mg “es un antipsicótico atípico de larga duración que es administrado intramuscularmente” ([Instituto Nacional de Salud \[INS\], 2018, p. 7](#)); este psicofármaco es utilizado para el tratamiento de la esquizofrenia, bien sea para su periodo de fase aguda como para el mantenimiento, es suministrado de manera mensual en aquellos pacientes que tienen poca adherencia al tratamiento con antipsicóticos orales, encontrando en este efectos significativos sobre la remisión sintomática y menos probabilidades de experimentar psicosis, la prevención de recaídas y probable disminución de uso de medicamentos anticolinérgico, como por ejemplo el biperideno; también está asociado a la disminución de la frecuencia de comportamientos como la agitación y la agresividad. Por otra parte, con el uso del mismo se han encontrado efectos secundarios como aumento significativo de peso, cansancio extremo, sensación de debilidad y cefaleas. En Carlos el aumento significativo de peso puede deberse no solo a sus hábitos alimenticios, sino a efectos secundarios derivado del uso constante de paliperidona.

El biperideno o akinetón es un anticolinérgico de 2 mg, en forma de comprimidos, el cual está indicado para pacientes adultos con “síndromes parkinsonianos, especialmente con sintomatología de rigidez muscular y temblor, sintomatología extrapiramidal como distonía aguda, acatisia, acinesia, rigidez, sialorrea, sudoración y síndrome parkinsoniano, provocada por medicamentos” ([Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios \[AEMPS\], 2014, p. 1](#)). En lo que refiere a contraindicaciones o efectos adversos, puede haber presencia de obstrucción intestinal o estreñimiento, así como inversión del sueño; siendo este uno de los síntomas más visibles en Carlos, presentando dificultad para despertar y levantarse en horas de la mañana o quedarse dormido en la noche, por lo que tiene como rutina dormir hasta el mediodía.

También hay investigaciones en donde el paciente generó dependencia al consumo de biperideno: “se sabe que su uso crónico puede inducir a la tolerancia y un efecto estimulante y euforizante, que lo hace agradable al paciente, lo cual puede inducir a su abuso” ([Fiestas et al., 2011, p. 3](#)), en donde se sugiere

suspender el tratamiento gradualmente; más adelante añaden que se hacen evidentes los síntomas asociados a la abstinencia, tales como, cefaleas, síntomas ansiosos y somáticos con repercusión en la vida cotidiana del paciente.

Por último, está el antidepresivo fluvoxamina, su presentación es en tabletas de 50 y 100 mg, el cual debe ser administrado vía oral en horas de la noche. La fluvoxamina está indicada para el episodio depresivo mayor y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) pediátrico (Sánchez y Hervías, 2018), dentro de los efectos secundarios se encuentra el aumento del riesgo de ideación o pensamiento suicida, comportamientos autolesivos e intento de suicidio. Por otro lado, hay casos en los que el componente activo del psicofármaco puede causar síntomas de disfunción sexual, así como también se pueden producir síntomas de abstinencia al dar por terminado el tratamiento, entre ellos, agitación, ansiedad, irritabilidad, confusión, inestabilidad emocional, náuseas, vómitos, dolor de cabeza y temblor; al respecto, dice la AEMPS (2019) que “el uso de fluvoxamina se ha relacionado con el desarrollo de acatisia, caracterizada por una subjetiva agitación desagradable o angustia y la necesidad de moverse con frecuencia, acompañadas por la incapacidad de sentarse o estarse quieto” (p. 5). En Carlos se observa esta sintomatología como efecto secundario del uso de este psicofármaco, entre estos, pensamientos e ideación suicida y la necesidad de moverse.

Se añade que al momento de iniciar la intervención psicoterapéutica en Carlos se observa una constante pérdida de interés o satisfacción en las actividades que normalmente disfrutaba, entre ellas jugar fútbol, vídeo juegos, montar bicicleta, ir al estadio a ver jugar a su equipo favorito, ir a piscina y ríos, al igual que la falta de voluntad y motivación para socializar e interactuar, ha presentado poco interés por continuar con sus estudios, ayudar en las labores del hogar o por emprender acciones para trabajar, aun cuando su madre le impulsa y motiva para hacerlo.

En lo que refiere a la posología de los psicofármacos suministrados a Carlos se administran de la siguiente manera: el antipsicótico quetiapina con-

siste en administrar una dosis de 800 mg vía oral cada veinticuatro horas, un total de cuatro tabletas de 200 mg cada una para ser ingeridas, dos en la mañana y dos en la noche; el otro antipsicótico, la paliperidona de 150 mg, debe ser inyectado intramuscularmente una vez al mes. Por otro lado, el biperideno de 2 mg consta de una toma durante el día cada veinticuatro horas; y por último la fluvoxamina de 100 mg en una dosis de una tableta cada veinticuatro horas, en la noche.

En este tratamiento se evidencia aumento exacerbado de algunos medicamentos, como por ejemplo la quetiapina, la cual aparece indicada en un máximo de 200 mg al día y a Carlos se le está suministrando 800 mg diarios en dos tomas, cuadruplicando la dosis recomendada. De igual modo, Carlos es tratado con paliperidona, la cual es indicada para pacientes con poca adherencia al tratamiento por vía oral, siendo esto contrario a la evaluación que se la ha hecho en la última revisión, donde se expresa que el paciente presenta adherencia al tratamiento por vía oral. De modo que Carlos es doblemente medicado con antipsicóticos de segunda generación, teniendo presente que, según la bibliografía, en pacientes en etapa de mantenimiento es importante disminuir la cantidad de psicofármacos. Por otro lado, en lo que refiere a su diagnóstico relacionado —trastorno de ansiedad—, en lugar de medicamentos específicos para esto, se le ha prescrito un antidepresivo —fluvoxamina—.

El principal orientador del tratamiento es el discurso de los padres, específicamente el de la madre, sin considerar significativamente el discurso del paciente; debido a esto, dentro de la medicación enviada al paciente se presenta un aumento, de la misma de manera, el uso indiscriminado de la polifarmacia en el periodo de mantenimiento y prevención de recaídas, así como la combinación de psicofármacos que, dentro de la literatura, se presenta como no recomendada, específicamente el uso indefinido de anticolinérgicos, así como la suspensión de algunos otros. Si bien el uso de polifarmacia se sustenta en la prevención de efectos extrapiramidales, como lo dijimos anteriormente, la ingesta de estos genera otros efectos secundarios que perjudican el bienestar del paciente, al igual que el tratamiento psicológico.

Para resumir, desde la psiquiatría se hace uso de la polifarmacia prescribiendo antipsicóticos de segunda generación en combinación con antidepresivos y anticolinérgicos que buscan mitigar la sintomatología positiva de la esquizofrenia, pero con casi ningún efecto sobre los síntomas negativos, para los cuales tampoco hay una recomendación para otro tipo de tratamientos psicoterapéuticos por parte de los psiquiatras.

Por otro lado, en el tratamiento se debe tener en cuenta las características de cada paciente para, de esta manera, lograr efectividad en el mismo, disminuir la ingesta de fármacos y la combinación de aquellos que perjudiquen su salud. Es de vital importancia acompañar el tratamiento psicofarmacológico con tratamiento psicológico, con el fin de brindarle herramientas para afrontar su situación, con las cuales pueda recuperar sus habilidades sociales, así como procesos que le favorezcan experiencias vivificantes y le acerquen más a la vida y el disfrute de esta.

Finalmente, según conversaciones con los padres de Carlos y observando la manera en que se relacionan con él, los psiquiatras no les informaron de los efectos secundarios de los medicamentos, lo que hace que entren en constantes conflictos con el paciente por no querer levantarse de la cama, no socializar con nadie, encerrarse, su obesidad e, incluso, permitirle conducir una motocicleta, con el riesgo que implica hacerlo bajo estados de somnolencia o posibles pérdidas de consciencia, producto de su medicación.

Mientras hacíamos el rastreo bibliográfico para la presente investigación, nos encontramos con una nota de la BBC de Londres sobre la “radical” apuesta de Noruega por tratar la psicosis sin medicamentos ([Proctor y Pressly, 2021](#)). Ante los graves efectos secundarios de algunos medicamentos y la sensación de los pacientes de no mejorar con tratamientos forzados, de aislamientos obligatorios a largo plazo, se abrió la posibilidad a pacientes que desean vivir sin fármacos, de tener salas de tratamiento sin medicamentos, pues, como afirman los mismos pacientes, si bien la medicación adormece algunos de los síntomas, “también adormece tu propio poder y tu capacidad para lidiar contigo mismo”.

Todo parece indicar que algunos pacientes nunca volverán a usar ningún tipo de medicamento, otros tendrán que volver a tomarlos después de un tiempo y otros podrán simplemente reducir sus dosis. Los pacientes alternan temporadas de internamiento en la institución con temporadas en casa, y el tratamiento ha incluido las terapias artísticas que, según los mismos pacientes, les ha permitido reconectarse con sus emociones en lugar de atenuar los síntomas, explorando, por ejemplo, ¿qué quieren las voces que escuchan?

Este tipo de tratamientos continúa generando controversias, pues algunos afirman que los medicamentos resultan “vitales” para algunos pacientes y que dicho enfoque es más ideológico que científico; similar a lo que sucedió con la antipsiquiatría de las décadas de los años sesenta y setenta, que demostró que no funciona. Sin embargo, quienes defienden el tratamiento sin medicamentos afirman que al menos no ha habido suicidios entre los pacientes sin medicación y están en proceso de adquirir nuevas pruebas de su efectividad (Proctor y Pressly, 2021).

Aunque no se ha aplicado con pacientes en la etapa aguda de la psicosis, existe un debate entre usuarios y psiquiatras respecto a la conveniencia de cambiar esto, por los aparentes riesgos y la falta de voluntad de los enfermos. “A nivel mundial, se está reevaluando la forma en que se trata a las personas con enfermedades mentales y existe la intención de reducir la coerción” (Proctor y Pressly, 2021, párr. 74).

Relación entre consumo de cannabis y esquizofrenia

Dado que Carlos presentó un consumo de marihuana que aparentemente coincidió con el inicio de los síntomas psicóticos en su adolescencia temprana, consideramos pertinente hacer una revisión bibliográfica que permita ilustrar la posible correlación entre ambos fenómenos.

En una revisión de estudios epidemiológicos, Arias (2007) habla de dos posiciones: la de autores que niegan la existencia de evidencia suficiente para una relación causal entre psicosis y consumo, pues, a pesar del claro incremento

en el consumo de cannabis no se ha dado concomitantemente un incremento en la incidencia de esquizofrenia; además, que no es posible descartar la presencia de factores como la adversidad psicosocial. Por otro lado, un gran número de autores concuerdan en que hay información suficiente para afirmar que existe clara causalidad del consumo de cannabis en la inducción de esquizofrenia, principalmente en personas con vulnerabilidad genética o psicosocial, considerando de alto riesgo el inicio del consumo en la adolescencia.

Según el autor, hay incluso una postura más radical que le atribuye al cannabis un tipo específico de esquizofrenia, pero que resulta difícil de sostener con la evidencia disponible. No obstante, sí parece haber una cierta causalidad en sujetos con cierta predisposición a desarrollar psicosis, lo que implicaría identificar dichos factores genéticos o ambientales precipitadores y permitiría entender por qué la mayoría de los consumidores de cannabis no desarrollan esquizofrenia y el desarrollo más temprano de síntomas esquizoides en consumidores (Britto et al., 2016; Hall, 2006, citado en Arias, 2007; Marín Bahamondes, 2016; Rentero et al., 2021). Así, diversos estudios experimentales han permitido evidenciar un aumento del riesgo de psicosis tras el consumo de cannabis cuando existen antecedentes familiares de psicosis o síntomas psicóticos previos, incluso, la presencia de algunos factores genéticos (Arias, 2007; Cardeillac, 2016). Sin embargo, resulta evidente la dificultad de valorar dicha vulnerabilidad y poder comprobar si los síntomas previos son indicios de la misma o el anuncio consabido de la esquizofrenia.

En la revisión de Britto et al. (2016) se concluye que aunque la comprobación de causalidad en sí misma no ha sido posible, sí parece haber acuerdo en que el riesgo de sufrir esquizofrenia aumenta con el consumo de cannabis y que es más probable que dicho consumo sea causa de la esquizofrenia, y no al revés. Sin embargo, tampoco se descarta la aparición de sesgos, problemas metodológicos o factores de confusión residuales; además, que la predisposición a psicosis no incrementó el consumo de cannabis, descartando así la “hipótesis de la automedicación” y que la fuerza de la asociación entre ambas variables es apenas de leve a moderada (Cardeillac, 2016).

Cabe resaltar que para el caso que nos ocupa, dado que el papá de Carlos es consumidor habitual de alcohol y cocaína desde hace varios años, diversos estudios han demostrado que los antecedentes familiares de drogodependencias o la personalidad previa ayudan a diferenciar mejor la esquizofrenia de una psicosis relacionada con el consumo (Arias, 2007).

Las revisiones de Cardeillac (2016), Marín Bahamondes (2016) y Torales et al. (2017) se centran en los avances de la neurobiología, lo cuales indican una compleja relación entre el sistema endocannabinoide, la esquizofrenia y los cannabinoides exógenos, por un lado, y algunas estructuras cerebrales, por otro lado; apuntando a que el consumo de cannabis podría ser un factor de riesgo para individuos vulnerables a la psicosis, teniendo además un efecto sobre la edad de inicio de la enfermedad y su evolución.

Por su parte, García Álvarez et al. (2019) examinaron diversos estudios llevados a cabo sobre psicosis, cannabis y cognición, señalando primeramente la importancia de diferenciar entre estudios sobre psicosis en general, psicosis afectiva, esquizofrenia o primeros episodios psicóticos, pues constituyen cuadros con características diferenciales y la importancia de considerar los antecedentes familiares de la enfermedad. Asimismo, respecto al consumo de cannabis, existen diferencias sobre si se refiere a una historia de varios años de consumo de cannabis o a un consumo actual, incluso, cuando dicho consumo puede clasificarse en leve, moderado o grave, con consecuencias también distintas. Todo esto sin contar la edad de inicio y permanencia del consumo durante la enfermedad y el tipo de pruebas utilizadas para evaluar la cognición.

También cabe señalar las diferencias encontradas por Rentero et al. (2021) entre dos grupos de pacientes: unos diagnosticados con psicosis inducida por cannabis y otros con esquizofrenia con abuso o dependencia de cannabis, concluyendo en la dificultad para establecer diferenciaciones precisas, debido a que las psicosis inducidas pueden ser el estadio inicial de la esquizofrenia, ya que más del 50 % evolucionan a una esquizofrenia. Y

aunque son pocas las diferencias psicopatológicas entre los dos trastornos, sí resulta fundamental su diferenciación, dado que en el caso de las primeras el pronóstico es más favorable y el tratamiento antipsicótico puede verse como un tratamiento a corto plazo, enfatizando sobre el tratamiento del abuso o dependencia de drogas. Así, el cese en el consumo de cannabis puede llegar a propiciar, en algunos casos, la remisión completa del cuadro, sin llegar a establecerse un trastorno psicótico crónico que, por otra parte, una vez se establece, parece indistinguible de la esquizofrenia.

Casi todos los autores revisados coinciden en que si bien el cannabis es la droga más utilizada por personas con esquizofrenia (Torales et al., 2017) —y aunque son sugerentes los resultados de algunos estudios—, se necesita más investigación para confirmar la asociación entre consumo de cannabis y esquizofrenia, incluido el rol del sistema endocannabinoide en regiones del sistema nervioso vinculadas a la etiopatogenia de la esquizofrenia y a los circuitos de recompensa cerebral; y que antes de poder llegar a conclusiones firmes es necesario que haya uniformidad en el tipo de pacientes incluidos, así como en las variables evaluadas y en la forma de evaluar las mismas.

Finalmente, consideramos pertinente introducir en este apartado las recomendaciones del estudio de Cardeillac (2016):

- » Es necesario elaborar estrategias preventivas en los adolescentes, para retardar el inicio del consumo a edades en que el riesgo haya disminuido, que es justamente el grupo etario que la legislación no contempla.
- » La importancia de prevenir desde la clínica a aquellas personas con factores de riesgo conocidos para desarrollar la enfermedad sobre el riesgo adicional evitable que podría representar el consumo de cannabis.
- » La importancia de trabajar con las personas ya diagnosticadas con esquizofrenia y su entorno sobre los beneficios de la abstinencia de cannabis en su situación. (p. 42)

El lugar de la psicología en el
tratamiento de la esquizofrenia:
antecedentes históricos
e investigativos

Existen diversas investigaciones que han rastreado el abordaje que desde distintos enfoques de la psicología se ha hecho de la esquizofrenia ([García Cabeza, 2008](#); [Montaño et al., 2013](#)), reconociendo que las recomendaciones de un abordaje psicosocial se mantienen en todas las guías actuales de tratamiento de la esquizofrenia y que son reconocidas las limitaciones de un abordaje exclusivamente farmacológico, como la falta de efectividad en aspectos funcionales y otros síntomas menos evidentes como los cognitivos y de la socialización ([García Cabeza, 2008](#)).

Las terapias psicológicas

Se ha documentado cómo las terapias cognitivo-conductuales favorecen la adherencia al tratamiento farmacológico y tienen efectos positivos en todo tipo de síntomas para un mejor manejo de la enfermedad y funcionamiento social de los pacientes ([Inchausti et al., 2017](#)), favoreciendo el desarrollo de pensamientos y habilidades más adaptativas ([Montaño et al., 2013](#)) y han ido evolucionando hacia modelos globales y más centrados en la persona y su situación y menos en los síntomas ([García Cabeza, 2008](#)). Desembocando a modelos más híbridos que recogen el punto de vista rogeriano de centrar la terapia en la persona, incluyendo meditación y elementos de la zona de desarrollo próximo de Vitgosky, como el *self* y el *insight*. La tendencia actual es incluir estrategias de apoyo y atender el presente del propio paciente.

Así mismo, Vergara (2018) aborda el déficit metacognitivo en esquizofrenia, entendido como el deterioro en la capacidad de monitorear el propio pensamiento y comportamiento, lo que repercute en la dificultad para formar representaciones más complejas de la propia vida, y relaciona que en algunos estudios de pacientes con esquizofrenia se encontró que aquellos con mayor capacidad de autorreflexividad tenían mejor memoria verbal y visual, mayor velocidad de procesamiento y mayor nivel de inteligencia premórbida, y que aquellos con altos niveles de sintomatología negativa tenían menores habilidades metacognitivas y peor adaptación social en la adolescencia temprana. Los modelos psicoterapéuticos que fomentan el desarrollo de estas capacidades consideran la integración con otras teorías que promueven la recuperación funcional de sujetos que padecen esquizofrenia.

También encontramos los abordajes familiares, ya sea sistémicos o psicoeducativos, para apoyar los esfuerzos de independencia del paciente, analizar las problemáticas de la familia, sus fortalezas y su capacidad de apoyo, así como para evaluar cómo están comprendiendo la psicosis. Al parecer, han fracasado este tipo de terapias familiares de orientación psicoanalítica, pues suelen enfatizar en sentimientos de culpa de los padres o de uno contra el otro. Las terapias sistémicas buscan movilizar los recursos de la familia y analizar la interacción y la comunicación entre los distintos miembros. Aunque hay pocas evidencias investigativas sobre su efectividad, algunas han mostrado efectos positivos a largo plazo (García Cabeza, 2008). Los abordajes psicoeducativos han estado centrados en la disminución del estrés familiar y la prevención de recaídas, disminuyendo la intensidad emocional expresada, introduciendo técnicas de resolución de problemas y el entrenamiento de habilidades sociales y estrategias de afrontamiento.

Así mismo, se han probado terapias grupales que han evidenciado un mejoramiento en el cumplimiento del tratamiento, las relaciones sociales y el funcionamiento global de los pacientes. Se ha encontrado que la terapia grupal

ofrece un contexto realista, igualitario, seguro, horizontal y neutral donde se desarrollan múltiples y multifocales interacciones que favorecen el insight y aprendizaje interpersonal, pudiendo proceder la ayuda de cualquier miembro del grupo y no sólo del terapeuta. (García Cabeza, 2008, p. 18)

El abordaje psicoanalítico

Específicamente, desde el punto de vista del psicoanálisis, predominan artículos de reflexión teórica, entre otros: claves psicoanalíticas para la concepción de la psicosis (Pérez-Sánchez, 2018), aproximaciones y distanciamientos entre la psicología socio-histórica y el psicoanálisis en la clínica de las esquizofrenias (Chagas et al., 2018), y relación entre psicoanálisis y esquizofrenia (Artaloytia, 2015), quien en su revisión afirma que no hay publicaciones que demuestren el valor terapéutico del psicoanálisis en el tratamiento de la esquizofrenia, con algunas excepciones de tratamientos de hasta veinticuatro años, y en cuyo recorrido nunca se menciona el caso de Marguerite Sechehaye. Así mismo, se encuentran estudios de caso desde la perspectiva psicoanalítica (Artaloytia, 2014).

Se destaca una revisión de literatura entre 1990 y 2012 acerca de la psicoterapia psicodinámica o psicoterapia psicoanalíticamente orientada en el tratamiento integral de la esquizofrenia (Gutiérrez-Peláez y Villamil-Díaz, 2015), pues si bien se inspiran y toman los conceptos nucleares del psicoanálisis, no pueden confundirse con el dispositivo psicoanalítico clásico o los modos de intervención del llamado “psicoanálisis puro”; Gutiérrez-Peláez y Villamil-Díaz (2015) encontraron evidencias favorables en los resultados terapéuticos que trae el abordaje psicodinámico, a pesar de que señalan que la mayoría de los estudios revisados toman la psicoterapia cognitivo-comportamental como la más apropiada para dicha patología.

La aproximación a los trastornos esquizofrénicos desde el marco de la teoría del psicoanálisis implica, según Lechón Castillejo (2002), atravesar la teoría de la libido, el concepto de narcisismo y el del mismo inconsciente,

desde la teoría desarrollada por Sigmund Freud, y coincidiendo con lo planteado por [García Cabeza \(2008\)](#), el padre del psicoanálisis se mostró reticente a la aplicación del método psicoanalítico para los casos de psicosis por su incapacidad para vínculos transferenciales, conservando un interés puramente teórico.

Freud definirá las psicosis como el desenlace de una perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior, lo que le lleva a afirmar que de entrada en el inicio de la relación del sujeto al mundo algo nunca había quedado concluido. ([Lechón Castillejo, 2002, p. 12](#))

Fueron sus discípulos quienes hicieron desarrollos más amplios sobre la psicosis. Paul Federn la plantea como una enfermedad del “yo” que al perder sus defensas narcisistas resulta invadido por el inconsciente y demuestra que es posible la transferencia con estos pacientes e integrar a la familia en el tratamiento; para Jung se trataría de una desconexión entre el yo y su material arcaico, poniéndose aquél en peligro de disolución; Klein propone la posición esquizo-paranoide en las etapas tempranas del desarrollo del yo que, junto a conceptos como introyectos, proyecciones y relaciones objetales, desembocará en los desarrollos de Mahler en los procesos de individuación y separación; y Winnicott, quien también habla de la transferencia con pacientes psicóticos y su incapacidad de establecer relaciones objetales. Más adelante, el movimiento neoanalítico norteamericano centra su interés en la comunicación interpersonal y aspectos psicosociales, paralelamente al surgimiento en Europa de la ISPS (Sociedad Internacional para el Tratamiento Psicológico de la Psicosis) ([García Cabeza, 2008](#)).

Según investigaciones realizadas a finales del siglo XX y comienzos del XXI ([citadas en García Cabeza, 2008](#)) hay posturas encontradas entre quienes presentan excelentes resultados y quienes no han encontrado ningún beneficio en el uso de intervenciones psicodinámicas, colocando en entredicho su efectividad en el tratamiento de la esquizofrenia. También

existen propuestas más recientes desde el psicoanálisis lacaniano que utilizan el psicodrama como alternativa (Sauvêtre et al., 2017) y que presentan algunos resultados positivos en pacientes.

Francisco Balbuena presenta sendos trabajos sobre los que considera pioneros en el abordaje de la esquizofrenia desde la óptica psicoanalítica: Marguerite Sechehaye (Balbuena, 2009) y el controvertido J. N. Rosen (Balbuena, 2010).

Con respecto a Rosen, Balbuena hace un recorrido por su propuesta de análisis directo —una terapia de inspiración freudiana/kleiniana para la psicosis—, soportado en la necesidad de intervención vs un análisis indirecto o clásico que “presume que su intervención podría interrumpir algún proceso hipotético y misterioso de ‘recuperación’, que se supone está marchando —más o menos automáticamente— dentro del individuo” (Rosen, citado por Balbuena, 2010, p. 58).

El análisis directo consiste en una intervención psicoterapéutica activa, en la que el analista interviene de forma directa y a veces violenta, ofreciendo interpretaciones al paciente, frente al que ejerce en la transferencia el rol/posición de una *madre idealizada o buena*; cuya representación psíquica más primitiva y simbólica no es para Rosen la imagen de una persona precisa e idealizada, sino la del pecho materno, a la que más tarde se la designará *madre*. [...] Con la adopción de tal rol maternal, el psicoanalista directo lo que pretende es compensar el *yo débil* del sujeto, para lo que *recrea* la situación prenatal, a fin de superar/aliviar las profundas carencias afectivas originadas en la primitiva relación madre-bebé, al atribuir a la figura materna (o a quien la ostente) una incapacidad básica para amar y cuidar adecuadamente al hijo/a. (Balbuena, 2010, p. 57)

Rosen consideraba su terapia como “una vía adecuada de despertar al psicótico de su interminable pesadilla o sueño salvaje, al tornarse entonces accesible el contenido real de su psicosis” (Balbuena, 2010, p. 59). Según él, “uno no

puede tratar a un paciente a menos que esté preparado para participar en la psicosis” (Rosen, citado por Balbuena, 2010, p. 60).

“Rosen defiende que el psicótico no busca a través de la fantasía una madre idealizada, sino un duplicado de la original [...]. Así, el psicótico lo que trataría es de revivir su relación temprana con tal atmósfera socioemocional y, especialmente, con la madre perdida que teme y a la vez añora/desea” (Balbuena, 2010, p. 61).

Junto a Rosen, como enfermera psiquiátrica, trabajó Marguerite Wolf, quien, en su Suiza natal, se había formado bajo el magisterio de M.A. Sechehaye y había puesto a prueba, con mucho éxito, la realización simbólica.

Similar a lo propuesto por Sechehaye, el analista directo sería como una “madre adoptiva” que, como el ambiente recreado, tratará de proveer al sujeto de aquellos cuidados físicos y afectivos de los cuales careció al comienzo de su vida, restañando así las fallas/deficiencias maternas de sus primeros años extrauterinos. Lo cuestionable de Rosen era que recurría a maniobras físicas, sin duda alguna cuestionables éticamente, para abolir el sistema interno de creencias de la paciente, llegando incluso a ser denunciado por hasta once pacientes, teniendo que reconocer públicamente su responsabilidad médica y los excesos de sus ayudantes, con resultados que llevaron hasta la muerte de una de sus pacientes. Antes de haber renunciado a su licencia médica, con argumentos de salud que le impedían ejercer, el Consejo estatal de educación y licencias médicas del Departamento de Estado de Pensilvania ya estaba preparado para acusarlo de sesenta y siete trasgresiones al acta de prácticas médicas de Pensilvania, como de treinta y cinco trasgresiones a normas y reglamentos del Consejo médico (Balbuena, 2010).

Por otra parte, está la propuesta de la realización simbólica, término acuñado por la psicóloga suiza Marguerite Sechehaye para designar al método de psicoterapia psicoanalítica aplicado por ella para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia. Mediante la “realización simbólica” Sechehaye trataba de reparar las frustraciones experimentadas por el enfermo en sus primeros años de vida

mediante la satisfacción simbólica de sus deseos inconscientes frustrados. Método de la satisfacción simbólica de las necesidades fundamentales, afectivas, que, al no haber sido gratificadas, se han mantenido siempre a la espera de ser colmadas, satisfaciéndose el enfermo ficticia e indirectamente de la psicosis y de las ilusiones de los sentidos para alcanzar tales anhelos interiores (Balbuena, 2009; Balbuena, 2014).

Ya Sógliá y Safra (2018) han señalado que, a pesar de ser pionera en el tema de la esquizofrenia y su influencia en diversos psicoanalistas y académicos reconocidos, incluyendo a Lévi-Strauss, o el ser citada en el famoso diccionario de Laplanche y Pontalis para definir su método, no se encuentran muchos trabajos sobre la vida y obra de Sechehaye.

Dado el interés particular de este estudio en la propuesta de la psicoanalista suiza, en un capítulo posterior se desarrollará más ampliamente su método y su biografía.

También está el trabajo de Harold Searles (2016), publicado originalmente en 1961, sobre el crucial papel de una concepción relacional de la transferencia-contratransferencia como participación y mutualidad, en el que reconoce procesos prolongados durante años y que casi siempre requieren tutoría, con implicación de la familia o allegados. Para este autor el origen de la esquizofrenia es la no resolución de la simbiosis madre-hijo, y el tener que recurrir el niño a defensas tan primitivas como la fragmentación y la “de-diferenciación” del yo. De otro lado, considera principalmente la profunda participación emocional del terapeuta ante la enorme presión del paciente para que se comporte como los adultos significativos en su infancia. Sus conceptos se derivan del trabajo de Mahler (1952) sobre las psicosis infantiles autista y simbiótica y de los de Balint (1953, 1955) sobre los fenómenos de la temprana formación del yo.

Además, podría decirse que comparte la concepción de Sechehaye sobre una cierta coincidencia entre las fases de una psicoterapia de la esquizofrenia y las etapas del desarrollo infantil: los conflictos típicos, la secuencia de situaciones de peligro y las formas en que se las enfrenta.

A partir de allí, llegó a afirmar que una relación simbiótica entre paciente y terapeuta constituye una fase necesaria de la evolución transferencial de una terapia eficaz con pacientes psicóticos —experiencia simbiótica correctiva—.

En la primera fase es característico que el paciente no tenga acceso a sus propios sentimientos y que no se expresen en sus relaciones interpersonales, paciente y terapeuta no pueden establecer una profunda relación afectiva mutua, lo que demanda una actitud serena y neutral de investigación en el terapeuta. En la segunda fase el paciente comienza a presentar súbitas fluctuaciones de sus propios sentimientos, pasando de manera inesperada, por ejemplo, de la ternura al desprecio o de la furia al dolor, debilitando los límites yoicos entre el paciente y el terapeuta; la relación con el paciente adquiere una importancia absorbente y sin paralelos en la vida del terapeuta, siendo necesario que soporte la intensidad de la hostilidad del paciente, teniendo que mostrarse un sobreviviente. En la tercera fase progresivamente el terapeuta descubre que ni los silencios ni las verbalizaciones ya lo perturban y comienzan a resultar más placenteros para ambos; el terapeuta comienza a aceptar la dependencia infantil del paciente con un amor de naturaleza maternal y, aunque no de manera tan escénica como lo hizo Sechehaye, está de acuerdo con ella en que “el terapeuta puede tener vívidas fantasías de amamantar al paciente como si este fuera un bebé feliz” (Searles, 2016, p. 278). Otro rasgo característico de esta fase es la capacidad de ambos para jugar gozosamente.

En la cuarta fase, luego de un período que puede ir desde algunos meses hasta uno o dos años, el equilibrio dinámico de la relación terapéutica se desplaza cada vez más hacia la resolución de la fase simbiótica —esto es, el proceso por el cual ambos llegan a ser personas individuales y a funcionar como tales— el terapeuta comienza a hacer al paciente responsable de sus síntomas y el paciente renuncia a la omnipotencia infantil que incluye renunciar en la transferencia a la simbiosis madre-niño. La fase final se extiende desde la resolución de la simbiosis terapéutica hasta el fin de la terapia, período prolongado que permite al paciente establecer una genuina relación objetal y, por ende, enfrentar los problemas propios del psicoanálisis de neuróticos;

ambos comienzan a clarificar el origen de la psicosis y comienzan a aparecer intensos deseos adultos: casarse, tener una familia, trabajar.

Así, no es mera coincidencia que la individualidad del paciente suele surgir cuando el terapeuta se siente más impotente que nunca frente a esta situación. Asimismo, podemos considerar esta situación partiendo del criterio de que nadie, ni un paciente adulto ni un niño sano, está dispuesto a renunciar a un terapeuta (o un progenitor) que parece omnipotente; los seres humanos siempre son prácticos y esto sería muy poco práctico: no tendría sentido luchar por una individuación que sólo serviría para perder a ese ser omnipotente. (Searles, 2016, p. 285)

Propuestas de intervención integrativas

Actualmente encontramos una tendencia a la integración de distintas intervenciones, acercando perspectivas dinámicas, cognitivas, familiares y grupales, sin renunciar al tratamiento farmacológico, de internamiento o ambulatorio, hacia modelos de atención integral, temprana y permanente; encontrando terapias psicodinámica-interpersonales, la terapia cognitivo-analítica, los programas terapéuticos escandinavos y las terapias combinadas (proyecto Turku, Proyecto Nacional Finlandés y el NIPS Interescandinavo), evidenciando una mejor evolución en los pacientes, quienes precisan menos antipsicóticos y hospitalizaciones (García Cabeza, 2008).

Como lo presenta Vergara (2018), existen modelos psicoterapéuticos integrativos que se enfocan en promover la capacidad metacognitiva en esquizofrenia, algunos orientados a la regulación de los afectos con el fin de restaurar la narrativa personal alterada del sujeto y que le van permitiendo situar sus experiencias dentro de un contexto histórico e interpersonal; y otros basados en la teoría del apego, psicoanálisis y en los estudios sobre intersubjetividad, brindando un ambiente seguro para que el sujeto pueda reconocer y regular sus afectos displacenteros, a través de intervenciones verbales acordes al nivel de funcionamiento metacognitivo del sujeto.

También existen modelos que combinan elementos del cognitivismo, psicodinámicos y del existencialismo; estos modelos buscan que el paciente reconstruya la capacidad de pensar sobre sí mismo y los demás, promoviendo la expresión de narrativas que estimulen procesos metacognitivos a partir de una relación terapéutica no jerárquica que ve posible una recuperación funcional cuando se permite a los pacientes ser agentes activos de su recuperación.

Finalmente, hay algunos estudios desde la perspectiva de los pacientes que pretenden mostrar su significado de la enfermedad y su perspectiva de los tratamientos. Para algunos, vivir con esquizofrenia conlleva una sensación de encerramiento que afecta el proyecto de vida de pacientes y cuidadores (Zaraza-Morales y Hernández-Holguín, 2017), y el proceso de cambio psicoterapéutico puede ser entendido como una progresiva reinserción del *self* en la continuidad biográfica (Abarzúa et al., 2016).

Todavía no está claro qué tipo de intervenciones, en qué tipo de pacientes y bajo qué circunstancias serían más apropiadas de implementar. Tampoco está definido del todo la duración de estas psicoterapias y su efectividad en pacientes en distintas fases del trastorno. (Vergara, 2018, p. 274)

Dentro de la revisión documental se encontró la red internacional Cochrane Schizophrenia Group (2022), con base en el Reino Unido, que compila, revisa y evalúa información documental en temas de salud mental y atención sanitaria con evidencias científicas —artículos, libros, proyectos y resultados investigativos—, integrada por profesionales e investigadores de más de ciento noventa países. En dicha red es posible encontrar diversa bibliografía sobre la esquizofrenia y tratamientos que van desde la psiquiatría, la farmacología y modelos de intervención psicológica, basados en el modelo cognitivo comportamental, terapia de remediación cognitiva, psicoeducación, terapia de apoyo, terapia familiar y terapia grupal, entre otros.

Como ya se ha venido señalando en este capítulo, se reitera que algunas intervenciones psicológicas pueden tener efectos sobre los resultados esperados,

pero muchos sugieren pocos o ningún efecto (Datta et al., 2020). Así mismo, se reitera que actualmente no hay evidencia sobre el tratamiento psicosocial y resultados importantes o significativos que apunten a la reducción de consumo y abuso de sustancias o a mejorar el estado mental o global de pacientes con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia (Hunt et al., 2019).

The background is a complex collage. In the upper right, there's a detailed illustration of a parrot's head with vibrant green, blue, and orange feathers. To the left, a human face is partially visible, rendered in a soft, painterly style. The lower portion of the image features abstract, flowing patterns in shades of orange, yellow, and blue, resembling liquid or smoke. The overall composition is layered and artistic.

Marguerite Sechehaye y el exitoso método de la realización simbólica en el tratamiento de la esquizofrenia

Marguerite A. Sechehaye (1887-1964)

Retomaremos de manera central la biografía publicada por [Balbuena \(2009\)](#), la cual ilustra detalladamente la trayectoria de la psicoanalista suiza, a quien llama “pionera en el estudio de la esquizofrenia desde la óptica psicoanalítica” (p. 113).

De familia protestante, con una madre autoritaria y un padre más afable, se graduó en literatura y pedagogía en una escuela femenina. Interesada en la obra de Ferdinand de Saussure se matricula en la Universidad de Ginebra, y a sus diecinueve años se casa con uno de los discípulos de su maestro. Estudió psicología y orientación profesional en el Instituto Rousseau de Édouard Claparède, con quien trabajó un tiempo como su ayudante. Durante esa época, con su esposo mantuvieron amistad con el analista Raymond de Saussure, quien le sugirió que se analizara, pero ella se negó, al considerar que el gran énfasis del psicoanálisis en la sexualidad reñía con sus creencias religiosas; sin embargo, emprende su análisis luego de que Ferdinand también se lo insistiese. Su proceso duró solo seis meses y manifestó que no fue de gran impacto en su vida afectiva.

No obstante, inicia su práctica analítica por sugerencia y bajo la supervisión de De Saussure, alternando debates académicos con el primer grupo de psicoanálisis de Ginebra: Odier, Flournoy, Richard y Dubal, entre otros. Según lo afirma [Balbuena \(2009\)](#), Sechehaye favoreció la consolidación y expansión del movimiento psicoanalítico suizo, con juiciosas lecturas de las obras de Freud y Piaget, bajo la guía de figuras como Anna Freud, René

Spitz, Melanie Klein y Donald Winnicott, fruto de lo cual se fue gestando su método terapéutico para el tratamiento de la esquizofrenia.

Su propuesta, en plenos años sesenta, resultaba revolucionaria, pues coincidía con el movimiento antipsiquiátrico, que pretendían darle voz al enfermo. Aparecen sus escritos sobre la psicoterapia de la esquizofrenia, donde va desplegando su método y algunos casos de pacientes atendidos.

En su conferencia *Teoría psicoanalítica de la esquizofrenia* del II Congreso Internacional de Psiquiatría realizado en Zúrich (Alemania) en 1957, Sechehaye defiende la psicogénesis de la esquizofrenia, al considerar que no existían datos precisos de su etiología biológica.

El primer reconocimiento público a la trayectoria de Sechehaye se produjo en 1962 cuando un grupo de psiquiatras la honraron otorgándole una medalla de oro en Milán. Recibió un segundo homenaje en 1964, el día de año nuevo, en el que, en la Sociedad Psicoanalítica Suiza, y ante los allí congregados, el Dr. Christian Müller destacó la impronta que había dejado en jóvenes psiquiatras y psicoanalistas suizos. Y el tributo profesado en el I Congreso internacional de Psicoanálisis Directo celebrado en Roma entre el 11 y 12 de septiembre de 1964, en el que debía participar y no lo hizo al fallecer el 1º de junio de 1964.

Concluye [Balbuena \(2009\)](#) que:

La trayectoria vital y profesional de Madame Sechehaye no queda circunscrita al campo de los trastornos mentales, y particularmente de la esquizofrenia, en donde destaca su método de la realización simbólica, que soñaba se hubiera convertido en una eficaz terapia, sino a un amplio número de cuestiones, como el consejo y diagnóstico psicológico, la discapacidad y el compromiso ético con el paciente. De igual forma cabe recalcar la buena disposición y apertura de miras que poseía para trabajar en estrecha colaboración con otros profesionales, haciendo uso de la terapia freudiana en *modos naturales de cura*, entre los que cita el trabajo, el cambio de

entorno o de reglas y pautas de vida. En esta línea, exprime todos los recursos técnicos y personales a su alcance, ocupando en éstos un lugar destacado la intuición, el sentido común, así como la creatividad, para así incrementar la efectividad psicoterapéutica. (p. 131)

Renée: la paciente tratada por Sechehaye

La paciente, de nombre Renée, según refiere la misma [Sechehaye \(1994\)](#), enfermó a los catorce años, fue llevada a un sanatorio de montaña, especializado en pacientes con tuberculosis, y allí estuvo por cerca de dos años. Más adelante, junto a los síntomas más críticos de su esquizofrenia, sufrió de nefritis, pielitis y colitis.

A los diecisiete años presentaba múltiples y variadas perturbaciones de la afectividad —abatimiento, angustias, miedos—, motoras —apatía, abulia, estupor, automatismo—, y de las funciones del pensamiento —desatención, fugas, ensoñación, perseverancia de ideas—, entre otras.

La madre de Renée provenía de familia noble francesa, culta y con inclinaciones artísticas, se casa con un sueco más joven que ella quien, a pesar de sus ocupaciones de negocios, aprende ruso, chino y toca violín.

Sorprendidos por el embarazo temprano e inesperado, ven con decepción frustrado un viaje que tenían a Japón. Aunque el parto fue difícil, la niña nace sana, pero a la madre le parece espantosa y no puede amamantarla, debiendo recurrir al biberón.

Al parecer, por descuido, la madre mezcla demasiada agua con la leche, provocando gritos continuos en la bebé, negándose a beber; el médico cree que se trata de un caso de “estómago delicado” y recomienda añadirle más agua a la leche, provocando una disminución considerable de peso en la niña y un odio creciente al biberón.

En una visita de la abuela, al notar el estado famélico de la bebé, intenta alimentarla con papillas y utilizando la cuchara, y es evidente el ansia de la

niña cuando se le pone enfrente el plato, movimientos angustiantes y gritos ante las pausas de la alimentación, provocan un cuidado compasivo de la abuela, la lleva de paseo y permite que duerma en su cuarto, temiendo que la bebé no viviría mucho.

Al cumplir once meses, la abuela debe irse, lo que causa un fuerte *shock* en la niña, grita y se golpea la cabeza contra la pared. La niña pasa a dormir al cuarto de los padres y al despertar cada día pidiendo ansiosa su desayuno, se encuentra con amenazas y risas de los padres de no darle nada si grita y la dejan esperar a propósito. El padre le da a entender que la madre le pertenece a él, incluso podría comérsela, simulando morderla. Como se verá más adelante, la niña desarrolla un fuerte sentimiento de venganza, manifestado como sadismo oral.

A sus catorce meses recibe un conejo blanco como compañero de juego, pero su padre un día lo mata delante de ella produciéndole un nuevo *shock*; ella pregunta insistentemente “conejito, ¿duele... duele?”, se niega a comer y sufre delirios febriles, suponiendo una meningitis.

Ante el nacimiento de una hermanita que demanda la atención de la madre, cuando apenas tenía año y medio, reacciona con agresividad, escupe a todo el mundo, pero en especial a la hermanita y a la abuela que había regresado.

El bromista de su padre le ordena levantarse su camisoncito para burlarse de su desnudez, lo que le produce malestar, hasta que una sirvienta le dice: “¡A lo mejor te han cortado algo!”, la niña se siente ofendida y enojada con su padre.

La madre empieza a notar actitudes extrañas: no quiere que le compren juguetes porque la tienda toda “le pertenece”, jamás pide algo, siempre tira de su carrito con las llantas hacia arriba y no permite que nadie le de vuelta, y cuando salen a pasear se mete en todos los jardines ajenos explicándole a su madre que “busca a su mamá”.

A los cinco años Renée ya tiene dos hermanitos más, los padres tienen violentas discusiones delante de sus hijos porque el papá sale con una amiga,

siendo la niña quien debe vigilar al padre, haciéndolo con miedo. La madre la amenaza con el abandono y ante su llanto el padre le dice que en reemplazo de la madre vendrá una negra con grandes dientes que la morderá o tendrá que ir a una hacienda con grandes vacas que se la comerán.

El padre también tiene momentos depresivos y en una ocasión le propone a Renée que alquilen una lancha para ahogarse juntos, “después de todo, no nos importa nada la vida, ¿verdad?”. Miedo, ira y desprecio empiezan a caracterizar el sentimiento hacia su padre.

Empieza a tener miedo a su propia sombra, como si fuera un segundo Yo con intenciones hostiles hacia ella, se le pega a los talones y la imita en todo para burlarse de ella y echarse sobre ella en la primera ocasión. Se cuida de no pisar sombras ajenas, sería carecer de vergüenza o incluso asesinato y probablemente la sombra se vengaría. Teme también pisar las rayas de la acera, ya que podrían abrirse y caer al infierno.

A los siete años coloca grandes piedras sobre las vías del tren para que se descarrile y mate a alguien, no sabe a quién, pero es el tren en el que suele viajar su padre. Lame el óxido de las barras y las piedras para hacerse “rígida como el hierro” y “fría y dura”. Escala rocas y debe luchar contra su voluntad para no lanzarse al vacío. Quiere llevar “la vida de una penitente”. A menudo está tan cansada que desea morir. En la escuela le cuesta mucho trabajo poner atención a las clases y no busca compañía. Pero da la impresión de ser muy inteligente y empieza a manifestar una notoria fantasía artística.

Sin embargo, a los nueve años sus dibujos sufren un retroceso: coloca las figuras otra vez esquemáticamente la una junto a la otra. Sus dibujos pierden cada vez más su profundidad y se hacen bidimensionales (realismo visual).

En casa se muestra obediente y cariñosa con su madre. El padre los abandona, yéndose con su amiga. Por eso, la pobreza, hasta la miseria, reinan ahora en casa. Convencida de que por ser la mayor debe reemplazar al padre, se empeña en hacerse cargo de la responsabilidad. Empiezan a cambiar de casa continuamente.

A los once años se despierta en ella un entusiasmo religioso, manifiesto en levantarse temprano para ir a misa diariamente, visita cementerios y cuida de tumbas extrañas y abandonadas, les pide permiso a los muertos para coger sus flores y darlas a los muertos desamparados, cree escuchar su aprobación. Desea morir para llegar al cielo. Obsesionada con la doctrina de la “Comunión de las almas”, cree que sus actos tienen efectos sobre otros.

A los doce años tiene ilusiones ópticas, cree ver cosas, personas, figuras que no existen, como niños con cabeza de cuervo o un cura marioneta movido por hilos en la iglesia. La madre, agobiada por la sobrecarga, también propone a su hija mayor que mueran juntas: “Después de todo, ¿qué nos importa la vida?”.

A los trece años sufre un *shock* cuando su madre le cuenta que no fue deseada y que le había parecido muy fea cuando nació, le reprocha que no ama a su mamá lo suficiente y que va demasiado a la iglesia, que se arregla demasiado para ver al médico y que parece amar más a otras personas que a su madre, por lo que la amenaza de regresar de la muerte para halarle sus pies como castigo.

Aunque se ocupa de la casa, tanto por culpa como por responsabilidad, desea cuidar de una tumba familiar tal como lo hace una compañera huérfana —deseo inconsciente—. Prefiere estar sola en casa y se imagina a su madre como un misterioso gato de cuya agresividad desconfía, anhelando que regrese su padre para poder irse. No obstante, se niega a tomar vacaciones por temor a que una pared de la casa vecina caiga sobre su madre y la mate.

Se hace sonámbula y bebe solamente té durante el día, evidenciando su malnutrición. Y aunque es hábil para aprender, la maestra comienza a notarla inatenta, excitada y un poco rara. Se le olvida ponerse el vestido para ir a la escuela y aunque llega tarde, se extraña por ello. Durante la clase habla en voz alta y hace preguntas sin sentido: “¿quién posee las llaves del paraíso?”. Confunde los libros de texto y se le olvida cómo escribir palabras comunes. Dibuja figuras geométricas en sus cuadernos y explica que se trata de “el sistema”, una máquina para hacer estallar la tierra. Y se asombra de que la gente no vea siempre las cosas como ella lo hace.

El médico de la escuela dictamina una infección primaria y la envía a un sanatorio de montaña durante seis meses. La madre la hace volver en contra del consejo médico, pero luego tiene que volver otra temporada. Renéé incrementa su miedo al escuchar a su madre decir —tal vez no en serio— que preferiría envenenar a su hija antes que saberla tuberculosa.

Cuando regresa al sanatorio es diagnosticada con angustia, alucinaciones y violenta masturbación. Salta de un lado a otro, mirada confusa, ríe sin parar, sufre de insomnio y se acuesta sobre la baldosa fría bajo la cama con el fin de endurecerse, se niega a comer para hacer penitencia, ve un muerto o un esqueleto que se parece a su madre al pie de su cama que la amenaza con el dedo.

El médico intenta tratarla con medios hipnóticos y sugestivos, pero la joven se resiste y la cansa mucho. Luego la paciente explicaría el porqué de su resistencia y que no le hizo ningún bien dicho tratamiento. El experimento médico solo permitió descubrir la existencia de muchas perturbaciones psíquicas con origen en la primera infancia, por las escenas vividas entre sus padres.

Al regresar a casa presenta un temblor nervioso, pérdida de la memoria y onanismo desenfrenado. En la escuela está muy agitada, la profesora debe sacarla de clase para tranquilizarla.

La madre ha perdido el ánimo y a menudo expresa delante de sus hijos su deseo de suicidarse. Renéé se esfuerza por mantener el orden en el hogar y hacer rendir el poco dinero para alimentarlos a todos; para ella no exige absolutamente nada. Lucha permanentemente contra sus síntomas.

Aparecen síntomas de regresión: se niega a viajar sola en tranvía (la escuela queda lejos), juega con muñecas, vuelve el pensamiento mágico: el polvo que barre y esconde bajo los muebles deja de existir, la mancha de café derramado sobre la mesa desaparece si se tapa con una taza. Comienza a saludar a las personas por su profesión: “buenos días panadero”, “buenos días lechero”. Arregla su ropa interior en sitios públicos como si estuviese sola. Lo que más anhela es la soledad.

Renéé ya solo está ligada a la realidad de una manera aparente y superficial. En la escuela ya casi no trabaja y su comportamiento es cada vez más extraño. Es llevada nuevamente al médico de la escuela, quien no logra hacerla hablar, determinando un retraso intelectual. El caso le parece grave y no cree que tenga muchas posibilidades de curación. A pesar de ello, le envía la paciente a Sechehaye para que intente atajar el mal, con el siguiente diagnóstico:

Se trata de una esquizofrenia en sus comienzos (está en la edad en que a menudo se desarrolla una hebefrenia), no es posible ayudarla mucho, pues está en el camino de la desintegración mental, común en estos casos. Quizá pueda usted aliviarla pasajeramente. Trate usted de hacerla hablar (julio de 1930; Renéé está a punto de cumplir los 18 años). (Sechehaye 1994, p. 27)

El método de la realización simbólica

Aunque no se trata de volver a presentar su libro, en este apartado se resume el método original de Sechehaye (1994), donde la autora da cuenta del proceso seguido con su paciente Renéé.

Lo primero que se señala es que la palabra “realización” se refiere a que las necesidades del esquizofrénico han de ser realizadas o satisfechas a lo largo del tratamiento. Y el término “simbólica” hace referencia a que dicha satisfacción ha de hacerse de una forma “simbólica”. La autora enfatiza que para el enfermo mismo los símbolos son realidad, la única realidad —en tanto psicótico— y que es solo desde el punto de vista del psicólogo que se trata aquí de símbolos. Así, para que la realización simbólica sea eficaz como terapéutica, los progresos deben tener lugar en las sesiones y no fuera, pues en tal caso solo incidirán a nivel intelectual y no afectivo, al mezclarse con la realidad y no ser estrictamente simbólicos (Balbuena, 2009).

Mediante este método el paciente esquizofrénico va entrando en contacto con la realidad y sale de su mundo psicótico. Este método se basa en los mismos principios psicoanalíticos que la terapéutica a través del juego aplicada

por los psicólogos de niños, en ambos casos fracasa el psicoanálisis clásico (en el niño, debido a sus procesos intelectuales primitivos, debido a su egocentrismo; y en la esquizofrénica por su autismo, que constituía un verdadero obstáculo en el campo de la expresión lingüística); la satisfacción de las necesidades fundamentales, así como la elaboración de conflictos patógenos, tiene que realizarse, por lo tanto, en ambos casos en el campo del símbolo. Claro está que, al tratarse de una persona adulta inteligente, no podían resolverse los conflictos de la misma manera que en un niño neurótico, es decir, a través del juego, sino que antes debían descubrirse y comprenderse los símbolos individuales de la enferma (Meili-Dworetzki, 1994).

Consiste en hacer participar al enfermo de la relación terapéutica de un modo presimbólico y mágico, proponiéndole símbolos que compensen sus necesidades infantiles frustradas. Lejos de exigir un esfuerzo de adaptación al enfermo a la situación conflictiva, le propone otra realidad más dulce, más soportable, como primera etapa a superar. Y es que, al igual que una madre por su hijo, ella se esfuerza por adaptarse a las necesidades del enfermo, adivinándolas, pues ni él mismo consigue expresarlas, para finalmente realizarlas simbólicamente¹.

Sechehaye dirigió sus esfuerzos a que su paciente vivenciara ciertas satisfacciones reales y concretas, aunque bajo formas infantiles, esto es, inmediatas, sustituyendo así la satisfacción psicótica ciega por otra de naturaleza plena y consciente.

Sin duda, tales intervenciones clínicas atentan contra la regla de la neutralidad terapéutica, pues, Sechehaye aboga por usar frente al analizado lo que denomina “fibra maternal”. Tal rol se asemeja al postulado por Winnicott acerca del analista en el imaginario del paciente como una madre suficientemente buena (Balbuena, 2009).

¹ Raymond de Saussure, que, en el periódico de Ginebra, el 9-VII-1964, rendía un cálido homenaje a Marguerite Sechehaye-Burdet; junto a una breve semblanza (Balbuena, 2009).

La actitud comprensiva, como de genuina escucha y sinceridad que alienan su praxis clínica, son ingredientes similares a los planteados por C. R. Rogers (1902-1987), formulados en su peculiar visión del proceso psicoterapéutico. En esta labor analítica de renacer o de (re)construcción del paciente como sujeto humano, cognitiva y afectivamente, que del apego seguro a la mamá-analista transita lentamente hacia la propia individuación, figuran otras medidas como son las del establecimiento de un estricto horario para la realización de actividades, comidas y distintas tareas programadas; esto para facilitar que la paciente recorra el camino que lleva desde sus necesidades narcisistas a las de contacto con la realidad exterior, para terminar con las de carácter social.

Esto, sin embargo, no impedía que ante situaciones ansiógenas, incluso después de la cura, la paciente reactive mecanismos psíquicos de carácter esquizoide, que [Sechehaye\(1994\)](#) explica argumentando que “el método simbólico ha curado los conflictos ocasionados por los complejos, pero no tiene influencia sobre las tendencias fundamentales de la constitución esquizoide” (p. 99), pues, como en la neurosis, en donde se eliminan los conflictos, sin que por ello la constitución que le daba su carácter haya cambiado, sucede aquí. A ello también se unía la coexistencia en el paciente de otras fallas sociales y vinculares, lo que sin duda cuestiona su completa curación.

La realización, además, deberá ajustarse a la fase psicosexual en la que el paciente se encuentre, lo que exige el lento tránsito por todas ellas. Asimismo, el símbolo tiene que ser aplicado directamente por un sujeto, pues:

De la misma forma que todo conflicto psíquico y falla afectiva se genera en la interacción fallida con otro, la restauración del sí mismo precisa un vínculo capaz de restañar heridas narcisistas, nutrir afectivamente y reorganizar el universo íntimo del sujeto sufriente. ([Balbuena, 2009, p. 120](#))

Dice Sechehaye (1994) que:

Para el desarrollo del método, se hace necesario realizar algunos ejercicios para educar la atención del esquizofrénico: colocarlo frente a los objetos de su medio circundante: flores, ritmos, dibujos, pequeños trabajos manuales, y frente a la naturaleza misma a través de agradables paseos, con el fin de ganar contacto con la realidad. (p. 19)

El proceso que detalla el descubrimiento del método de la realización simbólica durante el tiempo que Reneé fue atendida por Sechehaye es más o menos el siguiente:

Descubrimiento de la realización simbólica y su aplicación al complejo oral: las manzanas

En los múltiples intentos de hacer que comiera, al ofrecerle manzanas, Reneé afirma que no quiere manzanas compradas, que son para adultos, que ella quiere manzanas como esas —señalando el pecho de la analista—, que solo da la madre. A partir de ese episodio Sechehaye comprende la asociación manzana verde-leche materna, pues las manzanas maduras —separadas del árbol— representaban la leche de vaca, y comienza a darle ella misma las manzanas, en horarios establecidos, afirmando cada vez: “es tiempo de beber la buena leche de las manzanas de la madre”; lo que disponía placenteramente a la paciente para su alimentación, comiéndolas recostada sobre el pecho de la terapeuta.

Poco a poco fue recorriendo todo el ciclo de la alimentación infantil hasta el destete, pasando a la papilla de manzanas, manzanas rebosadas, galletas, pan, sopas de avena, papillas de legumbres y avena con leche —paso a la realidad—, antes de atreverse a comer guisados salados.

Fue el resurgimiento de todos los *shocks* de la temprana infancia en relación con la alimentación: la leche aguada, las bromas del padre intentando morder a la madre y el ser testigo de la madre dando pecho a sus hermanos. La agresividad se apoderó de ella y se volvía contra ella misma en forma de

autocastigo: le estaba prohibido nutrirse. El sentimiento de culpabilidad exige que se encubra el deseo reprimido, por tanto, debía dársele un símbolo y no leche propiamente. La “madre alimentadora” sustituyó a la “frustrada”, esto le permitió seguir viviendo, amarse a sí misma y renunciar al autocastigo; esto también permitió que se redujeran las alucinaciones persecutorias y, aunque todavía oye voces, la autoridad materna de la terapeuta se lograba imponer sobre ellas. Por fin la libido podía satisfacerse en la realidad, no en el autismo, como había ocurrido hasta ahora.

Primer intento de aplicar el método para desarrollar el Yo: el pequeño mono, primer símbolo del yo en el autismo

Con la negación de la leche, la madre la había hecho no merecedora de amor; por lo que resultaba importante encontrar un camino simbólico de autosatisfacción legítima, pues, cada que la terapeuta reconocía su yo, aparecían sus impulsos autodestructivos y el sentimiento de culpa. Resultó que un pequeño mono de peluche que Sechehaye le había regalado pudo ser el depositario de tales satisfacciones y objeto de consideración de su propio sufrimiento: “¡Tiene dolor de cabeza el pobre monito!”.

Segunda aplicación del método (continuación): el baño (por orden), símbolo del derecho al placer

Luego de haber adquirido el derecho a vivir a través de las manzanas, tenía que permitirse disfrutar la vida; y aprovechando que René disfrutaba bañarse, se utilizó esta actividad para desarrollar el amor a sí misma que, al ser ordenado por la mamá-terapeuta, le aseguraba que el calor placentero provenía de ella.

Al obligarla a hacer algo que le produce placer, la paciente tiene la impresión de que dicho placer está autorizado por la madre y, por tanto, no le produce culpabilidad. Hay que poner el acento en la voluntad de la “madre” que exige bañarse, además de la importancia de estar limpia y que es natural que todas las personas disfruten del baño, así como ella.

Tercera aplicación del Método (continuación): Moisés, segundo símbolo del Yo (en la realidad)

Moisés era un muñeco de trapo con cara de niño cuya cabeza era de porcelana, aunque lo tuvo antes que el mono, solo hasta ahora René se permitiría una representación “más humana” cuando empezaba sentir que había sido salvada de las devoradoras aguas del autismo —referencia al nombre Moisés—; también lo llamaba el “pequeño” en contraste con ella “grande”.

Cuando ella sentía frío o hambre había que cobijar o alimentar a Moisés y a medida que aumentaba su autovaloración insistía en que había que mandarle a hacer un cuerpo de porcelana al pequeño, como las muñecas “reales”. En ocasiones manifestaba su preocupación por que el muñeco se había quedado pequeño, representando su yo que se debía desarrollar.

Cuarta aplicación del Método (continuación): el tigre, símbolo de la agresividad oral

Una de las estrategias que encontró Sechehaye para ayudar a René a enfrentar sus alucinaciones persecutorias fue llevarle un tigre de peluche en quien personificó tanto sus impulsos agresivos como a la mamá-terapeuta: terrible con los malos pero buena con ella; disminuyó su hostilidad y temor, y aumentó su tranquilidad.

Quinta aplicación del método (continuación): Ezequiel, tercer símbolo del Yo (su desarrollo)

Pocos meses después, la terapeuta le regala un nuevo muñeco, todo de porcelana, más grande que Moisés —en edad y en tamaño—, a quien puso por nombre Ezequiel; nuevamente un nombre judío, que representa el pasado —Antiguo Testamento—, su vida autística. Sechehaye le procuraba diariamente cuidados a Ezequiel y la paciente se maravillaba por ello, lo que acentuó su deseo de vivir y cuidar de sí.

Al igual que Ezequiel, que estaba mejor desarrollado que Moisés, quien podía sentarse e interesarse por su entorno, la terapeuta aprovechó para empezar a dirigir la atención de Reneé a la luz, las flores, la música, colorear y cuidar sus vestidos. Y ante cualquier intento de regresión al autismo, bastaba con prestar especial empeño al cuidado de Ezequiel.

Situaciones que se tornaron traumáticas y la regresionaron al estado autístico

- » La atención a otros pacientes: los representó como hermanos menores que le robaban el alimento de la madre (amor).
- » El abandono de una enfermera que ayudaba a cuidarla: la enfermera tuvo que cambiar de ciudad y la paciente revivió el *shock* que sufrió cuando la abandonó la abuela.
- » Preocupada porque casi no comía, de manera impaciente una vez la analista le dijo: “está bien, si no quieres comer, no lo hagas, y pon tu plato a un lado”. Esto provocó un nuevo progreso en la esquizofrenia, con autoagresiones e intentos suicidas, alucinaciones auditivas y visuales persecutorias.
- » En un momento de hostilidad le dio un pequeño golpe a su hermana y su cara adquirió una expresión de espanto. La analista le ofreció “nieve” (crema batida, que para ella significaba pureza, es decir, perdón) para descargar su sentimiento de culpabilidad, pero la rechazó por no creerse merecedora del perdón. Sechehaye no insistió, pero reconoce que con ello solo demostró estar de acuerdo con su propia culpa. Empezó una nueva crisis acompañada de ideas suicidas y excitaciones.
- » En cierta época, debido a que ya no pudo permanecer más en casa de la analista, al trasladarla a una clínica particular, empeoró nuevamente, dejó de comer (hubo que alimentarla con sonda), amarrarla para que no se hiciera daño, aparece una completa incontinencia y su cuerpo se debilitó mucho. Tos, fiebre e inflamación de los riñones.
- » El progreso psíquico obtenido gracias al símbolo de Ezequiel fue interrumpido por una enfermedad física (nefritis, pielitis, colitis...) y no fue posible mantener su interés por el mundo exterior. Llegó a pesar veinti-

cuatro kilos. Los médicos dudaron que pudiera salvarse. La paciente casi enloquecía del miedo.

Realizaciones simbólicas que desencadenaron progresos manifiestos

Lo verde, abandono del autismo: un día, al tratar de calmarla de su agitación por las voces alucinatorias, la terapeuta le dice que “mamá hará callar las voces, te acostará en la cuna y dormirás tranquila como Moisés y Ezequiel” y le dio el calmante recetado por el médico. Mientras la agitación desaparecía, Renéé exclamaba: “todo es verde, enteramente verde”, pues las persianas, atravesadas por la luz, reflejaban su color verde por todo el cuarto; lo que aprovechó la terapeuta para expresarle que había sido ella quien había puesto el verde para alejar las voces y que pudiera dormir. De tal manera que cuando regresaban las voces, la paciente decía “¡Ya no está verde!” y cuando la terapeuta le aplicaba compresas para calmarla, expresaba “haces verde”.

Más adelante Renéé expresó que el verde era el fondo del mar o el color de los pantanos, y que significaba volver al vientre materno que, aunque la tranquilizaba, incrementaba la culpa por no querer vivir. Pero la madre debía darle permiso, lo que se lograba con los cuidados que la terapeuta le brindaba —compresas húmedas, té caliente—, fortaleciendo el vínculo entre ambas.

El globo, símbolo del pecho de la madre: luego de haberse desprendido un poco del autismo había que desarrollar la autoerótica normal y provocar la crisis de destete, hallar en el mundo exterior una fuente de satisfacción, introyectando el amor materno. Cuando por descuido del cuidador se olvidaba de brindarle alguna satisfacción, nunca lo pedía, sino que se ponía contra la pared y su sufrimiento terminaba convirtiéndose en hostilidad hacia el mundo exterior.

Un día le llevó un globo, que inmediatamente asoció con el pecho materno, ya no para calmar el hambre, sino simplemente para divertirse siempre que quisiera alcanzarlo, pues estaba atado a un hilo. También le dio una pelota con hilo elástico y escribió en ella: “Mamá”. La permanencia del globo le

garantizaba el amor materno. Podía vérsela bailar ante el globo de la misma manera como los primitivos ejecutan danzas en honor de sus deidades.

Los pequeños, símbolos del Yo (repetición): al ocuparse la terapeuta de Moisés y Ezequiel —a manera de cuidar de bebés—, hubo una época en que ninguno podía siquiera sentarse, porque uno era de trapo y el otro “se hacía cada vez más pequeño”, según Reneé. No obstante, un día pidió a la terapeuta que les hiciera nueva ropa de lana, lo que se consideró un gran progreso, pues estaba comenzando a introyectar el amor materno, aunque el amor propio no era suficiente para ocuparse ella misma de los bebés.

Progreso en la “autoerótica” normal: poco a poco comenzó a ganar interés por la realidad, interesándose por el paisaje, asombrándose por el significado de palabras, preguntando por la historia universal o pidiendo un reloj para ubicarse en el tiempo. Sechehaye le enseñó a reconocer mariposas y flores, aprendió a clasificar y su significado de control sobre las cosas, se le ponían tareas que la aliviaban y se le felicitaba ante sus logros para fortalecer su Yo. Se procuraba darle lo que pidiese de manera inmediata, pues era signo de querer vivir, y le sorprendía que alguien se preocupara tanto por ella.

Fue una época en que se le pudieron suprimir los calmantes y podía dejarse sola un buen rato sin riesgos de intentos suicidas.

Un día preguntó si podía comer sola, lo que se le permitió parcialmente, señalando que la mamá-analista prefería darle el alimento, lo cual la tranquilizó y permitió que más adelante fuera más autónoma y llegara a pedir más.

En un principio, si la terapeuta debía ausentarse, le tenía que dejar una carta donde le pedía que comiese como si ella estuviera allí y así lo hacía, manteniendo la carta en la mano; luego ya dijo que no necesitaba la carta, porque podía alimentarse ella sola: había introyectado a la madre alimentadora.

Comer sola, bañarse sola, salir sola, debía ser un proceso paulatino que le permitiera ir adquiriendo una seguridad auténtica, felicitando sus progresos, pues podía ser interpretado por ella como “abandono de la madre” y

regresionar hacia el autismo. Era preciso dirigir su interés sobre sí misma —ese ser desconocido que ella no podía amar— e impedir que pensase que se querían deshacer de ella; las cartas de la terapeuta siempre le ayudaron a enfrentar sola algunas de estas actividades, mientras se daba el permiso de divertirse.

Todas estas actividades: alimentarla, bañarla, hacerle masajes, salir a pasear, hablar de ella o decorar su cuarto, eran formas de ir desarrollando su Yo. Inicialmente se hablaba a sí misma como una madre cariñosa, en un lenguaje infantil, luego cambió a un tono más firme y adulto, y al final del proceso de introyección se hizo consciente de sí misma, haciéndose innecesarios los símbolos. Incluso los muñecos, tan útiles en un principio, fueron echados a un rincón y sustituidos por actividades más acordes a la edad y al nivel intelectual de Reneé: lectura, clases y dibujo. Señala [Sechehaye \(1994\)](#): “[o] sea que estos símbolos surgieron de necesidades profundas y reales. [...] Se trataba de una falta de confianza en el amor de la madre y de una falta de amor propio” (p. 68).

Contrario a lo que muchos le criticaron, como un riesgo de mantenerla en el infantilismo y la dependencia, la creciente falta de interés y el abandono paulatino de los símbolos por parte de Reneé fue la mejor evidencia de progreso en el tratamiento.

Las monedas de oro, símbolos del complejo anal: un día le trae un dibujo que representaba un sueño en el que le regalaba al primer ministro de Inglaterra una bacinica con los excrementos de Reneé transformados en monedas de oro, al lado está la esposa del ministro en actitud de adoración de dicho presente.

Asumiendo el lugar de la esposa, Sechehaye agradeció el regalo con admiración y cada que podía le decía que ahora mamá era muy rica, gracias a ese regalo. Reneé reaccionaba siempre dando gritos de alegría.

El conejito, símbolo del derecho de vivir: el recuerdo de su conejito solía quitarle su seguridad, pues no sabía si tenía derecho de vivir. Secheha-

ye le prometió un conejo de peluche para la pascua, lo que la ilusionó con la posible resurrección de su conejito, para vivir sin miedo. Sin embargo, no fue posible encontrar uno y esa decepción afectó el vínculo con la terapeuta.

Nuevamente fue una carta la que la salvó de la desesperación y su posible retorno al autismo, esta vez “enviada por el conejo” a René, asegurando que estaba vivo y que fue su culpa que la mamá no lo hubiera encontrado porque se había escondido. Y cuando finalmente se lo pudo dar, entre la satisfacción y la perplejidad rememoró la época en la que no podía hablar ni moverse (apenas tenía catorce meses cuando su padre mató al conejo delante de ella).

Este nuevo amigo le permitió ganar seguridad y confianza, sintiéndose poco a poco más fuerte e independiente.

El huevo de pascua y el pulverizador, símbolos de la masculinidad: poco después manifestó su deseo de virilidad, afirmando que era un muchacho y podía empujar a mamá, apuntándole con un lápiz. Los padres no solo se habían burlado de su deseo de ser varón y de la falta del miembro viril, sino que también había presenciado sus relaciones maritales. Al suceder en la etapa oral, lo interpretó como un ataque oral, en el que “el padre penetra en la madre con una cuchara para comerla” (p. 72), por eso ella también quería tener una cuchara como su padre.

Junto con el conejo, Sechehaye le regaló un huevo de turrón relleno de chocolate, lo que la decepcionó, pues esperaba la sorpresa de encontrar algo distinto a comida dentro del huevo, algo duro, de metal o marfil, “quizá un lápiz con una punta ancha como para hombres, no una pluma puntiaguda como para damas” (p. 72). Explícitamente expresó que asociaba con algo duro a “un niño paseándose desnudo por el jardín, con su miembro” (p. 72).

Inicialmente sirvió de símbolo un frasco pulverizador de perfume con el que solía rociar a la mamá-terapeuta, luego solo hacía el ademán de salpicarla y luego cualquier objeto puntiagudo como una sombrilla, aunque menos placentero. Después comenzó a interesarse por su arreglo personal.

Los pacientes colgados, primer símbolo del complejo fraternal: además de otros pacientes, Sechehaye tuvo que aplicar pruebas psicológicas a varias personas; lo que la enfrentó nuevamente a sus “temidos hermanos menores”, provocando en René tristeza e ira. Imaginaba tirándolos por la ventana en pedazos, pero se llenaba de miedo al pensar que se volvían a armar y subir nuevamente por las escaleras, a veces sin cabeza. Intentó calmarla con la “nieve”, pero este símbolo ya no operó, hasta que encontró un nuevo símbolo, el de los “pacientes colgados”: recortó muñecos de papel y los colgó con pinzas para la ropa con expresiones de asco y desprecio delante de René, inmediatamente saltó de alegría y escupió a los muñequitos. Sintió gran alivio. Luego simplemente les daba golpecitos y los miraba maliciosamente, expresando luego que ya no quería destruirlos ni tirarlos por la ventana.

Más adelante tuvo varios sueños donde triunfaban sus sentimientos positivos: soñó que Sechehaye despedía a un paciente cinco minutos antes de la hora y ante el llanto del paciente, ella misma pidió que lo dejara quedarse; luego soñó con otro que la invitaba a que estudiaran juntos; y otro sueño que representaba la victoria de un perro pequeño sobre uno más grande y que la llenaba de alegría. Pocos días después le dijo Renee por primera vez: “[m]e he puesto más guapa y tengo un cutis más suave, me siento más segura... El asunto de los pacientes va mejor” (p. 74).

Las esferas doradas, segundo símbolo del complejo fraternal: los pacientes casi llegaron a serle indiferentes. Una vez que le dijo que había despedido a una persona cinco minutos antes, exclamo: “¡Qué grande esfera me has regalado hoy!” (p. 74). Sechehaye advirtió que se trataba nuevamente de la manzana —el amor materno—, pero la esfera pertenece completamente al plano de lo simbólico, a diferencia de la manzana que pertenecía más al mundo mágico presimbólico.

Cuando le dio la esfera, la paciente exclamó: “[s]oy muy rica, tengo esferas doradas (manzanas doradas), soy la más rica (la más amada)” (p. 75).

Al principio se recurrió a las cartas para tranquilizarla mientras la terapeuta atendía a otros pacientes, dibujándole besos —en forma de manza-

nas— en el papel y diciéndole que ella era la “Única”; y aunque se pasara la hora, ya no se descontrolaba como antes.

Le incomodaba que Sechehaye ofreciera algo de comer a los niños que evaluaba, pero la tranquilizaba diciéndole que eran galletas para la visita, y que nunca les daría leche ni manzanas. Luego, ella misma accedió a escoger las galletas.

Los “tests”, tercer símbolo del complejo fraternal: Renéé expresó a Sechehaye que ella también quería ser evaluada, pero se enojaba cuando la terapeuta la felicitaba por pasar bien los tests. Luego ella misma le explicaría que si todo estaba bien no sería posible advertir que “algo faltaba” —falo— para corregirlo, por lo que le aplicó tests que sabía que no podría resolver, mostrando preocupación por su fracaso; solo así se mostraba satisfecha.

Al parecer había todavía un rezago de celos —esta vez contra el padre— por haber sido despojada del pene, y tenía rituales en que hacía como si le disparara al padre y le reclamaba por quitarle el amor de mamá. Sechehaye recurrió, en presencia de Renéé, a decirle a su esposo: “Renéé debe tener inmediatamente su sesión. Perdóname, pero si quieres que haga otra cosa, tendrás que esperar” (p. 77). Esto fue disminuyendo sus celos y sentimientos de inferioridad².

Terapia de las asociaciones mágicas

Con este método se pudo lograr un efecto exclusivamente porque estos símbolos significaban para la paciente la realidad, es decir, la participación presimbólica, mágica.

Mediante las asociaciones mágicas se puede aminorar los síntomas o incluso disolverlos; naturalmente, esta terapia solo podía aliviar a la enferma, pero no curarla. Algunos de los resultados positivos del tratamiento son:

² En el libro original de [Sechehaye \(1994\)](#) se pueden observar varios dibujos que muestran los principales conflictos vividos por la paciente y su evolución durante el tratamiento.

1. Cuando se manchó la mano con tinta roja exclamó: “¡He cometido un delito!” La terapeuta tomó su mano, la abrió, sopló y le dijo: “¡El delito ha desaparecido!” Con ello desapareció su sentimiento de culpabilidad y se suprimió casi por completo la agitación. O al referirse a su camioncito blanco o sus sábanas blancas, la terapeuta le decía: “cuando se poseen cosas tan bonitas y tan blancas, no se ha hecho nada malo, pues en caso contrario estarían negras” (p. 86).

Este tipo de pruebas —de realidad— la aligeraban mucho, pues podían ser aceptadas directamente por el inconsciente, que solo se da cuenta de las causas asociativas.

2. En una ocasión, cuando la terapeuta sufrió de laringitis y que solo podía hablar muy bajo, la paciente creyó que la podría abandonar o era para castigarla por algo, pues la consideraba omnipotente, convencida que, con una sola palabra, la terapeuta podría hacer regresar su voz, pero que ella no quería hacerlo. La terapeuta trató de transferir su omnipotencia a la fe en el propio poder de la paciente: “[n]o es para castigarte. Si tú le *ordenas* a la voz, seguramente volverá” (p. 86). Tembló y no se atrevió a probarlo, luego dijo: “voz de mamá, habla como antes” (p. 86). Entonces la terapeuta gritó con voz ronca su nombre. La paciente asombrada escuchó y exigió: “¡Otra vez!” y la terapeuta lo hizo nuevamente.

Desapareció el miedo y la paciente estaba muy contenta porque la voz había contestado a su llamado. Luego dijo: “¡Voz de mamá, descansa, ya no hables!”.

3. En cuanto la paciente comprendió que la desaparición de la voz materna no significaba un castigo, pudo aplicar otros medios para lograr que la voz resucitara: compresas, inhalaciones o medicamentos. Sustituyó poco a poco sus órdenes por un cuidado adecuado y se convirtió en una excelente enfermera. Así pasó de las órdenes mágicas al cuidado razonable y atento. Se pasó del subjetivismo total a una actitud objetiva racional.

Al aplicar el método “mágico”, le contestaba a la paciente en su propio idioma y se colocaba al mismo nivel que ella, es decir, en medio de la fase mágica.

Ejemplos de la fase mágica:

- » Cuando al tragarse una semilla de cereza o de manzana, la paciente estaba convencida que tendría un niño de cerezo o de manzano.
- » No se atrevía a comer lechuga, pues había oído que las nodrizas la comían para tener leche, y ella no quería tener los senos llenos de leche.
- » Una vez que se hizo referencia a dos de los pacientes de su terapeuta exclamó: “¡No quiero que estos pacientes me quiten mi consulta!” (p. 87). La terapeuta le dijo que le devolvería los honorarios, abrió su mano y puso en ella dos monedas ficticias. Se calmó enseguida y volvió a sonreír.

El sistema mágico de defensa hay que relacionarlo con su fe en la omnipotencia de los pensamientos —disposición psíquica primitiva: el yo no está bien separado del no-yo—:

- » Cuando camina con alguien que no le agrada no sigue el mismo ritmo de sus pasos para no convertirse en lo que es su acompañante.
- » Ajusta su paso cuando camina con alguien con una cualidad deseada para adquirir parte de ella.
- » Evita que sus vestidos rosen con alguien que no es de su agrado, pues podría “llenarse” de esa persona y se parecería a ella.
- » Cuando está a la mesa, evita llevarse el vaso a la boca al mismo tiempo que alguien a quien no desea asemejarse.
- » Trata de hacer los mismos gestos y al mismo tiempo que la terapeuta para permanecer en contacto con ella.
- » No consumiría medicina sin abrir, sabiendo que es de una persona muerta, o no permitiría que la entraran a su cuarto, por temor a morir por ello.
- » Frotaría la superficie donde fue colocada tal medicina, pero no muy fuerte para no dejarla marcada. El peligro sería el mismo que la huella dejada por el objeto.
- » El algodón usado para limpiar dicha superficie debía ser echado al ex-

cusado y ella no usaría ese baño sino después de haber sido utilizado por otros, para no recibir las irradiaciones del algodón —cualidades peligrosas del difunto—.

- Cuando una persona con un defecto físico sube al autobús, ella se cambia de puesto o adopta una posición distinta —cruza las piernas o se apoya—.
- Si recibe una mala noticia mientras llueve, está convencida de que el tiempo está triste, o si no llueve en el momento dice que el tiempo ha recibido una novedad buena diferente y se alegra; pero si llueve al día siguiente, se debe a que recuerda la mala noticia.
- En cierta ocasión pensó que su respiración se extendía por todo el mundo, al escuchar un ruido fuerte en la calle.
- Cuando orina al mismo tiempo en que llueve, cree que es su propia orina la que cae.
- Cuando necesita un objeto que se halla lejos, le hace señas con el dedo para que se acerque.
- Cuando se pegaba con un mueble le sacaba la lengua, como lo hacen los niños pequeños.
- Nunca tocaba una cosa de una persona que consideraba antipática, porque podía transmitirle sus malas cualidades.
- Un objeto con el que esté en íntimo contacto puede producir otro de la misma naturaleza: los bebés de manzana o cereza si tragaba sus semillas, o de algodón, venda o hilo, si se cubría una herida o un diente, del cual podría brotar un vástago.
- Le aliviaba mucho que la terapeuta se dirigiera directamente a las partes del cuerpo que le dolían para ordenarles que la dejaran en paz (“¡Diente déjala dormir!”) y ella siempre contestaba en lugar de estas (“Sí, mamá, seré obediente”).
- Cuando tenía frases automáticas obsesivas, la mamá analista, a manera de arrancar una sanguijuela de la frente, tirándola lejos, debía hacerlo tantas veces para aliviarla.
- Ante un dolor abdominal, la terapeuta le dijo que se enrollara como un

ovillo. La sorprendió tanto el alivio del dolor, que siempre que necesitaba alguna ayuda o alivio —físico o psíquico— había que decirle “enróllate como un ovillo”, también lo usaba para animarse o distraerse.

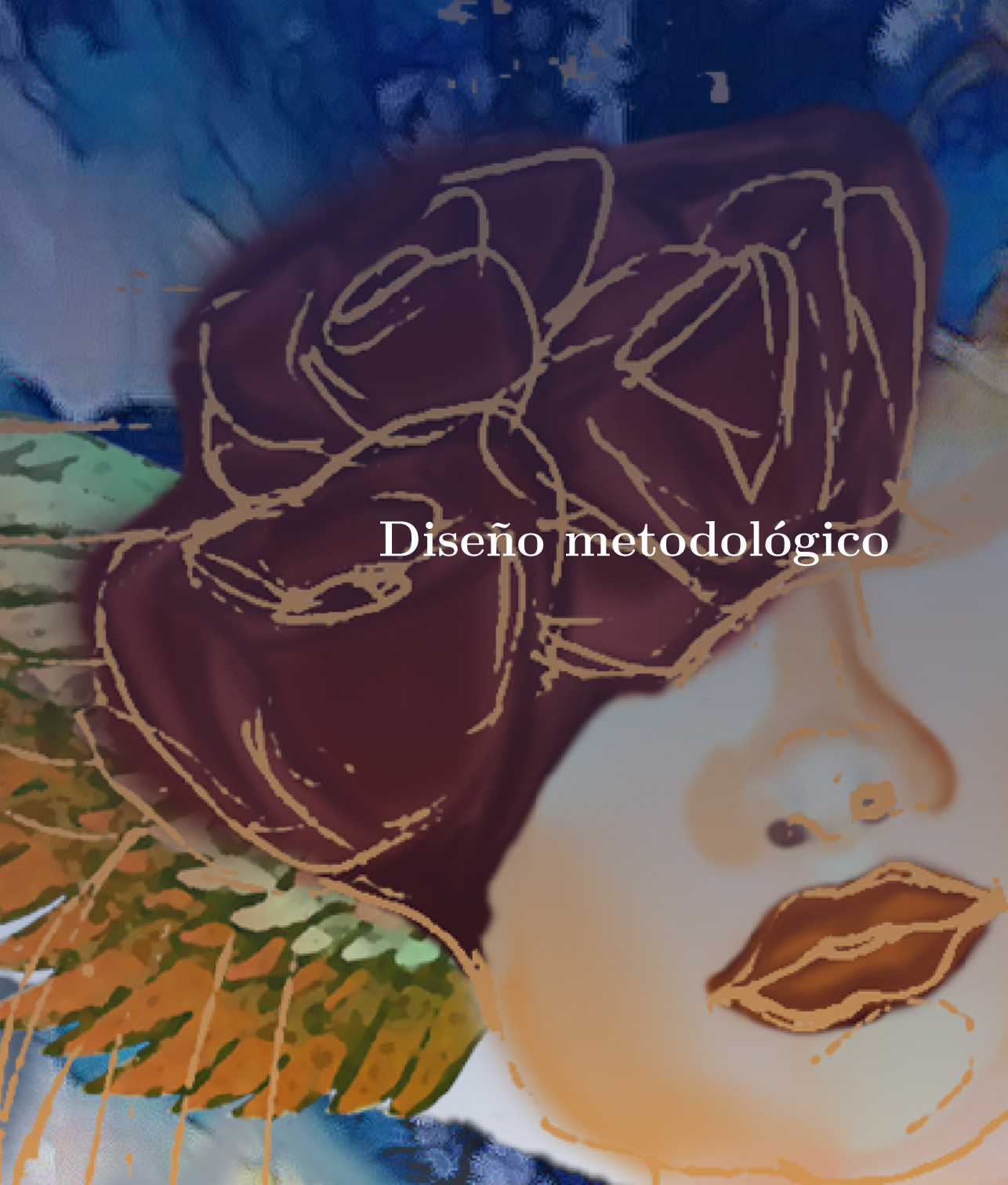
Se trata de una detención en la fase mágica en la que los complejos desempeñan un papel de refuerzo. Pues, en la misma medida en que los complejos iban desapareciendo gracias al método simbólico, desaparecía también la magia. Esta actitud mágica es la manifestación de un alma primitiva, sin desarrollar.

A diferencia con el neurótico obsesivo, que cuando no puede efectuar sus ritos sufre y los sustituye por la angustia, cuando la paciente esquizofrénica no podía realizar un acto mágico, no le daba miedo, sino que lo reemplazaba con otro acto (cambiando de lugar, haciendo los movimientos opuestos, etc.).

Reeducación

Siempre que se establecía el contacto mediante la realización simbólica, la terapeuta se esforzaba en sacarle provecho para dedicarse a la “reconstrucción de la personalidad”. Y esto solo era posible cuando la paciente había obtenido la satisfacción necesaria mediante el símbolo. Para cada caso particular se sirvió de un medio auxiliar distinto:

1. Despertar la confianza de la paciente en la analista.
2. Infundirle valor.
3. Adivinar sus necesidades.
4. Satisfacer las necesidades del momento para despertar las siguientes.
5. Despertar las nuevas necesidades en la fase adecuada.
6. Desarrollar la atención.
7. Dividir el día de la paciente en un orden temporal determinado.
8. Fomentar la actividad que mejor correspondía a la fase alcanzada.
9. Excluir métodos inadecuados.
10. Encontrar la ayuda de una enfermera competente.

An abstract painting featuring a woman's face. The head is a dark, textured mass with intricate, golden-yellow scribbles. The face is a smooth, pale white oval. The eyes are small, dark, and almond-shaped. The lips are full and painted in a rich, dark brown color with golden-yellow outlines. The background is a mix of deep blue, green, and orange, with some golden-yellow lines and textures. The overall style is expressive and somewhat surreal.

Diseño metodológico

El método utilizado en la presente investigación es el estudio de caso único, pues es una herramienta valiosa que permite indagar a profundidad. Su mayor fortaleza radica en que a través de este método se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado. Sin embargo, en este caso particular, se trata de dar cuenta principalmente de la puesta en juego de un método o tratamiento psicoterapéutico.

Se retoma el procedimiento freudiano a partir de la utilización de casos como contexto de análisis y los indicadores que tiene en cuenta en los casos, los cuales requieren una operación de “lectura” que busca en las distintas expresiones del paciente (conductas, síntomas, sueños, asociaciones libres, recuerdos, etc.) los efectos del método.

Siguiendo estos presupuestos, el objetivo del investigador no es el protocolo que homogeneiza, sino el interés por el sujeto, por comprender este caso en particular; es por eso que, aunque se tiene como referencia un método específico como el de la realización simbólica, se trata de identificar las formas particulares que tomará la intervención al ir comprendiendo la realidad subjetiva particular del paciente. La profundidad sobre el caso es lo que asegura su generalización, su valía como estudio científico (Gómez et al., 2010).

El presente estudio de caso, como modo de investigación, pretendió elaborar una interpretación-significación de la realización simbólica como método de intervención de la esquizofrenia; es decir, englobar no solo la etiología de la enfermedad en el joven paciente, sino tratar de dar cuenta de cómo llegó a

estructurarse dicho trastorno, con el fin de identificar y poner a prueba las estrategias de intervención planteadas desde la realización simbólica, con el objeto de confrontar la teoría con la realidad de un paciente en la actualidad.

Se planteó un estudio intensivo del caso de un joven diagnosticado con esquizofrenia, reuniendo información lo más detallada posible que facilitara comprender los efectos de la aplicación del método de realización simbólica en el curso de su enfermedad.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron la entrevista clínica mediada por actividades diseñadas a partir del método de la realización simbólica, pero adaptadas a la realidad subjetiva del paciente. Aunque poco ortodoxo, la metodología implicaba el involucramiento del terapeuta en actividades de la cotidianidad del joven, donde resulta pertinente la intervención clínica como tal, tratando siempre de salvaguardar la dignidad y el respeto por la integridad e intimidad del paciente, todo esto bajo el consentimiento de sus padres.

También se realizaron entrevistas en profundidad con ambos padres y una tía paterna del joven para dar cuenta de la etiología y curso de la enfermedad, así como el lugar del joven en la familia y su relación con ellos.

Procedimiento

El proceso de codificación y los consecuentes análisis de datos se realizarán teniendo como herramienta principal la interpretación psicoanalítica, donde la historia de vida de Carlos, reconstruida a partir de las entrevistas realizadas a los padres, la tía y algunos de sus propios testimonios registrados en el diario clínico del psicólogo, resultan ser el soporte de dicha interpretación.

Dado que es una terapéutica basada fundamentalmente en la participación en actividades cotidianas que permita ver la relación del paciente con los objetos de su medio circundante, no resulta muy eficiente utilizar grabadora

de voz, por lo que se recomienda al terapeuta llevar un registro en un diario clínico de cada una de las sesiones en orden cronológico y consecuente con la modalidad investigativa.

La codificación, tanto del diario clínico como de las entrevistas realizadas a los familiares, se hizo en el software Atlas Ti, el cual permitió la organización de la información y la emergencia de las categorías de análisis.

Consideraciones éticas

Esta investigación contempla los parámetros establecidos en:

1. La [Resolución 8430 \(1993\)](#) emanada por el Ministerio de Salud, en cuanto a investigaciones con mínimo riesgo, realizadas con seres humanos.
2. Derecho a la intimidad [Ley 1751 \(2015\)](#): “g) A que la historia clínica sea tratada de manera confidencial y reservada y que únicamente pueda ser conocida por terceros, previa autorización del paciente o en los casos previstos en la ley, y a poder consultar la totalidad de su historia clínica en forma gratuita y a obtener copia de la misma” ([art. 10](#)).
3. Código de la [American Psychological Association –APA– \(2002\)](#): consentimiento informado para la terapia ([artículo 10.01](#)).
4. [Ley 1090 \(2006\)](#), artículo 36: deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional.
5. *Diseño y evaluación de una lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia*, del [Colegio Colombiano de Psicólogos –Colpsic– \(2015\)](#).

El diseño metodológico, los instrumentos aplicados y el consentimiento informado fueron revisados y aprobados por el Comité de Bioética de la Universidad de San Buenaventura, Medellín.

En el consentimiento se establece que si bien está basado en el principio de autonomía, al tratarse ya de un adulto que, a pesar de la presencia de cierta sintomatología, en el momento resulta competente para manifestar sus deseos y consentimiento de participación en el estudio, se reconoce que han sido sus

padres quienes han considerado tomar decisiones respecto a los mejores tratamientos para su hijo, sobre todo en situaciones en las que los síntomas lo han hecho incompetente para decidir.

Al realizar un balance de los principios de beneficencia y no-maleficencia, los padres garantizan con su consentimiento que las decisiones no imponen ningún tipo de tratamiento que su hijo no quiera. El principio de inviolabilidad fortalece que haya un respeto por la autonomía de su hijo, que se le trate dignamente y que los beneficios sean acordes con sus planes de vida.



El caso Carlos: historia clínica

Carlos¹ es un joven de veinte años, nacido en una ciudad del suroccidente colombiano, soltero y que abandonó sus estudios secundarios al finalizar el grado sexto, después de haberlo repetido tres veces. Actualmente vive con su madre, su padre y su hermano mayor; en pleno proceso terapéutico falleció su abuelo materno con quien convivió por más de diez años. En el segundo piso de su casa vive el hermano de su madre y su familia, y en el tercero la expareja e hijo de su hermano, estos últimos permanecen la mayor parte del tiempo en el hogar de Carlos; por otro lado, su abuela materna los visita frecuentemente ayudando con algunas labores del hogar y cuidados de Carlos.

Sus padres trabajan de manera independiente como fotógrafos en diferentes eventos sociales como bautizos, matrimonios, primeras comuniones, grados, aniversarios, etc.

Juliana, la madre de Carlos, proviene de una familia compuesta por su madre, su padrastro —quien era treinta años mayor que su mamá— y cuatro hermanos; su padrastro convivió con ellos desde que Juliana tenía un año y posteriormente es forzado a abandonar la casa por la violencia intrafamiliar que generaba. Dos de los hermanos de Juliana fallecieron cuando tenían veintín y treinta y cuatro años.

Ella recuerda haber tenido una infancia marcada por violencia intrafamiliar, pues su padrastro, quien trabajaba en construcción, les gritaba a

¹ Se cambiaron todos los nombres del caso para salvaguardar la reserva profesional y la identidad de los participantes.

todos y peleaba mucho con su madre, a quien maltrataba; era un ambiente de miedo, pues era una persona muy celosa y tomaba mucho licor, aunque también la madre fue muy estricta, peleaba con todo mundo, se defendía “con lo que encontraba” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2021) e imponía castigos muy fuertes a sus hijos, principalmente a los varones: “les daba garrote y los metía dentro del tanque” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2021).

Según relata, su padrastro nunca fue muy responsable, pues nunca vivieron en una casa, sino que todos vivían hacinados en una habitación y lograban sobrevivir porque la madre lavaba ropas ajenas, vendía fritos en la galería o aseaba casas, haciendo esto a escondidas para no provocar la ira de celos de su esposo.

Recuerda que fue una vida muy dura, precaria, llena de necesidades y con pocos recuerdos bonitos. Cuando ella era adolescente le decía a su madre que se separara, logrando convencer a la madre; el padrastro se va y se lleva casi todo, dejándoles únicamente las camas y una nevera que les habían regalado, cargando su madre con toda la responsabilidad y sacándolos adelante, ya que esta era una mujer muy “rebuscadora”.

Juliana recuerda que cuando tenía doce años, junto con sus hermanos, ayudaba a su mamá en las ventas de comida, por ejemplo, recuerda que vendió empanadas durante todo un año, salía con su platón de empanadas a la calle. Dice que ya cumplidos los trece años le empezó a dar miedo salir por temor a ser abusada.

A pesar de la vida que les dio su padrastro, mucho tiempo después lo recibió en su casa expresando que sentía pesar, ya que estaba de edad muy avanzada y solo. Juliana tiene otros recuerdos más gratos, por ejemplo, su entrada al preescolar y los cuidados de su madre cuando le llevaba los alimentos; sin embargo, refiere haber tenido una “infancia muy dura” y esto la llevó a convertirse en una persona “luchadora” y a salir adelante.

Juliana estudió hasta noveno grado, y cuando apenas tenía quince años perdió el año y su mamá le dijo que no le iba a pagar más estudio, entonces se dedica a trabajar. Ya mucho después, a los treinta y dos años, decide terminar su bachillerato y hacer una técnica en enfermería y, aunque menciona gustarle, expresa no haberla ejercido porque le iba mejor con la fotografía.

Fue por esa época de adolescente en la que se conoció con Alfredo, el papá de Carlos, quien en ese entonces trabajaba haciendo escobas y trapeadoras. Alfredo quedó huérfano de ambos padres a muy temprana edad; la madre muere cuando apenas era un niño, quedando a cargo de una tía, hermana de la mamá; y el papá es asesinado por su compañera cuando Alfredo era un adolescente. El día del sepelio de su papá conoce a sus dos hermanos medios, menores que él, con quien nunca había tenido contacto y, a pesar de una relación un poco tensa al comienzo, luego logra establecer una relación más cordial e incluso muy cercana, especialmente con su hermana. Sus dos hermanos deciden que es Alfredo quien debe heredar la casa de su padre, porque quedaba completamente huérfano y ya con una familia, y es en dicha casa donde aún vive con su familia.

Más o menos al año y medio de su relación con Alfredo, con dieciséis años y sin tenerlo en sus planes, Juliana queda embarazada; su madre le pide que aborte y ella se niega. Con el apoyo de Alfredo deciden irse a vivir juntos y tener al bebé.

Luego de tener a Jaime, su primer hijo, Juliana continúa trabajando en casas de familia haciendo aseo y llevando a su hijo consigo, año y medio después queda embarazada nuevamente, pero dada la precaria situación económica, Alfredo desempleado y con algunos problemas de pareja, Juliana decide abortar, siendo esta una experiencia dolorosa y de arrepentimiento para ella. Cuando ya Jaime tiene tres años, Juliana se da cuenta que estaba nuevamente en embarazo, pero esta vez deciden tener al bebé, al cual nombran Carlos. Para este tiempo Juliana y Alfredo asisten a la iglesia, a lo que le atribuye cierta mejoría en su relación de pareja y, aunque Alfredo no deseaba más hijos, posteriormente Carlos se convierte en su preferido.

La infancia

Cuando Carlos nace, Alfredo se emociona mucho con él, cada vez que llegaba del trabajo lo saludaba con mucho cariño, incluso primero que a todos. Alfredo era muy apegado a Carlos y en algún momento, tanto Juliana como sus hermanos, le reprocharon esas diferencias en las manifestaciones de afecto hacia sus hijos.

Debido a las dificultades económicas, a los veinte días de haber nacido Carlos, Juliana retoma su trabajo, dedicándose a trabajar en casas de familia, ventas puerta a puerta y de revistas, así como en fotografía. En algunas ocasiones llevaba consigo a Jaime para que le ayudara y a Carlos en sus brazos. Manifiesta que el trabajo le imposibilitó pasar más tiempo con sus hijos y en algún momento fue recriminada por ellos mismos, manifestándole el descontento por su ausencia y la demanda de tiempo para compartir.

Juliana refiere que Carlos fue un bebé “muy llorón y cansón” desde pequeño; cuando lo llevaban a la iglesia o diferentes lugares a que lo cuidaran, incluso en diferentes guarderías, fue necesario ir por él porque sus cuidadores no lo soportaban. Comía mucho y Juliana lo amamantó hasta los dieciséis meses, aún ante las dificultades del tiempo por su trabajo se las arreglaba para llegar a su casa a darle de comer y en los momentos en que estuvo bajo los cuidados de un tercero recibía la alimentación por parte de sus cuidadores; Carlos se mostraba muy ansioso y desesperado por comer, quería comer más y más, entonces se complementaba con el tetero con preparaciones de leche de tarro, luego de que comía y quedaba demasiado lleno vomitaba, y en palabras de Juliana “era un bebé muy garoso”.

Cumplidos los ocho meses se enfermó, el médico le diagnosticó anemia e infección urinaria, manifestando que Carlos se encontraba en estado de desnutrición y posiblemente sería necesario realizar una visita domiciliar al hogar para observar las condiciones en las que vivían; no obstante, los padres argumentaron que la contextura de Carlos era delgada, pues ambos hermanos recibían la alimentación adecuada y mientras Carlos se veía delgado

Jaime era gordo. Dado su estado de salud, Carlos fue hospitalizado por una semana, y sus padres se intercalaban para ir a cuidarlo al hospital infantil, siendo necesario que Juliana, luego de salir del trabajo, fuera para amamantarlo; al no poder hacerlo de manera constante recibió quejas y llamados de atención por parte de las enfermeras, ya que Carlos lloraba de hambre.

Era muy inquieto, gateaba, se movía de un lado a otro y caminó rápido, entre los trece y catorce meses. A los dos años y medio tuvo un accidente en que fue arrollado por un automóvil y una vez más fue necesario hospitalizarlo, estuvo en cuidados intensivos por seis días, y diez días más de hospitalización, sus padres se turnaban para ir a cuidarlo, expresando: “la atropellada del carro fue por descuido prácticamente de nosotros” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019). Como consecuencia del accidente hubo fractura de costillas, presentó sangre y agua en los pulmones, quedando muy delicado de salud.

A Carlos le costó hablar y controlar esfínteres en comparación con su hermano mayor, tanto así que la madre manifestó que cuando Carlos tenía tres años y medio aún le estaban enseñando a usar el baño, porque todavía se hacía en los pantalones, recibiendo castigos físicos por esto —le pegaban con la correa—.

Desde muy temprana edad fue necesario llevarlo a la guardería y Juliana entre sus trabajos iba por él, lo llevaba a la casa, lo bañaba, alimentaba y lo ponía a dormir. Las experiencias de guardería con sus cuidadores fueron siempre problemáticas, puesto que en ningún lugar lograron aguantarlo por el constante llanto e inquietud; por eso Juliana fue probando varios lugares y personas que lo pudieran cuidar, hasta que encontró a una señora con la cual Carlos se sentía bien.

A los cuatro o cinco años entra a preescolar, y como ya estaba acostumbrado a estar por fuera de casa y en ausencia de la madre, no presentó llanto ni dificultad alguna para estar en la escuela. La madre refiere que Carlos disfrutaba de ir a la escuela, quería mucho a la profesora, era un buen estudiante, inteligente,

destacado en matemáticas y de muy buena memoria. La mayor parte de la primaria se la enseñó la misma profesora, era un poco tímido y retraído; más adelante, cuando le cambian de profesora, comienza a cambiar su comportamiento, se volvió grosero y contestón con los profesores, y estos mismos se comunican con los padres para hacer llamados de atención. Comienza a bajar su rendimiento académico y ya no le gustaba asistir a clases, cuando le indagaban a Carlos él respondía: “No... es que esos profesores me la tienen montada y yo no me voy a dejar” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019).

Los padres refieren que durante estos primeros años de escolarización no hubo noticias o indicios de que Carlos recibiera maltrato u hostigamiento por parte de sus compañeros; en ocasiones los profesores referían que Carlos se frotaba las partes íntimas delante de las niñas, entonces Juliana y Alfredo lo reprendían explicándole que este tipo de comportamiento no estaba bien visto y se debía hacer en privado, ante lo cual él contestaba: “ah mamá, si a mí me pica y a mí no me da pena, pues me voy a rascar” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019). Ante los problemas en el colegio, los padres regañan y castigan a Carlos, algunos de estos castigos eran físicos.

El padre manifestó que Carlos siempre ha sido muy demandante, frecuentemente les recriminaba que no le dedicaban tiempo, que no lo sacaban a pasear y que no lo dejaban hacer cosas por sí mismo.

Carlos de niño fue muy apegado a su madre, ella cuenta que era muy especial y detallista, le escribía cartas, le llevaba flores que cogía de los jardines vecinos, la abrazaba y la buscaba siempre para que le brindara afecto; pero también refiere que era muy celoso con ella, no permitía que nadie le dijera nada porque se enojaba, incluso cuando le expresa palabras de amor a Jaime, Carlos se enojaba y hasta se ponía a llorar si no le decía lo mismo a él.

El papá fue muy apegado a Carlos y la madre sentía que él estaba más pendiente y era más especial con Carlos que con el hijo mayor; entonces, para equilibrar las cosas, Juliana estaba más pendiente de Jaime, mimándolo y consintiéndolo, de esta manera la madre estaba más apegada a Jaime.

Al parecer, en toda la familia siempre hubo la referencia de que Jaime se parecía más al papá y Carlos a la mamá, tanto en lo físico como en su forma de ser. La relación de Alfredo con Carlos fue cambiando a medida que Carlos fue creciendo. Entre hermanos se la llevaban bien, hubo discusiones y peleas dentro de lo que la madre nombra como “lo normal de hermanos”, añadiendo que estos se querían mucho, jugaban juntos y compartían; según la tía, Carlos era de muy poco salir, poco sociable e incluso egoísta, siendo el caso contrario de Jaime, quien era “muy amigüero” y sociable.

La adolescencia

La entrada al bachillerato fue a los once años, pero repite sexto tres veces; tuvo muchas dificultades, le empezó a ir mal y ya no quería estudiar, “se comportaba mal”. Entonces los padres deciden retirarlo a pesar de que por fin había aprobado el curso, porque, dicen ellos, no le veían ganas de estudiar.

Cuando tuvo dificultades en el colegio y sus tareas, los padres intentaban ayudarle buscando quién le prestara o alquilara los libros, pero Carlos no quería estudiar. Por ese entonces su comportamiento empezó a cambiar, los profesores decían que se aislaba, no hablaba, se veía como elevado y no cumplía con los ejercicios de la clase. Luego de su salida del colegio, y en un momento que la madre intenta motivarlo para volver a inscribirlo, ante su respuesta positiva lo matriculó nuevamente, pero solo pasaron dos días aproximadamente para que Carlos les expresara que allí “lo miraban mal”; Juliana fue con él al colegio y se percató de que en realidad ninguno de sus compañeros lo miraba de esa manera, y sin importar las palabras de su madre, Carlos decide no volver al colegio.

Cuentan los padres que por esa época comenzó a salir solo, les pedía permisos para ir a las fiestas, se iba para el estadio a ver a su equipo de fútbol y, aunque al principio iba con el papá, de un momento a otro pedía permiso para ir solo con los amigos del barrio.

Al poco tiempo Alfredo cuenta que comenzó a verlo “como raro”, notaba cambios en él, llegaba con los ojos rojos, se le veía la cara como decaída, tenía

ojeras y los ojos como hundidos, más intranquilo y triste, como de una persona que está “metiendo vicio”; hasta que un día deciden perseguirlo y lo vieron fumando marihuana, en ese momento el padre se altera tanto que amenazó a los amigos de Carlos y después de eso Carlos se encierra y no vuelve a salir. En algún momento Juliana pensó que lo tenían amenazado y le preguntaba reiterativamente, intentando saber qué era lo que le sucedía, pero él no hablaba del tema.

Cabe señalar que en esa época ya se venían presentando problemas graves en la relación de Alfredo con Jaime, su hijo mayor, entre otras cosas, porque también estaba fumando marihuana y tenía una vida muy desordenada con sus amigos y en la calle; sin embargo, el hijo sentía que su padre no tenía la autoridad moral para recriminarle. La tensión llegó a tal punto que fue una de las motivaciones para que Jaime se fuera a vivir a Chile.

Luego de que los padres se enteran del consumo de Carlos y al comenzar a percibir los cambios de comportamiento y estado ánimo, el padre lo reprende con castigos físicos y golpes. Carlos comienza con la inseguridad, “mantenía como azarado”, aparecen las primeras alucinaciones visuales y kinésicas, manifestando tener unas deformidades en la cara: “mamá, mamá, mire, mire esas bolas que tengo en la cara” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019), lo que le sirvió luego como argumento para expresar su deseo de no salir a la calle: “es que usted no me está viendo lo que yo tengo en la cara, míreme esas bolas” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019).

Entre los catorce y dieciséis años comenzó a encerrarse en la habitación, a no salir ni a la puerta de la casa, se le veía diferente, de mirada baja y en ocasiones se notaba un poco agresivo. Más adelante Carlos comenzó a expresar ideas relacionadas con sus deseos de no vivir y lo difícil que percibía la vida.

Durante el primer año de su encierro, la tía refiere que Carlos comienza a comunicarse con ella de una manera “pretenciosa”, deseando que ella fuera sola a su casa: “tía véngase para la casa”, “tía mis papás no van a estar, puede venir” (Tía de Carlos, comunicación personal, 2021); al ver esto, ella habla con los padres y les expresa que sentía que Carlos la veía “como mujer” y que por eso

dejaría de ir a la casa por un tiempo. Posteriormente se “comienza a encerrar” y aparecen las alucinaciones y delirios, a decir que lo están persiguiendo, a caminar por toda la casa y a insultar, como peleando con alguien.

La familia de Carlos percibe un cambio abrupto con relación a la sintomatología, se pone más agresivo de lo normal, no salía y hablaba solo; tras el consejo de una de las amigas de Juliana, deciden acudir al psiquiatra y Carlos asiste de manera voluntaria. Así, a los dieciséis años Carlos es diagnosticado con esquizofrenia paranoica, fue medicado con un número alto de fármacos que le empezaron a generar síntomas secundarios como somnolencia en el día, insomnio en la noche y considerable disminución del estado de alerta. Los padres, ante el desconocimiento, permitían que Carlos durmiera hasta el medio día o a veces hasta las siete u ocho de la noche, cuando se levantaba a comer.

En algún momento, la madre deliberadamente decide interrumpir el tratamiento farmacológico por aproximadamente seis meses, lo que generó una recaída en Carlos, presentando agresividad, nerviosismo e inquietud motora, también se exacerbaron los delirios de persecución y las alucinaciones, mostrándose agresivo verbalmente con sus vecinos.

Carlos se encierra alrededor de cinco años. Ya no salía de la habitación ni a comer ni a ver televisión, expresando que los personajes de las películas o las novelas le “hacían cosas”, ya no salía a jugar con los vecinos ni se quedaba amaneciendo donde los amigos; pensando que estos le iban a hacer algo, expresaba: “mamá, usted no sabe que ellos me tienen envidia” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019).

Por otra parte, la tía paterna manifiesta que percibía a Juliana como una madre sobreprotectora, pasándole la comida a Carlos para que no saliera de su habitación y así al menos pudiera comer. Juliana en algún momento manifestó que ante todo esto se sentía imposibilitada, no sabía qué hacer ni cómo manejar la situación.

Las citas con el psiquiatra eran cada tres meses, la familia no recibía explicaciones claras sobre la condición mental de Carlos ni sobre los efectos

secundarios de la medicación, y cada vez lo atendía un médico diferente; Juliana afirma que a medida que lo llevaba a revisión simplemente le aumentaban los medicamentos.

Sucedió que los padres viajaron a Chile a visitar a Jaime y dejaron a Carlos al cuidado de su abuela, pero ella decidió llevarlo al hospital psiquiátrico por su agresividad: “golpeaba y azotaba las puertas, mantenía como intranquilo, a cada rato le daban las alucinaciones y agarraba cuchillos” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019). Carlos estuvo hospitalizado dos meses. Alfredo manifiesta que por esa época les daba miedo y dormían con la puerta de la habitación cerrada, pensando que de pronto Carlos en la noche les pudiera hacer algo, “porque usted sabe que él así no está en todos sus sentidos” (Padre de Carlos, comunicación personal, 2019).

Retoman nuevamente las citas de psiquiatría y las dosis estrictas del medicamento; durante este tiempo sufre de pesadillas, delirios de persecución y alucinaciones; “todo el tiempo dice que alguien lo está persiguiendo y lo quiere matar” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019). En esa época y por un periodo de dos años, la madre duerme con él.

Aparte del tratamiento psiquiátrico, Juliana pensando en el bienestar de Carlos decide buscar ayuda psicológica, contratando el servicio de diferentes profesionales que terminan desistiendo del tratamiento debido a que Carlos no hablaba. Con una de las psicólogas de la EPS se logró algún avance, pues Carlos comenzó a salir a la tienda y realizaba diferentes actividades como dibujar, pintar y salir a cine, pero al terminarse el convenio con la EPS el tratamiento queda suspendido.

Ante la imposibilidad de tratamiento con otros psicólogos y el agravamiento de los síntomas en Carlos (se vuelve a encerrar, habla por señas o gestos, se ve atemorizado, no sale de su habitación) y dadas las circunstancias y la poca experiencia que tenían los padres para manejar las diferentes situaciones que se presentaban con su hijo, evalúan la posibilidad de internarlo en una casa hogar o institución que trabajaba con casos como estos. En su búsqueda encuentran una casa-campo, Juliana va con Carlos y manifiesta que era un

lugar agradable, cómodo y bonito, pero apenas Carlos se enteró que era para dejarlo internado, dejó de hablar como por ocho meses: “no decía nada, se quedó callado del todo” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019).

Desesperada, y al ver el estado de su hijo, Juliana habla con una amiga que tiene un internado para personas con trastornos mentales graves, y aún ante la negativa de la abuela y del padre, recibiendo reproches e insinuando que ella deseaba deshacerse de él, decide ir a conocer el lugar y llevarlo. Aunque le parece “bueno”, dice que percibía el lugar como “deprimente”, al ver a los pacientes en esas condiciones: “es una calidad de vida muy horrible, ¡muy horrible!, como tristes, fuera del mundo y de la realidad” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019). Ante esto rompe en llanto y recibe consuelo de su amiga manifestándole que Carlos iba a estar bien en ese lugar.

Carlos estuvo por cinco meses en el internado, en un principio ponían muchas quejas de él: que no quería comer, que era muy grosero o que se ponía agresivo; posteriormente, les manifiestan que Carlos estaba bien, que hablaba mucho y participaba de las actividades, talleres, terapias grupales y actividades lúdicas. No obstante, en varias visitas que realiza Juliana al internado observa que Carlos no participa de ninguna de las actividades y en una ocasión su amiga le dice: “Carlos dice que no habla con la mamá porque la quiere castigar” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019).

Mientras estuvo allá, para cada visita Juliana cocinaba algo especial y le llevaba a Carlos. Algunos fines de semana lo llevaba al centro comercial, a cine o a comer; en ocasiones, mientras veían una película, Carlos comenzaba a verse muy inquieto, miraba de un lado para otro, se quedaba fijamente mirando a una persona, ante lo que su madre le advertía que las personas se podían incomodar por su forma de mirarlas y Carlos respondía: “es que ellos miran de una manera fea” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019).

En una ocasión Juliana manifestó que fue a visitarlo y decidió ir a cine con Carlos, ya que como en otras ocasiones lo notaba inquieto e intranquilo; luego comenzó a decir que la vida no valía la pena, que no quería vivir y

que la vida era muy dura, en ese momento Juliana se siente profundamente triste y comenzó a llorar, Carlos, al ver a su madre así, le pide poder ir a la casa con ella “para no dejarla sola”. De esta manera, y con permiso del internado, Carlos permanece en la casa inicialmente por quince días y luego la familia decide no volver a llevarlo. En ese internado Carlos estuvo aproximadamente cinco meses.

Cuenta la madre que a los pocos días empezaron a aparecer nuevamente los síntomas:

Se puso todo agresivo, eso nos decía un montón de vulgaridades y al rato nos pedía perdón, se disculpaba con nosotros como todo arrepentido; otras veces le daban las alucinaciones y decía que Dios no existía y que Lucifer sí. Un día nos tocó llevarlo al hospital porque estaba muy mal, y allá se puso muy agresivo, pero demasiado agresivo; trataba mal a las enfermeras, no lo podían ni mirar, lo tuvieron que coger como entre diez enfermeros y los vigilantes, porque ese muchacho estaba como loco. (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019)

Esa fue la última detonación grave que presentó Carlos.

Juliana manifestó que durante este tiempo la relación que tenía ella con Alfredo era hostil y conflictiva, y que durante el regreso de Carlos a la casa hubo diferentes episodios de agresividad, tanto verbal como física; añade que Alfredo ha consumido durante muchos años licor y sustancias psicoactivas, y esto en su momento ha agravado su relación, incluso años atrás cuando Carlos tenía apenas seis años evidenciaba todas las agresiones que tenían entre ellos.

La tía comenta que cuando Carlos estaba internado hacía otras actividades, pero una vez vuelve a la casa “decae” porque Juliana y Alfredo tenían altercados frente a Carlos y esto “lo ponía mal”. Además, recalca que el consumo del padre tenía relación directa con las dificultades dentro del hogar y que una vez pasaban las discusiones, la situación en la casa “era como si

nada”. Ella está convencida de que los padres de Carlos no dimensionaban la problemática y no comprendían que su comportamiento hacía sufrir a Carlos.

Cuando regresa a casa, Carlos vuelve a consumir marihuana y los padres ven esto como un aspecto negativo, pues, durante los cinco años que estuvo encerrado en su cuarto y los cinco meses internado, no hubo consumo de esta sustancia. Nuevamente empiezan a seguirlo y Juliana le decía: “¡a eso es que vos salís!” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019).

La adultez

Actualmente Carlos no estudia ni trabaja, debido a su diagnóstico y sintomatología la madre tampoco le exige ayudar con las labores del hogar. Se levanta alrededor de las tres de la tarde y es necesario mandarlo a realizar acciones de autocuidado y aseo personal, como bañarse y cepillarse los dientes. En las tardes se sienta en el sofá a ver telenovelas o películas, y cuando Juliana le pregunta por el contenido o el disfrute de estas responde “no sé”.

A la madre le preocupa el estado de salud mental de Carlos, debido a que los síntomas como las alucinaciones y los delirios presentan contenidos alusivos a la agresividad, la violencia y la muerte; de igual manera, le preocupa el proceso de socialización e interacción con los otros, ya que Carlos casi no sale de su casa y no tiene amigos.

Poco antes del estado de emergencia mundial por la COVID—19, Carlos asistía a un grupo de jóvenes que presentan dificultades a nivel mental; dentro de este grupo realizaban actividades al aire libre como jugar fútbol, ir a piscina y pintar. Al mismo tiempo comienza el proceso psicoterapéutico de la presente investigación, que incluía algunas actividades dentro del hogar, como arreglar su cuarto, preparar alimentos, entre otros, caminatas por el barrio, comer en la panadería, ir a piscina, al río, a centros comerciales, a cine, presentando algunos avances dentro de la esfera de la socialización e interacción; también con su familia comenzó a salir de paseo al río, a la playa y a sitios dentro de la ciudad.

Dado el contexto del confinamiento con las consabidas medidas de aislamiento y bioseguridad, tanto el proceso psicoterapéutico como su asistencia al grupo juvenil disminuyeron considerablemente, su madre ha intentado motivarlo para que retome la escuela o para que realice alguna labor de trabajo, pero él se sigue negando; no obstante, ha retomado de manera paulatina algunas salidas con el grupo juvenil y actividades terapéuticas en el marco del presente proceso.

Por su parte, la citas con el psiquiatra las recibe principalmente Juliana y de manera telefónica. Y aunque Carlos presenta una leve mejoría durante el día, en las noches siempre aparecen las alucinaciones y delirios. La tía confirma que la mayor parte de las alteraciones de Carlos se dan en horas de la noche y por algunos instantes:

Empieza a alegar, como a discutir... empieza a decir: ‘te voy a apuñalar porque me caes mal’ o ‘déjame quieto gonorra’ [y añade] uno está con él y empieza a decir: ‘te voy a apuñalar’, empieza hablar del diablo... él tuvo en San Andrés, un momento que decía que se lo llevaría el diablo y varias veces lo ha dicho, que el alma de él es del diablo. (Tía de Carlos, comunicación personal, 2021)

La madre manifiesta que dentro de este tratamiento solo se le han realizado algunos exámenes para valorar el estado del cerebro de Carlos y que en los resultados no se presentan alteraciones significativas; ella se sigue mostrando angustiada frente al tratamiento de Carlos, si bien logra evidenciar cambios mínimos en su hijo a nivel psicológico, le preocupa y pone especial énfasis en sus alteraciones perceptuales y del pensamiento.

En algún momento se supo que Carlos tenía un amigo con el cual realizaba algunas actividades como jugar fútbol y video juegos, aunque mucho menor que él, y parecía agraderle su visita, pero al poco tiempo Carlos comienza a incomodarse con su presencia y le dice que se vaya para su casa, a tal punto que el joven no volvió.

Finalmente, hay que señalar que en diferentes ocasiones Carlos les ha reclamado a sus padres el poco tiempo que compartían con él y los ha culpado por su estado de salud: “¿por qué ustedes quieren comprarme cosas, sabiendo que yo estoy así por ustedes?” (Tía de Carlos, comunicación personal, 2021).

The background is a complex collage. In the foreground, a large, detailed illustration of a human hand is shown, palm facing up, with a textured, almost stippled appearance. Behind this, there are various elements: a cluster of autumn leaves in shades of orange, yellow, and green; a portion of a person in a dark military uniform with visible insignia; and a faint, ethereal face or figure in the upper right. The overall color palette is warm, dominated by oranges, yellows, and browns, with some cooler tones from the uniform and the face in the background.

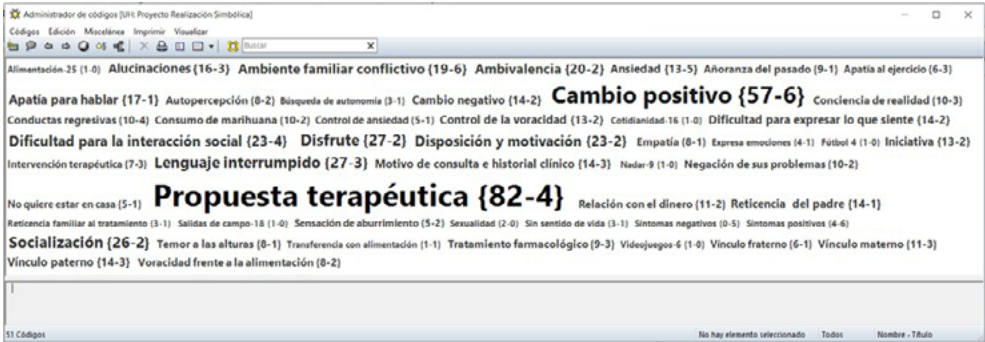
Resultados: el método de la
realización simbólica
puesto a prueba

El proceso terapéutico se llevó a cabo durante dos años, con interrupción al finalizar el primer año por el confinamiento, retomándose después de ocho meses. El registro que se presenta corresponde a dieciséis meses de tratamiento, con una frecuencia de dos sesiones semanales los primeros cinco meses y una sesión semanal el último año. El psicólogo llevó un registro de las sesiones en un diario clínico y se grabaron algunas entrevistas con los padres y la tía paterna de Carlos, que luego se transcribieron a Word.

Inicialmente se definieron categorías basadas en los postulados del psicoanálisis sobre la esquizofrenia y el método de la realización simbólica de Sechehaye; luego se realizó codificación axial y de segundo orden usando el software Atlas Ti (v.7.5). Se generaron familias a partir de los códigos y se contrastaron para llegar a cuatro categorías emergentes, como una apuesta de comprensión del fenómeno.

Como se puede observar en la figura 2, aparecen todos los códigos resultantes y su frecuencia. En un primer análisis se fusionaron algunos que se consideraron que hacían referencia a lo mismo y seguidamente se crearon las familias que dieron origen a las categorías emergentes: el problema psicológico, dinámica familiar, la realización simbólica y efectos de la intervención.

Figura 2.
Administrador de Códigos Atlas Ti
Fuente: elaboración propia.



El problema psicológico

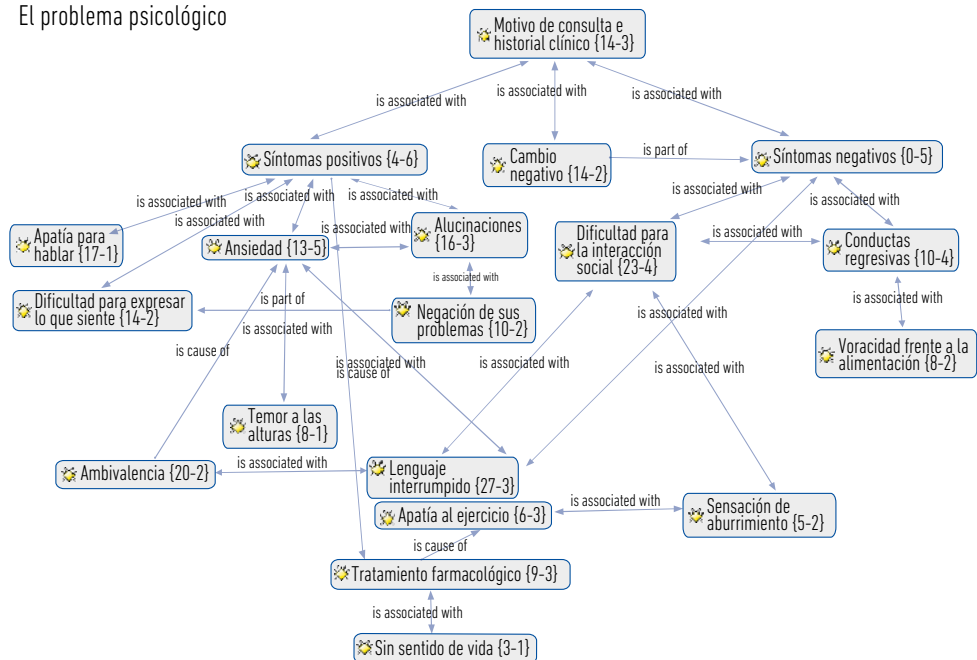
Al momento de ser atendido por parte del psicólogo, Carlos presentaba un cuadro consistente con el diagnóstico recibido a los dieciséis años: (F203) esquizofrenia indiferenciada y (F419) trastorno de ansiedad no especificado (figura 1 del capítulo 1); gracias a la información recibida de los padres y la tía, así como a los primeros acercamientos con el psicólogo, se logra completar la historia clínica del paciente, de la cual se da cuenta en la figura 3. Comenzaremos por los síntomas positivos que suelen ser los más alarmantes y, entre ellos, con los delirios y las alucinaciones.

Figura 3.

Red Atlas Ti sobre el problema psicológico

Fuente: elaboración propia.

El problema psicológico



Los síntomas positivos

Las primeras referencias a las alucinaciones son de sus padres: “le dan esas alucinaciones, comienza a gritar y a decir vulgaridades, camina por toda la casa como un loco y se pone muy grosero con todos” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019). También señala el padre que: “comienzan esas cosas que le dan a él, a decir que lo están persiguiendo, a caminar por toda la casa y a decir un montón de groserías, como peleando con alguien” (Padre de Carlos, comunicación personal, 2019).

También en algunas sesiones en la casa, con el psicólogo, se pudo evidenciar el comportamiento ansioso y paranoide, o se retiraba por un momento de la actividad para darle salida al discurso alucinatorio, hablando para sí o alegando “con otros”. Por referencia de los padres y la tía, y en otras ocasiones en que se visitó la familia, era común que las alucinaciones y el comportamiento ansioso de Carlos se intensificaran al llegar la noche, por lo que se propuso alguna intervención en dichos horarios, pero lamentablemente nunca se pudo concretar.

Dichas alucinaciones son generalmente de contenido paranoide: los demás lo miran mal, lo persiguen o lo quieren matar, y eso lo pone agresivo.

Sin embargo, cuando se intentaba indagar al paciente por las alucinaciones, generalmente se resistía a hablar de ellas o simplemente negaba que las tuviera: “eso hace tiem... tiempo no me pasa [...]. No... ellos, ellos, ellos no me hacen nada... era mis ami..., mis amigos... y no volvieron a veni... a venir a la casa” (Carlos, comunicación personal, 2019)¹. “Ahhh no, es que yo pensaba que... que los de arriba, que los de arriba me decían cosas, me decían cosas” (Carlos, comunicación personal, 2019). “No, no... nada, a mí, a mí no me da nada... antes sí, pero ya no, ya casi no” (Carlos, comunicación personal, 2019). “Pregun..., pregúntele, pregúntele a mi mamá... no me gus..., no me gusta hablar” (Carlos, comunicación personal, 20 de junio de 2019). “Yo no... yo no, yo no estoy loco... todos hablan solos...” (Carlos, comunicación personal, 2019).

El comportamiento ansioso que generalmente acompaña las alucinaciones de Carlos está caracterizado por mirar de un lado para otro como si lo observaran, caminar rápidamente de un lado para otro, morderse las uñas y las cutículas, asomarse repetidamente a la ventana o a la puerta de la casa.

Además, en ciertas actividades desarrolladas con el psicólogo también es posible evidenciar algunos síntomas de ansiedad, particularmente en el manejo del tiempo; quiere hacer las cosas lo más rápido posible, como jugar

¹ Este tipo de lenguaje interrumpido o entrecortado fue muy característico del paciente durante los primeros meses. Cabe señalar que no se trata de tartamudez.

fútbol, videojuegos y comer vorazmente, se empieza a incomodar cuando las caminatas o viajes en bus se hacen más largas de lo esperado, cuando debe esperar a que le traigan el pedido en la panadería o cuando hay demasiada gente en un lugar —cancha deportiva, centro comercial, piscina—; también se manifiesta cuando debe subir un puente peatonal o incluso asomarse por la terraza de su casa en el tercer piso.

Otro de los síntomas que más preocupó a su familia y que resultó muy evidente al comienzo del proceso era su apatía para hablar; en un comienzo, en su propia casa y durante mucho tiempo con su madre, a quien dejó de dirigirle la palabra por varios meses, pero que después se generalizó a no querer hablar con nadie. En los primeros meses del tratamiento psicológico, dicha resistencia se manifestó en el poco contacto visual y simplemente no querer hablar: “ahhh, hoy no, hoy no... no sé, no sé, no quiero... no quiero hablar con nadie, mejor otro, otro día” (Carlos, comunicación personal, 2019); también al no responder las preguntas del psicólogo o ser demasiado parco en sus respuestas, principalmente cuando se le indaga por “sus problemas” o por el consumo de marihuana.

Este síntoma está acompañado de dos expresiones del habla muy características de Carlos al comienzo del tratamiento: la ambivalencia y el lenguaje interrumpido. La ambivalencia se observa tanto en el discurso —cuando se le pregunta cómo está, suele dudar si bien o mal—, como cuando se le indaga por lo que quiere hacer, pues no está del todo seguro si quiere ir o no a cierto lugar, hacer o no cierta actividad. Esto evidencia que le cuesta conectarse con sus sentimientos: “ahí más o menos, no sé” (Carlos, comunicación personal, 2020); al preguntarle si le gustaría volver al estadio a ver los partidos de fútbol dice: “no, no sé... pues sí... pero, no, no sé” (Carlos, comunicación personal, 2019); y luego de la visita de su hermano, quien llegó de Chile, se le pregunta ¿cómo te fue con tu hermano?: “Ahhh, bie, bien, más o me... más o menos...” (Carlos, comunicación personal, 2019). Generalmente su respuesta frente a la indagación por cómo se siente es “no sé” o “no pasa nada”.

El lenguaje interrumpido o entrecortado es otra de las características relevantes en el discurso de Carlos, como se observa en la mayor parte de sus intervenciones durante los primeros meses: “pues bie..., ahí más o me...”, “ellos querían que yo... que yo... saliera más, porque yo no salía... con ellos no pasa... no pasaba nada... o dibuja... si, dibujábamos” “yo teni... tenía una vida, como hace cinco años, cuan... cuan... cuando iba al estadio... me gustaba ir a ver al [equipo de fútbol favorito]”, “po... po... por allá, fumaba marih...marihuana... eso ya lo lo lo dejé... yo iba con mis ami... amigos” (Carlos, comunicación personal, 2019).

Los síntomas negativos

Los principales síntomas negativos se evidenciaron cuando la familia comenzó a notar cambios significativos en su comportamiento, como su falta de interés en el estudio y en el fútbol, ya no quería ver partidos ni ir al estadio a ver a su equipo favorito, el descuido en su aseo personal, y comienza a aislarse y a encerrarse en su cuarto por períodos prolongados de tiempo. También comienzan a aparecer conductas regresivas, catalogadas por la madre como infantiles, tales como pedir permiso para ir al baño, para sentarse o para hacer cualquier cosa, incluso en algunas actividades con el psicólogo: “[m]e pregunta por aquello que puede o no puede pedir, me pide que le pase la cuchara o el pitillo para poder comerse el helado, me pregunta y pide permiso para botar el vaso” (Diario clínico del psicólogo, 2019), “[c]uando llegamos a la panadería se le dificulta pedir lo que desea, con su mirada hacia el suelo y tono de voz bajo me expresa que pida el pan por él” (Diario clínico del psicólogo, 2019).

Durante la fase crítica de la sintomatología duerme con la madre por cerca de dos años, y en ocasiones sugiere al psicólogo que le pregunte a su mamá sobre lo que le pasa a él.

Se hizo evidente durante las actividades que involucraban alimentación su voracidad al consumir alimentos y bebidas, al punto de casi atragantarse con el tamaño de los bocados y la velocidad con que mastica, daba la impresión que temía que se la fueran a quitar; lo que se asocia con lo que

refiere la madre durante los primeros meses de vida de Carlos: “se mostraba muy ansioso y desesperado por comer, quería comer más y más, entonces se complementaba con el tetero con preparaciones de leche de tarro, luego de que comía y quedaba demasiado lleno vomitaba... era un bebé muy garoso” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2020).

Esto se evidenció claramente en uno de los registros del diario clínico del psicólogo: “aun sintiéndose saciado y lleno pide más pan y una vez comienza a comerlo expresa sentirse lleno; sin importar la sensación de saciedad se obliga a comer el pan en su totalidad” (Diario clínico del psicólogo, 2019).

Otro de los cambios negativos evidenciados por la familia fueron sus dificultades para la interacción social, inicialmente asociadas a las alucinaciones y delirios que le hacen desconfiar de todos, volverse agresivo y mirar a los otros de una forma intrigante y alejarse de sus amigos. Luego su mutismo selectivo, la falta de contacto visual y el aislamiento. Más adelante, dichas dificultades quedaron expuestas en diversas actividades desarrolladas en el proceso terapéutico, como no querer interactuar con otros o evitar espacios donde hubiera grupos de personas que no conocía; incluso, al comienzo, ni siquiera se atreve a solicitar un producto al ingresar a una tienda, panadería o restaurante. En diversas ocasiones manifiesta el sentirse solo, no tener amigos y su poco interés por relacionarse con otros: “no, no sé, no me gusta salir con otra gente... antes sí, tenía amigos... ellos, no, no volvieron” (Carlos, comunicación personal, 2019), “mi problem, problema es que no salía, yo no tengo, no tengo, no tengo a nadie... estoy so, estoy solo, estoy solo en este mundo” (Carlos, comunicación personal, 2019). En una ocasión que el psicólogo lo lleva a una reunión comunitaria describe:

A medida que llegan más personas, se nota un poco más ansioso; camina de un lado para otro y comienza a morderse las uñas; a manera de huida, expresa: ¿hasta... hasta... hasta qué horas nos queda, nos quedamos?, tengo part, partido... no... no... no llame a nadie [...] No quie, no quiero estar aquí, quiero ir almorzar a mi casa. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Finalmente, se presentan síntomas asociados a los efectos secundarios de los medicamentos, pero que los padres desconocen, lo que hace que se incrementen las discusiones y el malestar con Carlos. El primero es la alteración del sueño: “mantenía todo el tiempo encerrado, en el cuar... en el cuarto... durmiendo, algunas veces salía a ver televisión” (Carlos, comunicación personal, 2019). Dice la madre que:

Nooo, es que este muchacho se acuesta muy tarde, eso es caminando por la casa de un lado para otro y se le dan las dos, tres de la mañana despierto; últimamente duerme mucho, se levanta al medio día o más tarde; da mucha brega levantarlo, y cuando uno lo levanta se pone de mal genio. (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019)

También dice la madre de Carlos: “otra cosa es que en las noches no está durmiendo y le da mucha brega levantarse temprano, no sé si es por la droga que está tomando” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019).

Incluso, al psicólogo le toca hacer frente a esta situación en varias oportunidades: “llegando a la casa de Carlos me informa la madre que este no se encuentra preparado: ¡no, ese muchacho no se quiere levantar, yo le digo y le digo y no se levanta!” (Diario clínico del psicólogo, 2019).

También aparecen sensaciones de aburrimiento, no le motiva hacer nada, anhedonia e ideaciones suicidas: “él comenzó de un momento a otro a decir que no quería vivir, que no valía la pena [...] y cuando salimos del cine, comenzó a decirme que la vida no valía la pena, que no quería vivir, que la vida era muy dura” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019).

Es preciso señalar que hay un factor que podría considerarse predisponente o desencadenante de la esquizofrenia, pero, como se señaló en el primer capítulo, aun no hay resultados concluyentes al respecto, y es el consumo de marihuana en Carlos, que coincide con la época en que aparece la sintomatología:

Yo empecé a verlo como raro, notaba cambios en él, llegaba con los ojos rojos, se le veía la cara como decaída, tenía ojeras y los

ojos como hundidos, se le veía la cara como un de man que está metiendo vicio..., lo veo como más intranquilo. Una vez de tanto verlo así, lo perseguimos y lo vimos fumando marihuana. Yo me alteré y hasta amenacé a los pelados con los que estaba; desde ahí Carlos se encierra del todo y no vuelve a salir. (Padre de Carlos, comunicación personal, 2019)

El mismo Carlos reconoce haberla consumido en la época de la adolescencia en que iba al estadio con sus amigos, y más adelante, cuando ya estuvo diagnosticado, era frecuente que se ausentara de casa para ir a consumir. Esta situación será analizada más detenidamente cuando se aborde la dinámica familiar, debido al antecedente de consumo de drogas por parte del padre.

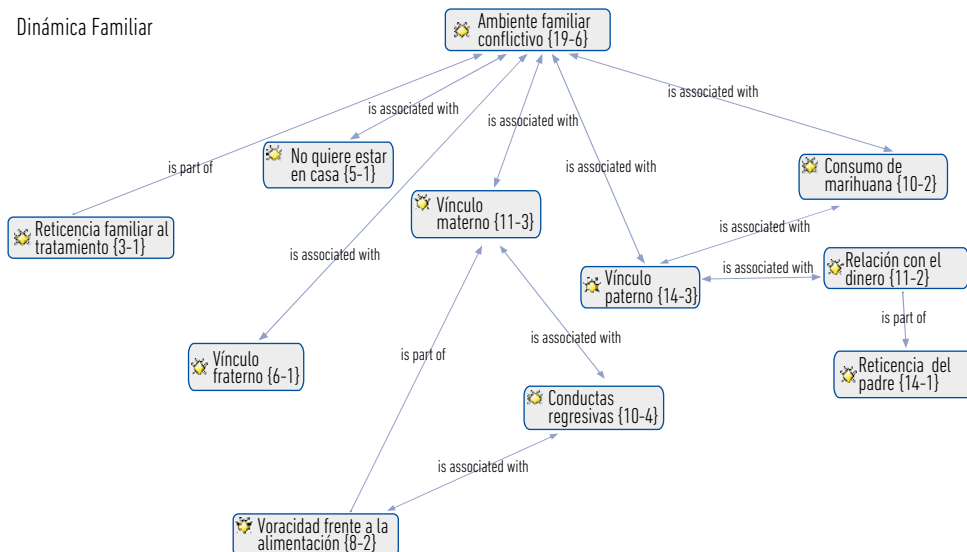
La dinámica familiar

Como se puede observar en la figura 4, el ambiente familiar se ha caracterizado por ser conflictivo. En la historia relatada por la madre, reitera las dificultades en la relación con su esposo, caracterizada por agresiones verbales y hasta físicas:

Alfredo y yo manteníamos peleando, si no era por una cosa era por otra, a él le gusta mucho beber y su vicio, y nos tratamos mal, y así ha sido por mucho tiempo; hay tiempos en los que se calma la cosa, pero cuando Carlos estaba pequeño (entre los seis y los nueve años) peleábamos mucho y llegamos a levantarnos la mano y todo y el niño veía todo eso. (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019)

Figura 4.*Red Atlas Ti sobre la dinámica familiar*

Fuente: elaboración propia.



Incluso al psicólogo le tocó presenciar varios altercados entre los esposos, cuando Alfredo ha llegado en estado de embriaguez y en algunas ocasiones en que los ha entrevistado juntos, suelen tener discusiones tensas.

Así mismo, parecen no comprender muy bien la sintomatología de su hijo, al punto que se convierte en motivo de discusión con él, al presionarlo para que se levante de la cama, salga, socialice o realice oficios en la casa: “algunas veces pel... pelea mucho con ello, si pelea con ellos... ellos pelean mucho por mí... que no manten... mantenga encerrado, pel... pel... pelea porque ellos no me quie... no me quieren tener o ver todo el tiempo acá” (Carlos, comunicación personal, 2019), “sí, antes, pele... peleaban mucho porque yo no salía” (Carlos, comunicación personal, 2019), “no sé... mi papá, mi papá me regaña más... no me gusta, no me gusta que me estén regañando... no sé, no sé, me da rabia” (Carlos, comunicación personal, 2019).

También es de resaltar que los abuelos maternos alimentan dicha conflictividad porque, por ejemplo, la abuela suele afirmar que Carlos no tiene nada, que se hace el bobo para no hacer nada y que lo que hace con el psicólogo es una pérdida de plata y de tiempo; mientras el abuelo también lo regaña constantemente: “ese man es muy cansón, sí, hay vec, hay veces, se pone a insultar, o me voy para otras partes” (Carlos, comunicación personal, 2019).

El ambiente conflictivo que suele vivir en su casa y el sentir que no tiene nada qué hacer, hace que en ocasiones se sienta aburrido y prefiera salir, estar por fuera: “bueno... no sé, no sé... no, no, no... no quiero, no quiero estar aquí” (Carlos, comunicación personal, 2019), “no sé, no sé... como relajado, me da pereza estar en la casa... como aburrido” (Carlos, comunicación personal, 2019), “nada... no estoy saliendo, me pongo a ver televisión... aburrido ahí en la casa” (Carlos, comunicación personal, 2021).

Reticencia familiar al tratamiento y relación con el dinero

Aunque en un principio ambos padres estuvieron de acuerdo en apoyar el proceso psicológico de Carlos, al poco tiempo se evidenció la reticencia general sobre el mismo; particularmente el padre, inicialmente se resistía a entrevistarse con el psicólogo, y más adelante, evidenció su falta de credibilidad frente a ningún tratamiento, dado el tiempo que ya llevaba Carlos con los síntomas:

Ustedes los médicos, o si, bueno, todos esos psiquiatras y psicólogos que lo han visto no han hecho nada, ese pelado no se le ve mejora; los psiquiatras solo mandan pastas, ese mundo de pastas que se toma lo único que hacen es mantenerlo todo dopado y cuando lo vieron los psicólogos se aburrían porque este pelado no hacía nada, no hablaba, no salía de ese cuarto. (Padre de Carlos, comunicación personal, 2019)

Unido a esto, al no comprender muy bien el propósito de las salidas de campo del psicólogo con Carlos y no ver avances rápidos en el proceso, expresa

abiertamente que no desea que el psicólogo vuelva, entre otras cosas, por los costos que le representan las salidas de campo:

Yo he trabajado ganándome lo mío para relajarme, no para estar gastando [señalando y manoteando a Carlos] ...Yo ya había hablado con Juliana, no sé por qué no le ha dicho nada a usted sabiendo que los dos pensamos igual, pero como ella hace todas las cosas a espaldas, a ella le gusta hacer lo imposible... si ella quiere que usted siga viniendo ya es cosa de ella, que pague ella, pero por parte mía no, ese gasto es innecesario, no vale la pena [...] si es para sacarlo y darle un helado, para eso lo saco yo. (Padre de Carlos, comunicación personal, 2019)

Hay cierto celo por lo que el psicólogo hace con su hijo y, aunque manifiesta que eso lo puede hacer él, la verdad es que nunca lo hace, pues prefiere consumir drogas y licor con sus vecinos más jóvenes —de la edad de su hijo—. El hijo representa un gasto “innecesario”.

En repetidas ocasiones, el tema del dinero ha sido reiterativo en ambos padres; la madre lo refiere cuando le tocaba dejar a sus hijos al cuidado de otros porque debía trabajar y habían muchas necesidades económicas en la casa; mientras el padre hace constante referencia a los gastos que le ha implicado la enfermedad de su hijo: “cuando Carlos estuvo interno en un hogar por allá, pagábamos setecientos mil pesos por un plato de comida y unas pastas, por eso lo saqué de allá y fueron setecientos mil pesos que me ahorré” (Padre de Carlos, comunicación personal, 2019).

Al evidenciar algunas dificultades que fue expresando Carlos en el proceso, con relación al mismo manejo del dinero, se pudo inferir que este era un mediador o tenía algún significado especial del vínculo con sus padres: “ahí más o menos... sí, es que mi papá alega mucho... alega por plata” (Carlos, comunicación personal, 2019).

A lo largo de la sesión se nota un poco preocupado por el dinero que su madre me ha dejado a cargo para los gastos, preguntando

de manera constante el costo de los pasajes y del almuerzo; también se nota inquieto ante la posibilidad de que sea necesario más dinero. (Diario clínico del psicólogo, 2020)

En distintas ocasiones, de manera un poco angustiada, preocupado, Carlos pregunta por el valor de las cosas y expresa: “¿cuánto se le va a ir ahí? ¿puedo pedir de esto?, ¡pero está caro!, mejor pido otra cosa” (Diario clínico del psicólogo, 2019, 2020).

Incluso, dicha preocupación por el dinero se traslada a la atención psico-terapéutica: “le propongo que si él lo desea podemos vernos más veces a la semana, pero se nota algo alterado y responde de manera negativa: no, no... ¿para qué?... hay que pagar... pagarle más” (Diario clínico del psicólogo, 2019).

Y en otra ocasión en que el psicólogo lo encuentra solo en casa y alterado, no quería dejarlo entrar y expresa:

Le explico que debo estar ahí por su seguridad y, ante mi insistencia, me expresa: ‘no, vaya, vaya, váyase... no, no, no vuelva...’, hace algunos comentarios alusivos al dinero con expresiones que denotan mayor alteración: ‘no le, no le, no le voy a pagar... ¿y qué va a, qué va a hacer?... mejor no vuelva’. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Y a pesar de su gusto por la natación, en una ocasión le manifiesta al psicólogo: “yo no, yo no voy a volver aquí... ese poco, ese poco de plata y es muy poquito, poquito tiempo” (Carlos, comunicación personal, 2019).

En algún momento Carlos intenta expresar que los encuentros y sesiones no le proveen de algún beneficio; ante esto, el psicólogo le realiza algunas preguntas para promover su criterio y posición frente al deseo, gusto y disfrute, no solo de las salidas a piscina, sino de cada uno de los encuentros hasta la fecha. Lo anterior ligado a la relación que tiene con su padre y la influencia que esto ejerce sobre su opinión; concluyendo que es realmente la presión sentida debido al comportamiento de su padre.

Como en el apartado anterior —Los síntomas negativos—, ya se hizo alusión al vínculo materno, los comportamientos regresivos de Carlos y su voracidad frente a la alimentación, presentaremos algunas evidencias del vínculo paterno.

Vínculo paterno

Lo primero a resaltar de Alfredo es su negativa inicial a ser padre y el delegar la responsabilidad del embarazo en su esposa:

Cuando conocí a Juliana yo no quería tener hijos, eso era un problema, pero yo siempre le dije que eso era decisión de ella. Nos fuimos a vivir juntos porque quedó en embarazo y la mamá no la aceptaba así en la casa. Luego, el embarazo de Carlos fue una sorpresa, pero yo le dije que era cosa suya; ella decidió tenerlo, pero le dije que con la condición de que se tenía que operar luego de eso; ella era un pelaita cuando se operó. (Padre de Carlos, comunicación personal, 2019)

Además, el padre parece tener una imagen fragilizada de su hijo:

Carlos siempre fue muy de malas, le pasaban muchas cosas de pequeño [...] Él era muy apegado a mí, me buscaba para ir a dormir, para jugar o solo para estar ahí conmigo; fue muy protegido por mí y por Juliana, nosotros no lo dejábamos hacer muchas cosas solo, nos daba miedo que le pasara algo; a Carlos todo se lo hacía. (Padre de Carlos, comunicación personal, 2019)

Esta imagen siguió alimentándose con otros acontecimientos como su retiro del colegio a los trece años “porque él no tenía ganas de seguir estudiando” o el haber regresado a dormir con la madre al comienzo del diagnóstico, siendo ya un adolescente.

Tal vez el padre asumió en un principio un cierto rol protector de este niño frágil, tal como lo señala Juliana: “el papá fue muy apegado a Carlos, yo sentía que él estaba más pendiente y era como más especial con Carlos que con mi otro hijo” (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019).

Sin embargo, tal fragilización también pudo impedir que Carlos superara la angustia ante la separación con la madre y, por ende, su miedo a la supervivencia, a una realidad que le resultaba cada vez más amenazante.

Y esto coincide con el paulatino alejamiento del padre a medida que Carlos fue creciendo, y el mismo Alfredo reconoce:

Él ya es un adulto, una cosa es cuando era niño, ya hay que estarlo regañando, todo el tiempo toca reprenderlo, [...] él es un patán y eso no es culpa mía, no es culpa de nosotros lo que le sucede a él... eso cuando era niño que sí, uno jugaba con él, pero después que empezó con su grosería y su calle. (Padre de Carlos, comunicación personal, 2019)

Alfredo cambió mucho con Carlos; cuando era pequeño eso mantenían para arriba y para abajo. Desde que Carlos comenzó a crecer, ya cuando estaba más grande, Alfredo no le hablaba, y si lo trataba era para regañarlo, pero le hablaba muy duro, en tono muy fuerte... ahora es cuando está borracho que lo busca, ahí sí le dice que mi muchacho, que lo quiere, lo abraza [...] Alfredo no tiene paciencia, todo el tiempo es a los gritos, no tiene paciencia para tratarlo. (Madre de Carlos, comunicación personal, 2019)

Resulta llamativo que es precisamente cuando está bajo los efectos del alcohol que el padre demuestra mayor afecto hacia Carlos. Al comenzar el 2021, el psicólogo le preguntó a Carlos por las celebraciones de Navidad y año nuevo, y él dice: “yo me acosté como a las cuatro de la mañana, ese día mi papá me dio una cerveza” (Carlos, comunicación personal, 2021).

Con el paulatino conocimiento de la dinámica familiar, se evidenció que buena parte de las discusiones de la pareja era no solo por el consumo de licor y psicoactivos por parte de Alfredo, sino principalmente porque invita al consumo de ambas cosas a sus amigos, la mayoría de ellos con edades similares a las de sus hijos y frente a quienes ostenta una imagen de admiración. Ello contrasta con su posición de no tener dinero para pagar los tratamientos de su hijo.

Así mismo, lo contradictorio que puede resultar un padre consumidor que sanciona a su hijo porque consume marihuana. Y es justo este el principal problema de su conflicto con ambos hijos, principalmente con Jaime, el mayor, con quien siempre chocaba porque le señalaba su falta de autoridad moral para reclamarle por su estilo de vida; mientras Carlos, al iniciar la adolescencia, deja de ir al estadio con su padre y comienza a ir con sus amigos, espacio en el que según él mismo reconoce, comienza el consumo de marihuana: “po... po... por allá, fumaba marih...marihuana... eso ya lo, lo, lo dejé [...] yo iba con mis ami... amigos” (Carlos, comunicación personal, 2019), “fuma, fumábamos bareta... cuando iba, íbamos a ver al [equipo de fútbol]... antes lo hacía, lo hacía mucho” (Carlos, comunicación personal, 2019).

Es inevitable pensar en el papel que pudo haber cumplido el consumo de psicoactivos en el vínculo que ha establecido Alfredo con sus hijos y el posible significado del consumo de marihuana en Carlos, que pudiera estar ligado al deseo de cercanía con su padre: consumo para estar con él o más cerca de él.

Dicho consumo se mantuvo hasta antes de la pandemia. La familia sabía que, en ocasiones, cuando Carlos se ausentaba de la casa, se iba para ciertas partes del barrio a consumir marihuana. También esto se lo confesó Carlos en algún momento al psicólogo.

Así mismo, cuando se retomaron las sesiones, después de la cuarentena, Carlos manifestó que había dejado de consumir, porque no podía salir de la casa:

No... desde la cuarentena no he vuelto a fumar... a mi mamá no le gusta que yo lo haga... como lo dejé de hacer ya no me dan ganas, además hay que meterse por allá... aunque yo me meto y no pasa nada, pero ya me acostumbré a no fumar. (Carlos, comunicación personal, 6 de febrero de 2021)

Vínculo fraterno

Aunque a su hermano mayor no lo menciona mucho, es importante analizar el vínculo de hermanos, pues hay algunos elementos relevantes que pueden

ayudar a comprender la situación actual de Carlos:

Cuando habla de su hermano, Carlos se observa motivado, alegre y entusiasmado; entre sus historias relata que cuando eran pequeños se quedaban solos en la casa, mantenían juntos, lavaban y arreglaban la casa, jugaban fútbol y hacían cosas para comer. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

En la época en que se inicia la atención psicológica, su hermano se encuentra viviendo en Chile, donde se unió a una mujer con quien tiene un hijo. Coincide con una visita de su hermano, que la interacción de Carlos resulta ser más fluida, evidenciando un mejor estado de ánimo: “Carlos comenta que solían ir juntos al estadio, si bien su hermano es del equipo rival; la cercanía con el hermano llevó a suponer que lo tranquilizaba, aunque actualmente no comparten actividades juntos” (Diario clínico del psicólogo, 2019).

Poniendo a prueba la realización simbólica

Dentro del análisis de la información y como resultado de la creación de redes que ayudaron a comprender de una mejor manera los resultados arrojados de dos años de intervención, se logró crear una red² que da cuenta de las diferentes propuestas terapéuticas producto de la interacción y proceso con Carlos. Las categorías fueron elegidas no solo por el número de citas que aparecen a lo largo del proceso, sino también por su contenido simbólico y efecto terapéutico en el paciente.

A diferencia del caso de Sechehaye, Carlos no presenta comportamientos tan infantilizados, por tanto, el recurso a juguetes, muñecos u otros objetos que pudieran utilizarse simbólicamente fue un asunto difícil de precisar al comienzo.

² En este caso, al no tratarse de una red de códigos, sino de citas, no se coloca la figura correspondiente pues, son situaciones concretas donde se puso en juego el método y fueron tantas (ochenta y dos) que sobrepasaría el espacio de este documento; además, algunas de las citas se colocarán a lo largo de la presentación para ilustrar cada una de las categorías.

De acuerdo con lo anterior, las propuestas estuvieron basadas en objetos, actividades, lugares e incluso consignas que fueron dando a luz a cambios positivos significativos en la instauración de la transferencia, el discurso, comportamientos y la esfera afectivo-emocional de Carlos. A continuación, se presentará el análisis de las siguientes propuestas terapéuticas:

- La alimentación
- El fútbol
- El nadar (el agua: la piscina y el río)
- Las salidas de campo
- Los videojuegos
- La cotidianidad

La alimentación

La alimentación fue una de las primeras propuestas para dar inicio al proceso, se tomó en cuenta no solo por el hecho de poder encontrar aquellas actividades que motivaban a Carlos —con entrevistas a sus padres donde refieren la manera en la que Carlos come—, sino también buscando otros espacios para que el paciente lograra salir de su casa y el encierro en el que se encontraba sumido.

Para nuestra sorpresa, salir a comer se convirtió en uno de los espacios más significativos y enriquecedores, en primer lugar, para la instauración de la transferencia y posteriormente para hacer de esta actividad el momento perfecto para introducir significados —lo simbólico— relacionados al disfrute y goce de la vida.

Las primeras salidas a la panadería, que queda un poco retirada de su casa, fueron cruciales para la observación e identificación de las formas en las que Carlos ingería los alimentos, interactuaba con ellos, con los demás y con el entorno —la panadería, las personas que nos atendían, si ordena o no, etc—; en un principio Carlos se observa temeroso, se le dificultaba pedir e interactuar con las personas que nos atendían, todo estaba mediado por la presencia y la voz del terapeuta; preguntarle qué deseaba comer y tomar,

ofrecerle otras posibilidades en caso de no haber lo que deseaba, pagar lo que habíamos consumido, dejar la basura en su lugar, agradecer, entre otras.

Cuando nos disponíamos a comer, su forma de relacionarse con los alimentos era ansiosa, dejaba entrever una angustia voraz por comer; llevaba gran cantidad de comida a su boca, masticaba de manera bastante rápida hasta el punto de tragar los alimentos casi sin masticarlos —como si la comida se le fuera a escapar—, el tiempo entre cada bocado era muy corto, tanto así que en pocos minutos acababa con un pan de buen tamaño y una gaseosa o bebida personal, esta última podía ser tomada en cuatro o cinco sorbos.

Con lo anterior pudimos observar que la voracidad con la que Carlos se relacionaba con los alimentos estaba íntimamente ligada a la angustia, el tiempo de espera y el prohibirse —de manera inconsciente— el disfrute del momento y función de la alimentación; es decir, poder disfrutar de cada alimento, bocado a bocado, lograr compartir el momento de comer con otros —afectivo— y tomarse el tiempo para disfrutar.

A medida que fue pasando el tiempo, la transferencia fue ganando terreno y el vínculo con Carlos se estaba fortaleciendo hasta el punto de que él mismo proponía las caminatas hacia la panadería: “cuando usted viene a mí me dan ganas de ir a comer a la panadería” (Carlos, comunicación personal, 2019), poco a poco, y de manera espontánea, fueron surgiendo consignas que apuntaban a simbolizar la relación entre la comida, la función de nutrir, el afecto y el compartir, y, muy importante, el tomarse el tiempo para disfrutar. Paulatinamente se introducen frases como: “vamos a comer, lo importante es disfrutar de los alimentos, comerlos de manera tranquila, despacio y con calma; nadie te va a regañar si no lo comes todo” (Diario clínico del psicólogo, 2019), “vamos a comer de manera pausada, así podremos disfrutar y saborear cada uno de los alimentos, no hay prisa para acabar; tenemos tiempo para compartir” (Diario clínico del psicólogo, 2019).

Al principio Carlos continuaba comiendo de manera apresurada, en ocasiones presentaba cierta intermitencia, intentado reducir la velocidad y la

cantidad de comida que llevaba a su boca, así como la manera de masticar los alimentos, un elemento importante de recalcar es que en ocasiones atravesaba su mirada en el momento en el que hacía la consigna y esto, al parecer, tiene un efecto significativo en la manera como comía.

Otras intervenciones que ayudaron a introducir significados alrededor de acciones como botar la basura o ir a pagar fue el juego de “piedra papel y tijera”, quien perdiera debía pararse y arrojar la basura en el bote, o ir a pagar, y para motivar e incentivar acciones como pedir u ordenar o cambiar de parecer si deseaba una u otra cosa por medio de intervenciones como: “tú puedes pedirlo, así como pediste la carne de cerdo, creo que eres capaz de decirle a la señora que te regale la limonada que te ofreció hace un momento” (Diario clínico del psicólogo, 2020), “ya tienes tanta fuerza y confianza que pedir no va a ser un gran trabajo” (Diario clínico del psicólogo, 2021).

También el hecho de compartir alimentos sirvió como símbolo del afecto y la alimentación como medio para su fortalecimiento: “vamos a comprar lo que tú quieres y lo vamos a compartir los dos, este paquete será para los dos y la gaseosa también” (Diario clínico del psicólogo, 2020).

El fútbol

Jugar fútbol surgió como una actividad afín a los gustos de Carlos, tanto ver fútbol, ir al estadio, como jugar con pares; también en la identificación del mismo como un espacio que en su momento fortaleció el vínculo con el padre y el hermano. En los pocos espacios donde se pudo realizar esta actividad se logró vislumbrar la efectividad de las intervenciones y el fútbol como medio para la socialización y el acercamiento hacia el disfrute y goce de la vida.

Al igual que la alimentación, las salidas a la cancha a jugar fútbol permitieron el fortalecimiento del vínculo; además fueron aprovechadas para que Carlos se motivara a interactuar con pares, resaltar sus habilidades y capacidades. También se utilizan consignas o intervenciones verbales que buscan simbolizar el paso de la resistencia manifiesta en “pereza” hacia el disfrute por el jugar y el compartir: “debes proteger el arco como protegiste tu vida y

como lo estás haciendo ahora, y meter goles para ganarle a la pereza, ¡vamos a meterle goles a la pereza!” (Diario clínico del psicólogo, 2021).

El agua: la piscina y el río

El agua como objeto, ligado a actividades en piscina y río —de igual forma que los alimentos en actividades en la panadería y preparaciones en su casa—, fueron fundamentales en el proceso de simbolización e intensificación de la pulsión de vida. Las intervenciones en la piscina y el río no solo permitieron el fortalecimiento del vínculo terapeuta-paciente, sino la apertura afectivo-emocional y la producción discursiva, logrando nombrar —poner en palabras— sus sentimientos y emociones.

Con este “juego”, propuesto luego de haber observado la particular relación de Carlos con el agua, ya que se ve que disfruta de estar en el río o la piscina porque se le ve alegre y contento, fuimos descubriéndolo como la posibilidad de simbolizar la vida y la muerte: entrar a piscina o ir al río implicaba sumergirse, lo que en Carlos cobraba relevancia sobre todo si el agua tuviera cierto grado de profundidad: “obvio... si, si, es más asp, aspero el agua lo tapa a uno” (Carlos, comunicación personal, 2019), allí encontraba el contraste vida-muerte, cuando podía sumergir todo su cuerpo y aguantar por algunos segundos la respiración bajo el agua en un estado de falta de aire —muerte— para posteriormente surgir, o mejor resurgir, como en una especie de nacimiento, a la superficie, afuera, a respirar nuevamente —vida—. Favoreció poder explorar su esfera afectiva y emocional, incluso en ocasiones mayor producción discursiva, así como el reconocimiento de sus sentimientos y algunas de sus dificultades con relación a la dinámica familiar. Las sesiones en la piscina están acompañadas siempre de sonidos y canciones que acompañan las sensaciones de placer y disfrute de Carlos (Diario clínico del psicólogo, 2019).

Otros juegos que lo acercaron a mayores sensaciones y emociones alrededor del disfrute de la vida, la compañía y el compartir, fueron “hacerse el muerto”, que consistía en intentar flotar aguantando la respiración para luego

vivir y darse la oportunidad de sentir placer al respirar y disfrutar del agua; también lanzarse desde arriba y dando un salto hacia el agua desde el borde de la piscina, confrontándose con su temor a las alturas.

Las salidas de campo

Como lo plantea Sechehaye (1994), en la introducción de su libro, se trata de poner al paciente “frente a los objetos de su mundo circundante [...] y frente a la naturaleza misma a través de agradables paseos [...] para volver a ganar contacto con la realidad” (p. 19). Las salidas de campo fueron un conjunto de actividades que podían contener diferentes objetos —los alimentos, el agua, etc.—, pero que, en esencia, ellas mismas representaban los temores y angustias propias de la esquizofrenia; Carlos estuvo por un período prolongado de tiempo encerrado en su casa, hasta el punto de encerrarse en su cuarto, privándose de la compañía de sus familiares, amigos y de las actividades que lo acercaran a la vida y el disfrute de la misma. En este sentido, el solo hecho de salir a caminar por el barrio, a la cancha, al parque y, posteriormente al centro comercial, al cine, al río y a sitios emblemáticos de la ciudad, adquirieron mayor relevancia dentro del proceso, convirtiéndose en una de las principales actividades para favorecer en Carlos el reencuentro con la vida y el disfrute de la compañía que vivió antes de encerrarse en su cuarto.

Lo que en un principio era una resistencia: quedarse dormido, expresar no querer salir o decir que no iba a un lugar u otro por lo lejano que este estaba, pasó a ser un avance al lograr inicialmente que Carlos pudiera salir de su casa. Más adelante ya no presentaba mayor resistencia para levantarse de la cama cuando se le pedía y en otras ocasiones estaba listo esperando en la puerta antes de que llegara la hora de salir a realizar la salida de campo o actividad programada. Incluso proponía salidas y actividades, encontrando esto como una motivación en Carlos producto de su fortalecimiento socio afectivo.

Uno de los elementos más importantes a trabajar en las salidas de campo fue el tiempo de espera y su relación con la ansiedad que le produce, como las salidas al río y los largos trayectos en el autobús, el tener que esperar a que

el terapeuta llegara o el desarrollo prologando de una actividad, como jugar fútbol: “pero solo a tres goles” o “solo un partido de cinco min... minutos” (Carlos, comunicación personal, 2020), “usted vino más temprano hoy, era a las cinco, ¿cierto?... Y... ¿allá podemos ir más temprano?” (Carlos, comunicación personal, 2021), “hola, llevaba rato esperándolo, llegó tarde, ¿Cierto? [...] Aburrido, esperándolo” (Carlos, comunicación personal, 2021).

Esta era tal vez una forma de expresar, de manera inconsciente, su demanda del tiempo que, en su momento, no le pudo ser concedido debido a los arduos trabajos de sus padres, especialmente de su madre, a quien en diferentes ocasiones le reclamó no haberle dedicado el tiempo suficiente.

De acuerdo a lo anterior, y como parte de la simbolización, se favoreció a cada momento la explicación acerca de la actividad que se realizaría, así como el tiempo que podríamos tardar en tomar el bus y el tiempo del viaje, la hora de almuerzo y la hora de regreso a casa (Diario clínico del psicólogo, 2020), mostrando posteriormente mayor apertura hacia el tiempo en diferentes actividades para soportar los largos trayecto en el transporte público hacia el río, parques y espacios de ciudad; asimismo, los “acuerdos” fueron acciones que simbolizaron en su momento la voz —su voz— y el “tenerlo en cuenta”; darle un lugar a lo que desea, por ejemplo en las salidas a comer, a cine o simplemente a dar una caminata por el barrio, representaba poder escuchar lo que quería, a dónde quería ir, qué quería hacer, qué quería comer, etc.

Dentro de las caminatas y en algunas salidas de campo encontramos apertura para la expresión de ideas con relación a los vínculos y la dinámica familiar (Diario clínico del psicólogo, 2020), así como para identificar y poner en palabras sus emociones: “no sé... mi papá, mi papá me regaña más... no me gusta, no me gusta que me estén regañando... no sé, no sé, me da rabia” (Carlos, comunicación personal, 2019).

Algunas salidas evidencian la angustia y ansiedad que le genera la presencia de los otros. En dos eventos realizados en una corporación cerca de su barrio, y en los que participaban niños, niñas y adolescentes, la interacción

y el número alto de personas en un solo lugar generó en Carlos un aumento de su ansiedad: comienza a morderse la uñas, caminar de un lado para otro y expresar su deseo de huida. No obstante, hay acciones que logra realizar acompañado, tales como ayudar a organizar sillas, poner manteles y acomodar mesas, asemejándose a un niño pequeño al que se le está enseñando y sintiendo esto como la ayuda que se puede brindar al padre o a la madre (Diario clínico del psicólogo, 2019).

En la salida a un lugar emblemático de la ciudad se le brindó apoyo, resaltando su capacidad de superación en los momentos en que se sentía cansado y “no capaz”, también se enfatizó en la importancia de que, una vez llegando al lugar, la recompensa era poder compartir, hablar y relajarse:

Vamos, es un poco duro pero lo bueno es llegar hasta allá y poder compartir un rato, hablar y relajarse [...] claro que sí, podemos parar para que tomes aire y descanses un poco; de todas formas, ya estamos por llegar. (Diario clínico del psicólogo, 2021)

Esto ayudó a fortalecer el vínculo con el terapeuta y fomentó la expresión de sus dificultades, sentimientos y emociones, así como el reconocimiento de algunas de las causas por las cuales se encerró.

También las caminatas por el barrio o el sentarse en el parque a conversar fue afianzando la confianza en el terapeuta, en tanto es allí donde manifiesta su punto de vista con relación a las actividades y lo importantes que se han vuelto para él: “yo pensé que usted no iba a volver... porque no volvimos a salir, así como antes” (Carlos, comunicación personal, 2021).

Otras situaciones que aparecieron en las salidas fue el reconocimiento de su miedo a las alturas, como pasar por un puente peatonal, que le genera angustia y miedo, o mirar hacia abajo desde la terraza de su casa; esto a su vez favoreció acciones de acompañamiento que simbolizaron el apoyo y sostén, alguien en quien puede apoyarse, cuando se le brinda el hombro para que apoye su mano

al momento de pasar el puente o cuando se le invitaba, a manera de reto, a cruzar el puente o atreverse a mirar desde la terraza de su casa:

Esto puede ser un reto para ti, como en los videojuegos; así como cuando jugamos con un personaje y logramos una misión o alcanzamos un meta subimos de nivel y es como si estuviéramos más fuertes, hoy puedes pasar el puente y subir de nivel, sentirte más fuerte, además yo sé que tú lo puedes hacer, yo sé que eres capaz de hacerlo.

Carlos me mira fijamente y con ligereza sonríe, pasamos el puente y enérgicamente le expreso que ahora es un poco más fuerte que antes y ha logrado aumentar su nivel; de regreso le explico lo mismo y observo en él mayor naturalidad para hacerlo. Una vez lo pasamos le digo: ‘Jum... pero ya subiste mucho de nivel, ahora eres mucho más fuerte que antes, pasar puentes no te costará tanto trabajo como hace algún tiempo, para celebrar deberíamos comer en la panadería de allí (le señalo una panadería cerca)’. (Diario clínico del psicólogo, 2021)

Asimismo, durante las salidas de campo se evidenció su relación con el dinero como elemento simbólico de aquello de valor y que merece para sí mismo. Carlos se veía implicado en un entramado de no saber si invertirlo para su beneficio, su disfrute y el compartir o retenerlo para gastarlo en el futuro; lo cual se comprobó luego que estaba ligado al vínculo con su padre y su reticencia para el tratamiento. Poco a poco esto fue mejorando, pasando de la retención hasta el ofrecer el dinero para invertirlo entre ambos en diferentes actividades: “eso está mu, está muy caro... mejor no compró nada... si, si... si me alcanza y para luego qué... me la gasto toda” (Carlos, comunicación personal, 2019).

Con la finalidad de poder reducir sus niveles de ansiedad en relación con el dinero, se favorecían palabras a modo de consignas que lo acercaran a su derecho a disfrutar de aquello que le ha sido dado en ese momento:

Carlos, lo importante es que puedas comprar algo que quieras y lo puedas disfrutar, ahí veo que te alcanza para que compres las crispetas que quieras comer y la gaseosa que tanto te gusta, aprovecha que esto fue lo que te dio tu mamá para salir y disfrutar hoy. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

En algún momento se planearon salidas con un rango mayor de tiempo para lograr interactuar con Carlos en horas de la noche debido a la detonación de sus alucinaciones, estas no se lograron concretar debido a circunstancias externas y ajenas al proceso.

Los videojuegos

El uso del computador, del Play Station y los juegos manuales favoreció el vínculo y, de igual modo, permitió intervenciones que ayudaron a mitigar algunas ansiedades relativas a la vida y el disfrute de la misma.

Videojuegos como Fifa, Mortal Kombat, Pacman y Triqui —círculos y equis—, en un principio ayudaron a ganar la confianza, así como en la búsqueda de actividades dentro de su casa, debido a su resistencia para salir de la misma. Esto nos mostró que en el pasado Carlos disfrutaba de jugar con sus amigos, al igual que la afinidad por el fútbol y lo que esto representaba en relación con el vínculo paterno; también se evidencia su relación con el tiempo, en donde deja ver su angustia por la cantidad de tiempo que se vaya a jugar y con esto la cantidad de tiempo que se vaya a compartir. Así, de modo inconsciente, sale a relucir nuevamente su petición de que estos juegos se desarrollen en un poco tiempo de manera rápida, como si no fuera merecedor de esto y de la calidad del compartir y disfrutar:

Para esta sesión se trabajó con juegos en el computador, específicamente triqui (círculos y equis) y pacman. Carlos responde de

manera positiva ante el juego, se muestra abierto a explorar aquellos que no conoce y, además, muestra habilidades para los mismos, desempeñándose de manera exitosa y ganando ante la consola.

No obstante, se muestra un poco ansioso cuando ha transcurrido algún tiempo haciendo esta. (Diario clínico del psicólogo, 2020)

Previamente al viaje familiar a la playa, se realizaron intervenciones usando el computador para ver videos sobre la primera experiencia de niños para volar en avión y, de igual modo, se vieron videos sobre la playa y el mar. Con lo anterior se buscaba reducir los niveles de ansiedad y angustia que le producen a Carlos las alturas, así como la cantidad de personas en un lugar, también para aprovechar su gusto por el agua y el disfrute de esta en una salida con su familia:

Durante los videos se observa en Carlos interés y curiosidad por lo que allí se muestra; está atento y concentrado y hace preguntas alusivas al cómo es montar en avión y si el terapeuta lo ha hecho, indagando a su vez por las sensaciones y experiencias. Para su sorpresa, el contenido del video resalta las sensaciones positivas y gratificantes con relación al montar en avión por vez primera; en ocasiones es reiterativo cuando expresa que preferiría ir en bus o no salir tan lejos, pero en el mismo video se le señala que ‘es como montar en bus y no se siente el movimiento’. Carlos muestra tranquilidad y repite: ‘jahhh, es como montar en bus!, aunque es mejor viajar aquí en la ciudad y no por allá tan lejos’. Frente a esto, se motiva a Carlos mostrándole videos sobre el mar, la playa y otras actividades que puede hacer en dicho lugar, así como la vista desde las alturas, ofreciendo, al mismo tiempo, expresiones que le ayuden a mitigar la ansiedad que le pueden producir las alturas: ‘en el avión también puedes bajar la persiana de la ventana y así ni cuenta te das que estás en el avión, no tienes que mirar hacia abajo’. ‘Mira el mar, parece que estar allá es muy bueno, nadar, estar en las playas y uff, vas con

la mamá'. 'Todo eso se ve muy bueno; pienso que allá la vas a pasar genial, o 'aspero' como dices tú'; 'el agua se ve muy bonita y yo sé que a ti te gusta mucho nadar y sumergirte en ella, creo que va a ser una oportunidad para que aproveches y conozcas cosas nuevas'. (Diario clínico del psicólogo, 2020)

La cotidianidad

Este apartado hace referencia a las intervenciones que se realizaron de manera espontánea en actividades de la vida cotidiana, tales como preparar alimentos en su casa, arreglar su cuarto, conversar en la terraza, escuchar música, ver televisión, entre otras. Todas estas permitieron introducir consignas que ayudaron a simbolizar el disfrute en acciones como cocinar, comer y organizar su cuarto; de igual manera, estas intervenciones permitieron reducir niveles de ansiedad por el miedo a las alturas, así como a mitigar el contenido paranoide de sus alucinaciones.

La combinación de la preparación de alimentos y posteriormente comerlos, fue clave para este tipo de intervenciones, allí se le acompaña en acciones propias de la cocina: pelar, picar, romper los huevos, batirlos, cocinarlos, etc; estas fueron un símbolo del poder, es decir, de la capacidad que tiene para hacer algo para su propio beneficio y, más allá de esto, preparar por él mismo los alimentos que le van a nutrir y le van a generar placer:

Comenzando a cocinar le pido que por favor me enseñe a hacer tortillas de huevo ya que son las que más le gustan y, con algunas dificultades y mostrándose tímido, procede a romper los huevos, batirlos y explicarme cómo le gusta quebrarlos y con qué. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

También se resalta que: "ya que se ha identificado algunos hábitos alimenticios 'poco saludables' se propone a Carlos hacer una ensalada de frutas" (Diario clínico del psicólogo, 2019). Durante una de las sesiones Carlos se encuentra bajo estado de alucinación de contenido paranoide, comienza a caminar de un lado para otro, habla solo en lo que parece un alegato con otros, con agresiones

verbales y contenido de muerte. En este momento, recordando las intervenciones de Secheyay, fue preciso intervenir de modo que pudiera estar más presente en la actividad, así como para intentar aquietar sus voces internas:

Vamos a estar aquí —le señalo la cocina— hablemos entre nosotros que es mejor, compartamos este momento para cocinar y comer luego puedes hablar con los otros. Carlos se acerca a la cocina y me ayuda con la preparación de la ensalada de frutas, me hace preguntas de cómo pelar y picar. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Durante las alucinaciones busco acompañarlo y, por medio de mi voz, callar y aquietar sus voces internas, así le expreso: ‘así es, muchos hablamos solos, no está mal hablar cuando se está solo, pero en este momento lo importante es compartir y hablar con los que estamos presentes, cuando hay alguien es mejor hablar con esa persona’. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Otra actividad que nos permitió acercarnos más hacia sus miedos, específicamente su temor a las alturas, y después de haber hecho los ejercicios para subir el puente peatonal se le propuso lo siguiente:

A manera de reto, le propongo asomarnos hacia el vacío desde la terraza³ y manifiesta: ‘uy no, no, es que, es que no me gus... no me gusta’; ante esto le pregunto: ‘¿y que sientes?, a lo que me responde, señalando la zona abdominal: ‘como algo aquí... susto’; insisto en que lo podemos hacer y estar seguros que nada le va a pasar, le ofrezco mi ayuda como soporte expresándole: ‘te puedes apoyar de mi hombro y ver los dos juntos hacia abajo, ya vas a ver que nada te va a pasar’. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Por otro lado, sesiones en las cuales se trabajó desde la casa, bien sea viendo televisión, escuchando música o arreglando su cuarto, permitieron

³ Hay que señalar que nunca se puso en riesgo su integridad, pues la terraza tiene una baranda lo suficientemente alta, donde es posible apoyarse para observar la calle, a manera de balcón.

esos primeros acercamientos con Carlos, la instauración del vínculo y futuro fortalecimiento de este, así como el reconocimiento de actividades que le generaban gusto y placer, tales como la música y los videojuegos: “para esta sesión se trabaja desde casa utilizando como herramienta la laptop, escuchando música, organizando el cuarto y jugando fútbol desde páginas web” (Diario clínico del psicólogo, 2019).

Como se puede observar, la mayor parte de intervenciones que se realizaron durante actividades de la vida cotidiana tiene estrecho vínculo con el inicio del tratamiento y estas fueron cruciales para el vínculo, así como para la identificación de gustos y miedos y, a nivel general, para reconocerlo como sujeto particular con aquello que lo hace ser Carlos. Cabe resaltar que hubo dos ocasiones específicas en las que Carlos presenta resistencias muy fuertes para participar de las sesiones, en estos dos momentos la persistencia jugó un papel importante y crucial para mostrarle a Carlos de manera simbólica que él es importante y que, más allá de sus reclamos por no ser asistido, auxiliado y, de manera mucho más inconsciente, de no ser querido y amado, puede darse la importancia y el tiempo que merece:

Se encuentra a ‘Carlos’ en estado eufórico, enojado, exacerbado; no me deja entrar a su casa y, con las luces apagadas y la puerta entreabierta me expresa su no deseo de recibirme, de no hablar y de no salir: ‘no... hoy no, hoy no voy a salir... tampoco, tampoco quiero hablar, no quiero hablar con nadie...’. Ante mis preguntas por su sentir o si algo le estaba sucediendo, responde: ‘no, no sé... nada, nada, no me pas, no me pasa nada...’ le explico que debo estar ahí por su seguridad, y, ante mi insistencia me expresa: ‘no, vaya, vaya, váyase... no, no, no vuelva...’, hace algunos comentarios alusivos al dinero con expresiones que denotan mayor alteración: ‘no le, no le, no le voy a pagar... y qué va a, ¿qué va a hacer?... mejor no vuelva’; luego de un rato, en donde le permito continuar expresándose y a manera de presencia pasiva me quedo parado frente a su puerta, la cual todo el tiempo permanece entre cerrada

y abierta, me dice: ‘venga otro día... discul, diculpe, discúlpeme..., venga otro día... usted cuan, cuando, cuando vuelve?, él sábado?, vuel, vuelva el sábado’ la sesión duró aproximadamente cuarenta minutos durante los cuales fue necesario estar presente y no desistir ante su insistencia de la no presencia, del no hablar y no expresar; aunque se presentan estas dificultades, se acuerda la siguiente sesión. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Llegando a la casa de Carlos me informa la madre que este no se encuentra preparado: ‘No, ese muchacho no se quiere levantar, yo le digo y le digo y no se levanta’, le pido me permita entrar a la habitación e intentar despertar y levantarlo por mí mismo, cuando ingreso a la habitación —recuerdo que su hermano ya no se encuentra en la ciudad y tengo como hipótesis que a la partida de este puede atribuirse su desmotivación para levantarse y acudir al encuentro— observo en Carlos resistencia, se encuentra entre dormido y acobijado expresando no querer hacer nada: ‘No, no, no... No quie, no quie, no quiero... mejor váyase, venga otro día...’. Ante esto persisto y continuo verbalizándole la importancia de poder hacer algo, me siento en su cama en la parte inferior y al lado de sus pies: ‘vamos Carlos, recuerda que tenemos una salida a piscina y yo sé que eso te gusta muchísimo y tú mismo me lo propusiste’, su resistencia persiste y repite sus frases: ‘no, no, no, no quiero hacer nada’, en un momento no hablo mucho y me limito a hacer presencia, de manera muy suave le digo: ‘vamos, seguro afuera podrás sentirte un poco mejor, podemos compartir los dos y hablar’; tras quince—veinte minutos de intervenciones y siendo muy reiterativo, siento la necesidad de realizar un pequeño toque con mi mano en sus pies y le digo: ‘es mejor hacer algo y no estar allí triste y solo’ casi que de inmediato me responde: ‘vamos a jugar play entonces’. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

La realización simbólica nos permitió acercarnos a Carlos de tal manera que podíamos, poco a poco, comprenderlo mucho más, la identificación de los objetos que lo acercaban a la vida, el goce y disfrute de la misma fue crucial para lograr ir simbolizando aquello que se ha quedado estancado en sus primeras etapas del ciclo vital y de las etapas psicosexuales propuestas por Freud, el texto “la realización simbólica” de Marguerite Sechehaye nos brindó las luces que nos permitieron ver con mayor claridad lo que Carlos necesitaba.

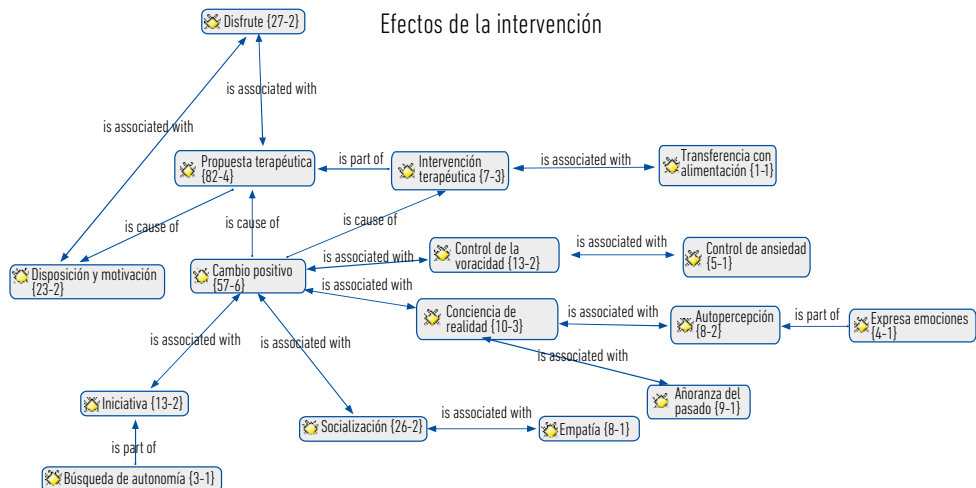
Efectos de la intervención

Para este apartado se dan a conocer cuáles fueron los principales efectos de la intervención realizada durante el proceso terapéutico con Carlos y la aplicación del método de la realización simbólica. Como resultado de la organización y codificación de la información, se construyó esta familia de códigos que gira alrededor de la propuesta terapéutica y el cambio positivo; así, una mayor disposición y motivación al igual que empatía y socialización, control de ansiedad, control de la voracidad y consciencia de la realidad fueron evidenciados como avances dentro de su proceso, luego de identificar objetos, actividades y consignas que favorecieron la aplicación del método antes mencionado.

A continuación, se muestra la red creada con base en la codificación de la información (figura 5).

Figura 5.
Red Atlas Ti sobre efectos de la intervención

Fuente: elaboración propia.



Para comprender el cambio positivo es necesario analizar tanto la propuesta como la intervención terapéutica que presentan una relación bidireccional y dialógica, en tanto que una hace parte de la otra y ambas posibilitan su accionar dentro del proceso; es decir, por medio de la propuesta terapéutica se desarrollan cada una de las intervenciones y estas, a su vez, facilitan la estructuración de nuevas propuestas y la aparición de nuevas intervenciones.

Como se acaba de señalar en el apartado anterior, todas las actividades desarrolladas como propuesta terapéutica buscaban generar cambios positivos en el curso de la esquizofrenia de Carlos. De esta manera, las salidas a la panadería, a piscina, al río, a jugar fútbol, hacer meriendas y desayunos en su casa, organizar su cuarto, ir a cine, pasar el puente, visitar lugares emblemáticos de la ciudad, entre otros, pretendieron siempre fomentar y permitir la construcción de intervenciones que dieron lugar a efectos terapéuticos y de simbolización, dando paso al cambio positivo en diferentes áreas y esferas de la vida de Carlos.

El disfrute: disposición y motivación

De igual manera, el disfrute asociado a la propuesta terapéutica muestra cómo cada una de las actividades hizo parte fundamental del proceso, donde se evidenciaban las sensaciones positivas y el compromiso de Carlos por actividades que lo acercaban al goce de la vida, la disposición y motivación, es decir, que estas propuestas ligadas al disfrute de Carlos lograron mayor disposición y motivación en él, lo que a su vez logró mayor apertura a las intervenciones: “logró manifestar algunos gustos como el fútbol y los videojuegos: me gus... me gus... me gusta el fútbol..., me pongo a jugar play, a jugar play, si” (Carlos comunicación personal, 2019).

Una vez llegamos al río, se observa alegre, contento y entusiasmado; disfruta el río y se conecta con la experiencia de zambullirse en el agua; expresa que prefiere los charcos, aquellos que poseen una profundidad en la que pueda sumergir su cuerpo totalmente, aguantar unos pocos segundos y luego salir a la superficie, dejando ver alegría y satisfacción. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Cuando nos disponemos a jugar, se observa motivado, en un primer momento elige jugar fútbol expresando que es lo que más le gusta y sabe hacer. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Carlos desde temprano se había levantado para estar listo a la hora pactada (9:00 a.m.), se observa disposición y motivación para con la salida [...] Carlos lo acepta con motivación y se esmera por ganar, se observa disfrute por el juego y alegría en cada una de sus pequeñas victorias. (Diario clínico del psicólogo, 2020)

Nos metemos a la piscina e inmediatamente se observan gestos de disfrute; aunque habla poco, se hunde en la piscina y sale sonriendo, haciendo algunos sonidos como si estuviera cantando canciones. (Diario clínico del psicólogo, 2021)

La intervención terapéutica hace parte de la propuesta terapéutica; ambas son causa del cambio positivo, permiten afianzar y relacionar las actividades, los objetos y las consignas, lo que posibilitó la realización simbólica en el proceso terapéutico, estas intervenciones buscaron enfatizar la importancia y acercamiento de Carlos hacía experiencias vivificantes, el fortalecimiento del vínculo terapéutico, el encuentro con el otro, lo objetos y su medio —entorno—. De igual manera se lograron simbolizar diferentes aspectos de la vida, así como ir disminuyendo o superando dificultades marcadas en Carlos, como su miedo a las alturas, el afianzamiento de sensaciones hacia la vida por encima de aquellas que lo acercaban a la muerte, sus miedos a salir y enfrentar lugares concurridos por personas, así como promover actividades para el autocuidado.

El cambio positivo como consecuencia de la propuesta e intervención terapéutica se puede evidenciar en la recuperación del disfrute y goce de la vida y sus vínculos con otros, vencer algunas resistencias para salir de su casa, mostrarse más conversador, disfrutar de la compañía y proponer salidas, regular la forma en la que comía y su relación con los alimentos, mostrarse abierto a experiencias que antes lo atemorizaban, así como identificar y reconocer sus dificultades y emociones:

Al llegar a la casa, se observa con un estado anímico diferente, de buen humor, sonríe, realiza pequeños juegos con su mascota (una perrita). Al momento de despedirse me pregunta: ‘¿Cuándo, cuando vuelve?’ y frente a él cuento con mi mano los días en los que nos volvemos a encontrar y responde: ahhh bue, bueno. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Us... usted me dijo que le contara lo que me pasa, lo que me pasaba..., no, no, mejor pregun, pregúntele a mi mamá... ella le cuen, le cuenta lo que pas, lo que pasó. Con algunas dificultades logra abrirse a contar su experiencia con ‘un muchacho’ que se mostraba hostil para con él a través de miradas (las cuales nombra como ‘el visaje’): ‘... sí, sí, yo antes hablaba con él, él es del

barrio, me mira, mira, miraba así... como todo rayado... y hacía así (hace señas con sus manos y miradas con ademanes de buscar pelea), yo también lo miraba..., me empezó a perseguir, entonces salí corriendo... Sí, sí, a mí me dio mie, me dio miedo... ese man hacía sino correr detrás, entonces me metí por allá, allá donde la vecina; pensé, pensé que me iba hacer algo, con un cuchillo o algo así, a mí no me gu, no me gustan los proble, los problemas'. (Carlos, comunicación personal, 2019)

En el acto de comer se observó mayor calma en la relación con los alimentos, come un poco más despacio atendiendo a las intervenciones realizadas, no se observa tan desesperado para alimentarse y acabarse aquello que ordenó, al final, le queda líquido y no se afana por acabarlo. (Diario clínico del psicólogo, 2020)

Toma la gaseosa de una manera que no la había tomado desde que lo conozco; la toma por sorbos pequeños y de manera muy lenta. (Diario clínico del psicólogo, 2020)

¿Y qué pasó con el abuelo? 'él se murió, se murió el año pasado, en diciembre'. Intentando ahondar en este punto le pregunto: ¿Y cómo estás tú?, ¿cómo te sentiste? 'triste, me sentía triste'. (Diario clínico del psicólogo, 2021)

Le pregunto si ha vuelto a fumar marihuana: 'No... desde la cuarentena no he vuelto a fumar... a mi mamá no le gusta que yo lo haga...' ¿y a ti te gusta hacerlo?: 'Ya no... como lo dejé de hacer, ya no me dan ganas, además hay que meterse por allá... aunque yo me meto y no pasa nada, pero ya me acostumbré a no fumar...'. (Diario clínico del psicólogo, 2021)

Control de voracidad

Uno de los mayores avances alcanzados fueron aquellos que hacen alusión a la relación de Carlos con los alimentos; frente a consignas que buscaban

disminuir su voracidad —control de la voracidad— se puede evidenciar cómo Carlos logra regular no solo la cantidad de alimentos que ingresa a su boca, sino también la velocidad con la que come, presentando también una disminución significativa en su ansiedad a la hora alimentarse:

Se observa un poco más calmado y tranquilo para comer; una vez termina, me pide comer un poco más y le recuerdo que la vez pasada había ordenado un pan y se obligó a comerlo. Entonces expresa: ‘pe... pero un pe, pe... pequeño’. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Carlos come de manera más lenta y calmada; luego de compartir su papa, se concentra en su comida, y, en ocasiones, me mira fijamente para continuar comiendo de manera más lenta y tranquila. (Diario clínico del psicólogo, 2021)

Estas intervenciones también favorecieron su relación con la esfera afectiva, ya que lograba mostrar mayor apertura para hablar sobre sus vínculos, así como ejercitar el compartir y disfrutar de la compañía, como símbolo afectivo de la alimentación y su vínculo con los otros:

Carlos se nota más tranquilo, calmado para comer, hay momentos en los que me mira fijamente e intenta llevar un ritmo más lento en la ingesta tratando de no llevar mucha comida a su boca y de manera acelerada; entre bocados hablamos acerca de la visita de su hermano. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Como su bebida y alimentos llegan primero, él me pregunta que si lo que yo ordené se demora, esperando, sin tocar aquello que ordenó, para comer en compañía; no obstante, y debido a la demora, le expreso: ‘puedes comer mientras llega lo que yo pedí’, de esta manera procede a comer y se observan mayores niveles de autocontrol al momento de masticar e ingerir alimentos y bebidas. (Diario clínico del psicólogo, 2021)

Control de la Ansiedad

Asimismo, el cambio positivo asociado al control de ansiedad fue evidente tanto en su lenguaje corporal como en el verbal; no solamente en actividades como el salir a comer, sino en salidas de campo en las que fue necesario esperar o postergar acciones como tomar el bus, comer o tomar algo:

Debido a que, una vez llegamos al destino, el ecoparque se encuentra cerrado (siendo eso extraño ya que en horas de la mañana se verificó en la página web la hora en la que abre y cierra el mismo, encontrando la disposición de este para los visitantes), se hace una llamada telefónica a la madre de Carlos para informar sobre el percance, (pregunta: ¿Carlos se alborotó?) y Carlos pregunta ¿Qué hacemos?, nos disponemos a devolvernos ya que a los alrededores del lugar no hay más espacios para realizar una actividad diferente. Durante el viaje de vuelta hay congestión vehicular, por lo cual toma una hora y media llegar hasta la estación nuevamente. Se observa en Carlos mayor paciencia que en muchas otras personas del mismo bus; solo en un momento expresó malestar por estar esperando, pero esto fue de manera muy fugaz. (Diario clínico del psicólogo, 2020)

Otro día en que tocó resguardarse de la lluvia: “con paciencia espera a que la lluvia se calme un poco para emprender el camino hacia casa” (Diario clínico del psicólogo, 2020).

Socialización y empatía

La instauración y fortalecimiento del vínculo terapéutico permitió la apertura de Carlos hacia el proceso y la interacción con otros, así como para salir de su aislamiento.

Algunos gestos como sostener la mirada, despedirse de un estrechón de manos, manifestar alegría ante un chiste, lograr jugar con otros chicos en las canchas e interactuar con las personas que nos atendieron en diferentes establecimientos, fueron logros fruto del proceso terapéutico: “por otro

lado, puedo evidenciar cierta empatía cuando ve que yo no puedo ganar y no sé jugar, dejándome hacer algunos goles o expresándome: ¿quiere jugar peleas?” (Diario clínico del psicólogo, 2019).

Se observa más dispuesto ante la interacción con quien nos está atendiendo, pide aquello que desea, preguntando el precio del plato y si tiene sopa o no; también hay un momento en el que quiere más limonada y se me acerca tratando de insinuar que sea yo quien lo pida; intervengo de tal manera que le expreso: ‘tú puedes pedirlo, así como pediste la carne de cerdo, creo que eres capaz de decirle a la señora que te traiga la limonada que te ofreció hace un momento’; inmediatamente se levanta del puesto y aprovecha que la señora sale para pedirle un poco más de limonada. (Diario clínico del psicólogo, 2020)

A lo largo de esta sesión, Carlos muestra mayor empatía, logra sostener la mirada, reírse de las diferentes frases expuestas; comparte de un modo ‘diferente’, un poco más cercano, preguntando un poco más (si sirve la gaseosa, si puede sacar más, ofreciéndose para servirme la gaseosa) decidiendo un poco más, aportando también para las decisiones en el momento de irnos o esperar hasta que cese la lluvia; a nivel general se siente un Carlos un poco más conectado con el vínculo. (Diario clínico del psicólogo, 2020)

Le pregunto por un amigo cercano, con el que en algunas ocasiones tuvimos la oportunidad de hacer una salida al parque y jugar fútbol, indago por su relación y la frecuencia con la que se ven. Carlos expresa: ‘Ahhh si, si, él ha venido por aquí, jugamos play o vemos películas, una vez nos fuimos para el río, por allá por donde fuimos usted y yo la otra vez’. (Diario clínico del psicólogo, 2021)

Una vez llego a la casa de Carlos, me recibe de manera cordial, ahora sus saludos son de mano y sosteniendo la mirada. (Diario clínico del psicólogo, 2021)

Otro elemento a resaltar son acciones que dan cuenta del compartir; pensar en el terapeuta como otro al cual le ofrece aquello que para él ha representado la vida y el afecto, en acciones como dividir los alimentos que tiene o pensar en comprar algo para los dos:

Pasamos un rato en la piscina y luego expresa que desea comer algo. Carlos compra comida, y por iniciativa desea compartir conmigo (de la misma que él está comiendo). (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Cuando llegamos a la panadería, preguntamos por el pan que desea, pero no hay, inmediatamente se levanta y mira en la vitrina a ver qué otra cosa puede comer, manifestando que quiere comer una papa; luego me pregunta: ‘¿Y usted qué va a comer?’. No, yo no voy a comer. Solo voy a tomar algo. Luego expresa: ‘esas papas se ven grandes, entonces yo le doy de la mía’. (Diario clínico del psicólogo, 2021)

Sin lugar a duda, la socialización ha sido uno de los cambios positivos significativos a lo largo del proceso, y aunque hubo intermitencias dentro de este debido a asuntos externos y de fuerza mayor, no fueron un obstáculo para el avance de Carlos; si bien es necesario continuar trabajado en este aspecto, es evidente que Carlos ya no presenta mayor resistencia para las salidas y puede interactuar con las personas, así como mostrar mayor empatía y producción discursiva. Es posible afirmar que Carlos, al día de hoy, es una persona con mayores niveles de interacción y reconocimiento de sí mismo y del otro.

Conciencia de realidad

Este ha sido un elemento clave para ir abriendo el camino hacia la apertura mental y el reconocimiento de las dificultades presentes en Carlos; aborda desde la consciencia de la necesidad de objetos para las salidas, tales como ropa cómoda, dinero y cantidad de dinero, balones y controles para los videojuegos, hasta el reconocimiento de sus emociones y sus miedos, sus delirios y

alucinaciones persecutorias, motivos por los cuales llegó a aislarse: “es que, antes, yo antes no salía, no es fa, no es fácil estar encerrado” (Carlos, comunicación personal, 2019).

Unos metros más adelante, y no muy lejos de casa, reconoce que ir hasta el río en bicicleta es una tarea ardua para él y que no lo podrá hacer: ‘no, ya mejor no, no vayamos, yo no sé, no sé si llegue hasta por allá; antes sí, antes me iba por allá con mis amigos’ [...] Cuando regresamos a la casa le expresa a su mamá: ‘no, no, no fuimos hasta por allá, muy difi, muy difícil’. (Diario clínico del psicólogo, 2019)

Yo hace rato no hacía esto, es que yo me encerré mucho tiempo, fueron muchos años... Yo no sé cómo hice [...] Porque estaba asustado, pensaba que la gente me iba a hacer algo... que me iban a hacer daño, pensaba que si salía se iban a reír de mí [...] Yo no salía, yo miraba por la ventana y veía la gente pasar, pero no salía, veía a todo el mundo en la calle y quería salir, pero me daba miedo, estaba asustado. [...] La gente no se encierra tanto, yo me deprimí, no quería nada... estaba muy triste.

No sé... Yo antes llevaba una vida normal, salía con mis amigos, teníamos una banda ¿si sabe?, un grupo de pelados y no podíamos pasar para otros lados, salíamos por la casa... (Carlos, comunicación personal, 2021)

Asimismo, como un componente significativo de esa consciencia de realidad, en Carlos se puede observar una mayor apertura hacia la autopercepción y la expresión de emociones, pues ya logra identificar y nombrar algunas de sus falencias o “incapacidades”, bien sea por cuestiones de índole aptitudinal o por asuntos con relación a la percepción de su cuerpo.

De igual manera, la capacidad para identificar en sí mismo emociones y verbalizarlas —conexión consigo mismo y con los otros— aumentó de manera

significativa con relación a la nulidad de las mismas en el inicio del proceso; en este sentido, las intervenciones lograron favorecer la interrogación, la duda y la introspección, así como “prestarle” palabras con las cuales pudiera nombrar aquello que en un momento sintió. De manera más significativa, en ocasiones lograba expresar sus sentimientos de manera espontánea, una vez el vínculo fue cobrando fuerza y los espacios y actividades fueron más relevantes, como salidas de campo, a piscina y a comer: “yo casi no habla... hablaba, era tímido” (Carlos, comunicación personal, 2019), “no soy bueno para inventar” (Carlos, comunicación personal, 2019), “nooo, es que yo..., es que yo estoy muy gordo” (Carlos, comunicación personal, 2021).

¡Pero mira qué cambio!, hace unos años te encerraste por mucho tiempo y no te gustaba salir; ahora estabas encerrado, pero con ganas de salir. Y ¿qué querías salir a hacer?: ‘salir; salir por ahí, a caminar o hacer algo’. Le pregunto: ¿por qué querías salir?, ¿cómo te sentías?: ‘me sentía aburrido, hay veces que veía televisión, pero solo, o no hacía nada’; y resalto: ‘¡Te sentías aburrido!’, y responde: ‘Sí... muy aburrido’. (Diario clínico del psicólogo, 2021)

También hace parte de la consciencia de realidad la añoranza del pasado, que hace alusión a un fenómeno que apareció una vez Carlos comenzó a salir, producto de la propuesta terapéutica. Realizar actividades y frecuentar lugares que solía visitar con sus amigos en el pasado, salir a parques, ir al río y a piscina, visitar centros comerciales, entre otros, generó remembranza de todas aquellas acciones y situaciones que disfrutaba, que le generaban placer y gozo, es decir, que lo acercaban a la pulsión de vida, el deseo y el vínculo con el otro: “yo venía pa’ acá, con to, con todos esos manes... tomábamos chicha, baña, bañábamos en el río; una vez descolgamos en cicla” (Carlos, comunicación personal, 2019), “expresa que con su hermano, aunque es hincha del equipo rival de la ciudad, solían ver partidos y también con su padre” (Diario clínico del psicólogo, 2019).

Iniciativa y autonomía

A medida que fue avanzando el tiempo, la iniciativa y la búsqueda de autonomía permitieron comprender cómo en Carlos la transferencia fue surtiendo efecto y poco a poco su deseo por realizar una u otra actividad fue aumentando; de igual manera, también hubo cabida para sus deseos, más allá de lo impuesto por sus padres: “él mismo propone vernos la próxima semana y de regreso a casa propone jugar Play Station, mostrándose alegre y entusiasmado” (Diario clínico del psicólogo, 2019), “luego de preguntarle qué le gustaría más, y favoreciendo su libertad para elegir más allá de las demandas de su padre, expresa su deseo de ir a piscina” (Diario clínico del psicólogo, 2019), “él mismo propone una caminata hacia el barrio vecino” (Diario clínico del psicólogo, 2019), “Carlos propone algunas salidas, entre ellas, una tarde en un sitio emblemático de la ciudad” (Diario clínico del psicólogo, 2021), “un día le propongo que vamos a esa panadería que queda cerca (le señalo una panadería cerca de donde estábamos) y él responde: “no, vamos a la otra, donde venden el pan que nos gusta, también está cerca” (Carlos, comunicación personal, 2021).

Los efectos de la intervención como fruto del proceso psicoterapéutico y la implementación del método de la realización simbólica permiten evidenciar las múltiples posibilidades de intervenir problemas mentales graves más allá del modelo tradicional de psicoterapia.



Conclusiones

Resulta confirmatorio a lo que ya muchos autores han señalado, y viendo la evolución de la enfermedad durante cinco años, que el recurso farmacológico resulta insuficiente para abordar los síntomas negativos de la esquizofrenia. Al momento de comenzar el tratamiento psicoterapéutico Carlos estaba en un punto crítico de su aislamiento social, la limitación del lenguaje y la desconexión con sus emociones, además que las alucinaciones siguen apareciendo diariamente, a pesar de estar recibiendo sus medicamentos; también presentaba muchos de los efectos secundarios adjudicados a los fármacos, como la alteración del ciclo del sueño, sobrepeso, episodios de ansiedad con motricidad alterada, entre otros. No obstante, es posible también señalar que el consumo de estos haya controlado considerablemente el avance de la enfermedad hacia una desintegración psíquica, tal como la que alcanzó Renée, en una época en que no existían los antipsicóticos.

Aunque no es el propósito de este estudio validar la psicogénesis de la esquizofrenia, es inevitable pensar en la manera cómo la historia personal y familiar de Carlos se constituye en un marco de referencia para comprender el desarrollo de su estructura psicótica, unido a la puesta a prueba de la realización simbólica, método soportado en la teoría psicoanalítica que, a su vez, pone su énfasis en las relaciones primarias.

Guardadas las proporciones, aparecen algunos elementos en la historia de Carlos que podrían asemejarse a lo vivido por Renée, la paciente de Sechehay: primero, el haber sido hijos no deseados, acentuado por la madre en Renée y por el padre en Carlos; segundo, el conflicto con la alimentación, iniciado por

una insuficiencia respecto a lo que la madre provee —leche aguada en Renée y pocos momentos de alimentación en Carlos—, con un diagnóstico inicial de desnutrición en ambos, provocando una relación patológica con la alimentación —no querer comer en Renée y comer vorazmente en Carlos—, acompañado de conductas regresivas cuando aparecen los síntomas; y tercero, un ambiente familiar conflictivo en medio de las permanentes discusiones de sus padres.

Ambos presentan episodios de desajuste a las normas sociales en su etapa escolar: Renée arregla su ropa interior en sitios públicos y Carlos se frota sus partes íntimas frente a las niñas. Y aunque sucede en momentos distintos del desarrollo, ambos sufren de problemas orgánicos críticos que los obligan a la hospitalización y que pudieran significar un incremento de su angustia frente a la muerte: Renée sufre nefritis, pielitis y colitis; mientras que Carlos es hospitalizado por una infección urinaria y luego cuando es atropellado por un auto y se rompe varias costillas. También pudieran equipararse las ideaciones suicidas de los padres de Renée con el consumo de psicoactivos en el papá de Carlos, si se entiende esta conducta como autolesiva.

En ese mismo orden de ideas, se pretendió diseñar actividades que, primero que todo, produjeran placer o disfrute en el paciente, de tal manera que permitieran identificar el elemento simbólico que produjera algún avance en el proceso de reconstrucción subjetiva —como lo refiere Sechehaye—. Encontrando también la feliz coincidencia de la relevancia del agua como generadora de placer, convertida en vehículo simbólico para el proceso terapéutico que permita recuperar el derecho a “disfrutar la vida” e incluso el “desahogo” de la palabra y la emoción.

Específicamente en Carlos, llama especial atención el alejamiento paulatino, a medida que va creciendo, del fuerte vínculo inicial que parecía tener con el padre. Al parecer, el padre construye un lugar como protector de ese niño frágil que lo necesita, pero a medida que su hijo gana independencia y autonomía pierde ese lugar y no logra evolucionarlo hacia la compañía, el apoyo y la confianza; tampoco permitió desarrollar en su hijo la fortaleza

necesaria para enfrentar el mundo, pues, como el mismo padre refiere, no lo dejaban hacer muchas cosas solo, les daba miedo que le pasara algo y por eso todo se lo hacían. Unido a esto, el episodio en que el padre persigue a Carlos para descubrir su consumo de marihuana, amenazando a sus amigos, en Carlos se incrementa el aislamiento y la presencia de síntomas negativos.

El tema del dinero aparece como mediador del vínculo con los padres y posibilidad de interacción de estos con su hijo, y hasta en cierto momento obstáculo para la continuidad del proceso terapéutico. Tal vez por extensión, el consumo de sustancias psicoactivas llegue a representar esa misma mediación en el vínculo, ya que incluso el dinero para comprarla proviene de lo que ellos mismos le dan. El reproche de Carlos al respecto es contundente: “¿por qué ustedes quieren comprarme cosas, sabiendo que yo estoy así por ustedes?” (Tía de Carlos, comunicación personal, 2021).

Las intervenciones del psicólogo en los momentos de la alimentación fueron claves para el proceso; no se trató tanto de un alimento que pudiera simbolizar el pecho bueno, como sucedió con las manzanas verdes en Renée, sino en ayudarle a disfrutar con tranquilidad el alimento y recuperar el placer, no solamente de la alimentación misma, sino del compartir con otro, asegurándole, con indicaciones explícitas, que nadie le iba a quitar o que no pasaba nada si dejaba alguna sobra, así como la oportunidad para recuperar su deseo: decidir lo que quería hacer, a dónde ir o qué comer.

Si bien Carlos continúa presentado una relación con restos de angustia y ansiedad al alimentarse, los alimentos han servido como un objeto que nutre, que da vida y también con un objeto que media el afecto y el vínculo con los otros; en otras palabras, la comida y la alimentación nutre las relaciones que establece con los demás, con él mismo y con el mundo. El cambio en la forma en la que Carlos se relacionaba con la comida se evidencia en que se muestra más tranquilo, pausado —tomándose el tiempo para llevar los alimentos a su boca y para mastincarlos— y conversador, permitiéndose disfrutar de los alimentos y del momento.

Cabe señalar que, así como Sechehaye descubrió la necesidad de establecer unos horarios fijos para las comidas de Renée, de la forma como se hace con un bebé, en el proceso terapéutico con Carlos se recurrió siempre a planear con él los tiempos que tomaría cada actividad, incluidos los desplazamientos, ya fuera a pie, en bicicleta o en autobús. Esto le permitió un progresivo relajamiento de su ansiedad frente a actividades que en un principio le parecían “demasiado” extensas.

Igualmente, el invitarlo a participar en actividades cotidianas como arreglar su cuarto, hacer una comida o preparar una mesa, constituyeron espacios de aprendizaje; y el obligarlo a interactuar con su entorno inmediato —tal como lo hizo Sechehaye con Renée—, aun ante situaciones que le causaban ansiedad: subir un puente peatonal apoyado del hombro del terapeuta, jugar fútbol con otros jóvenes o estar en espacios con mucha más gente como un centro comunitario o un centro comercial, le permitieron recuperar la confianza en un mundo que también puede brindar apoyo y sostén. Todas estas acciones constituyen realizaciones simbólicas ajustadas al mundo subjetivo de Carlos.

Retomando algunas iniciativas de Sechehaye para ayudar a acallar las voces alucinatorias de Renée —no se trata de razonarlas o convencer al paciente de la imposibilidad de su existencia—, en algunos momentos en que aparecieron los delirios y alucinaciones en Carlos, el terapeuta simplemente le invita a concentrarse en la actividad para conversar con él y no con “otros” que no están presentes; lo que le permitía abandonar la experiencia alucinatoria.

Una de las evidencias del cambio adaptativo de Carlos fue cuando la familia salió de paseo para la playa; con la preparación que hizo el psicólogo con él, se mostró abierto a la experiencia, desde el montar en avión hasta las diferentes actividades como paseos por la playa y recorridos por algunos lugares turísticos, refiriendo luego él mismo lo mucho que había disfrutado del paseo.

La tía manifiesta que ha evidenciado en Carlos avances significativos respecto a la esfera social y de interacción, expresa que Carlos ahora habla

más y se ve más interesado en interactuar con ella; asimismo, refiere que durante el proceso psicoterapéutico Carlos ha logrado realizar actividades que antes eran impensables con él, como cocinar, arreglar su cuarto o interactuar con los demás.

También refiere el vínculo significativo que ha establecido con el psicólogo, pues él mismo manifiesta que con el psicólogo puede salir a realizar diferentes actividades, y en algunos momentos ella le pide el favor a Carlos que la acompañe a realizar alguna diligencia y él lo hace de buena manera, reconociendo que igualmente hay que solicitárselo en buenos términos.

Como en todo proceso psicoterapéutico, la instauración del vínculo y su posterior consolidación jugaron un papel importante para el tratamiento y, en este caso, para la simbolización y puesta en marcha del método; así, la imagen del terapeuta fue oscilando por diferentes roles que permitieron movilizar en Carlos diversas situaciones alrededor de su aislamiento, su dificultad para interactuar con otros y, dentro de esta, para hablar y expresar aquello que piensa y siente. De este modo, el terapeuta, en su momento, representó el apoyo, la voz y la palabra, la confianza, la posibilidad de disfrutar de los alimentos, la madre que permite que el hijo coma lo que necesita y desea, el padre que provee y da, así como el amigo que ríe y acompaña.

Bajo este método, la transferencia es un eje transversal del proceso, y tanto para el terapeuta como para el paciente se convierte en una experiencia real en el sentido que los roles se juegan en vivo, es decir, cada una de las imágenes y figuras que se presentan en el momento de la terapia se deben sentir como propias —Realización—, al tiempo que buscan representar pendientes, vacíos, angustias vividas en los primeros años de vida —Simbólica—, para lograr superarlas y seguir avanzando en el proceso de desarrollo psicoafectivo.

Limitaciones del estudio

Como en todo proyecto de investigación, resulta pertinente señalar las limitaciones del alcance de sus conclusiones. En este caso particular, la principal limitación que tuvo esta investigación es el tiempo. No solo porque al tratarse de un trastorno considerado grave, cualquier intervención requiere largos períodos de aplicación y ajuste, sino por la situación misma del confinamiento por pandemia, que obligó a suspender el tratamiento psicoterapéutico por cerca de ocho meses, con las implicaciones que pudo haber tenido en términos de retrocesos en el paciente.

También cabe señalar que el tratamiento que dio origen a la realización simbólica implicó una intervención casi permanente con la paciente, pues vivió en casa de la psicoanalista por varios años ([Sechehaye, 1994](#)); en el presente estudio el psicólogo dedicó varias horas en casi todas las sesiones, a veces jornadas de medio día o más en las salidas de campo, lo que no siempre resulta fácil en las condiciones laborales del mundo contemporáneo, que privilegia tratamientos breves y rápidos, en los que, lamentablemente, el factor económico juega un papel central.

Aunque el caso cuenta con información exhaustiva de las intervenciones realizadas por más de dieciséis meses y los resultados son prometedores, sería conveniente poner a prueba el método con otros pacientes, para ir consolidando resultados que demuestren con mayor certeza los efectos positivos de la realización simbólica en el tratamiento de la esquizofrenia.

Referencias

- Abarzúa, M., Silva, M., Navarro, D. y Krause, M. (2016). Psychotherapy from the perspective of Chilean patients with schizophrenia. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 418-431. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1189204>
- Abínzano, R. (2018). Aproximación al concepto de esquizofrenia: de la psiquiatría al psicoanálisis. *Investigaciones en psicología*, 23(1), 7-14.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [AEMPS]. (2014). *Ficha Técnica Akinetón 2 mg*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://www.e-lactancia.org/media/papers/Biperidenooral-FT-AEMPS-SIT2014.pdf>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [AEMPS]. (2019). *Ficha Técnica Fluvoxamina*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/63277/FT_63277.pdf
- American Psychological Association (APA). (2002). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. https://ibiseducacion.org/IMG/pdf/APA2003_capacitacion.pdf
- Arias Horcajadas, F. (2007). Revisión sobre el consumo de cannabis como factor de riesgo de la esquizofrenia. *Adicciones*, 19(2), 191-203. <https://doi.org/10.20882/adicciones.316>
- Artaloytia, J.F. (2014). A development of Freudian metapsychology for Schizophrenia. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96(2), 319-44.
- Artaloytia, J.F. (2015). Psicoanálisis y esquizofrenia, ¿una relación acabada? *Norte de salud mental*, 13(53), 11-25. <http://psiqu.com/2-44974>
- Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Balbuena Rivera, F. (2009). Marguerite Séchehay, una pionera en el estudio psicoanalítico de la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(103), 113-133.
- Balbuena Rivera, F. (2010). J. N. Rosen: un pionero controvertido en el abordaje psicoanalítico de la psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(105), 49-74.

- Balbuena, F. (2014). The pioneering work of Marguerite Séchehayé into the psychotherapy of psychosis: a critical review. *Swiss Archives of Neurology and Psychiatry*, 165(5), 167-174.
- Balint, M. (1953, 1955). *Primary Love and Psychoanalytic Technique*. London and New York: Liveright
- Blanco, F., Rosa, A. y Travieso, D. (2003). *Arte, mediación y cultura* [ponencia]. II Symposium Internacional de Psicología y Estética, Miraflores de la Sierra, España.
- Britto, L.R., Araújo, A.N., Araújo, R.P.C. y Sena, E.P. (2016). Associações entre o uso de cannabis e esquizofrenia: uma revisão da literatura. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 15(1), 95-102.
- Cardeillac, V. (2016). Cannabis y esquizofrenia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 80(1), 33-44.
- Chagas Rabêlo, F, Rodrigues Dias, R. De Oliveira Carvalho, G y Holanda Martins, K. P. (2018). Esquizofrenia, clínica e saúde mental na psicologia sócio-histórica e na psicanálise. *Psicologia Clínica*, 30(2), 229-247.
- Cochrane Schizophrenia Group. (2022). <https://schizophrenia.cochrane.org/>
- Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic). (2025). *Diseño y evaluación de una lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia*. <https://bit.ly/3bkA14Y>
- Congreso de la República de Colombia. (2006, 6 de septiembre). Ley 1090 de 2006. *Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Diario Oficial n. ° 46.383. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html
- Congreso de la República de Colombia. (2015, 16 de febrero). Ley 1551 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial n.° 49.427, págs. 1-5. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Datta, S. S., Daruvala, R y Kumar, A. (2020). Psychological interventions for psychosis in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, (7).
- Fiestas, L., Torvisco-Tomateo, J.D. y Masías-Arias, L.U. (2011). Adicción a biperideno y síndrome anticolinérgico: A propósito de un caso. *Revista de Neuropsiquiatría*, 74(3), 274-278. <https://doi.org/10.20453/rnp.v74i3.1689>

- Freud, S. (1900). *Obras completas de Sigmund Freud (1979)*. Traducción José Luis Etcheverry. Amorrortu Editores.
- Freudenreich, O., Brown H. y Holt, D. (2017 -2018). Psicosis y Esquizofrenia. SNC Pharma. *Tratado de psiquiatría clínica Massachusetts General Hospital*. <https://sncpharma.com/wp-content/uploads/2020/10/28.-Psicosis-y-esquizofrenia.pdf>
- García Álvarez, L., Gomar, J.J., García-Portilla, M.P. y Bobes, J. (2019). Consumo de cannabis y alteraciones cognitivas en esquizofrenia y primeros episodios psicóticos. *Adicciones*, 31(2), 89-94.
- García Cabeza, I. (2008). Evolución de la psicoterapia en la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 9-25.
- Generalitat Valenciana. (2015). *Resumen de la Evidencia: Medicamentos Fuera de Indicación de Ficha Técnica (Quetiapina. Síntomas psicóticos y conductuales en pacientes con demencia)*. http://www.san.gva.es/documents/152919/2130102/Quetiapina_SPCD.pdf
- Gobierno de España. (2002, 14 de noviembre). Ley 41 de 2002. *Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado n.º 274. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Gómez Palacio, G. D., Pinilla Zapata, M. E. y Zapata Gallego, J. C. (2010). Presentación de caso clínico: herramienta pedagógica para el aprendizaje de la clínica en estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia. *Pensando Psicología*, 6(11), 39-51.
- Gutiérrez-Peláez, M. y Villamil-Díaz, L.J. (2015). La psicoterapia de orientación psicodinámica en el tratamiento integral de pacientes con esquizofrenia y sus familias. *Clínica Contemporánea*, 6(2), 69-83.
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C. y Cleary, M. (2019). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, (12).
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Prado-Abril, J., Ortuño-Sierra, J. y Gaínza-Tejedor, I. (2017). Entrenamiento en habilidades sociales orientado a la metacognición (mosst): marco teórico, metodología de trabajo y descripción del tratamiento para pacientes con esquizofrenia. *Papeles del Psicólogo*, 38(3), 204-215. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2840>

- Instituto Nacional de Salud (INS). (2018). Palmitato de paliperidona para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia. Elaborado por María Calderón. Lima: Unidad de análisis y generación de evidencias en salud pública. Serie *Evaluación de Tecnología Sanitaria-Rápida*, (26), 1-27.
- Jung, C. G. (1999). *Sobre el fenómeno del espíritu en el Arte y en la Ciencia*. Editorial Trotta.
- Jung, C. G. (1964). *Tipos psicológicos*. Editorial Suramericana.
- Lechón Castillejo, C. (2002). Aportaciones freudianas sobre los trastornos esquizofrénicos. *Información Psicológica*, (79), 10-13.
- Licea Amador, A., Saavedra, D., Díaz Garfía, C. y Juárez Chávez, J. (2019). Trastorno psiquiátrico – esquizofrenia. *TEPEX Boletín Científico de la Escuela Superior de Tepeji del Río*, 6(11), 34-39. <https://doi.org/10.29057/estr.v6i11.3832>
- Mahler, M.S. (1952). On Child Psychosis and Schizophrenia-Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses. *Psychoanal. St. Child*, 7:286-305
- Marín Bahamondes, F. (2016). Marihuana, psicosis y esquizofrenia. *Revista GPU*, 12(4), 348-352.
- Meili-Dworetzki, G. (1994). Prólogo. En M.A. Sechehaye, *La realización simbólica y Diario e una esquizofrénica* (pp. 7-8). Fondo de Cultura Económica.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013, 1 de octubre). *Boletín de Prensa No 335 de 2013*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/esquizofrenia-representa-el-1-poblacion.aspx#:~:text=Describi%C3%B3%20que%20la%20prevalencia%20de,Colombia%2C%20que%20padecen%20esta%20enfermedad>.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. (1993, 4 de octubre). Resolución 8430 de 1993. *Por el cual se establecen normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Montaño, L., Nieto, T. y Mayorga, N. (2013). Esquizofrenia y tratamientos psicológicos: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica*, 4(1), 86-107.
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 21 de enero). *Esquizofrenia. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia#:~:text=La%20esquizofrenia%20es%20un%20trastorno,violaci%C3%B3n%20de%20sus%20derechos%20humanos>.

- Pérez-Sánchez, A. (2018). Perspectiva psicoanalítica de la organización psicótica de la personalidad. *Temas de Psicoanálisis*, (15).
- Proctor, L. y Pressly, L. (2021). La “radical” apuesta de Noruega por tratar la psicosis sin medicamentos. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-56143140>
- Rentero, D., Arias, F., Sánchez-Romero, S., Rubio, G. y Rodríguez-Jiménez, R. (2021). Psicosis inducida por cannabis: características clínicas y su diferenciación con la esquizofrenia con y sin consumo de cannabis asociado. *Adicciones*, 33(2), 95-108. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1251>
- Sánchez Mascaraque, P. y Hervías Higuera, P. (2018). Psicofarmacología en niños y adolescentes. En AEPap (ed.), *Curso de Actualización Pediatría* (pp. 135-143). Lúa Ediciones 3.0. https://www.aepap.org/sites/default/files/135-143_psicofarmacologia_en_ninos_y_adolescentes.pdf
- Sauvêtre, A., Petit, L. y Rassial, J.-J. (2017). La schizophrénie à l'épreuve d'une psychanalyse par le psychodrame: la schize et l'objet. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 20(2), 231-246.
- Schreber, D. (1903). *Memorias de un enfermo nervioso*. España: Sexto Piso, 2008.
- Searles, H.F. (2016). Fases de la interacción paciente-terapeuta en la psicoterapia de la esquizofrenia crónica (Original de 1961). *Clínica e Investigación Relacional*, 10(1), 262-296. <https://doi.org/10.21110/19882939.2016.100118>
- Sechehaye, M. A. (1994). *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica*. Fondo de Cultura Económica.
- Sógliá Busatto, P. y Safra, G. (2018). O conceito de realização simbólica e os quadros psicóticos: interlocuções entre os trabalhos de M. A. Sechehaye e D. W. Winnicott. *Estilos Clínicos*, 23(2), 362-380.
- Stucchi-Portocarrero, S. y Saavedra, J.E. (2018). Polifarmacia psiquiátrica en personas con esquizofrenia en un establecimiento público de salud mental en Lima. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(3). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i3.3382>
- Torales, J., Ventriglio, A., Vitrani, G., Barrios, I., Medina, A., Ruiz Díaz, C., González, I. y Arce, A. (2017). Uso de cannabis y desarrollo de esquizofrenia: ¿cuáles son los vínculos? *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, 50(2), 95-102. [http://dx.doi.org/10.18004/anales/2017.050\(02\)95-102](http://dx.doi.org/10.18004/anales/2017.050(02)95-102)

- Vergara R., S. (2018). Metacognición en esquizofrenia: déficits metacognitivos y psicoterapia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(4), 269-278. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000400269>
- Zaraza-Morales, D.R. y Hernández-Holguín, D.M. (2017). Encerrado a oscuras: significado de vivir con esquizofrenia para diagnosticados y sus cuidadores. *Aquichan*, 17(3), 305-315. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.3.7>

An abstract painting featuring a pale, stylized face in the upper right quadrant with dark, expressive lips and eyes. To the left of the face is a cluster of green and blue textured shapes. Below the face, a large, textured, reddish-brown hand or arm reaches upwards from the bottom right corner. The background is a wash of warm, orange and yellow tones, with thin, golden-brown lines and drips scattered across the composition.

Sobre los autores

Norman Darío Moreno Carmona

Psicólogo de la Universidad del Valle (Cali), magíster en Educación: Desarrollo Humano de la Universidad de San Buenaventura (Cali) y doctor en Investigación Psicológica de la Universidad Iberoamericana (México, D.F.).

Profesor titular en la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura de la ciudad de Medellín, desde el año 2017, donde se desempeña como docente e investigador. Apoya los programas de pregrado, maestría y doctorado, tanto en la Facultad de Psicología como en la Facultad de Educación. Actualmente es líder del Grupo Estudios Clínicos y Sociales en Psicología.

En sus proyectos de investigación y como asesor de trabajos de grado, tutor de tesis y supervisor de prácticas, ha acompañado investigaciones y proyectos de intervención principalmente en las áreas clínica y social, en temas relacionados con violencia, familia y juventud (secuestro, desvinculados del conflicto armado, desplazamiento forzado, violencia intrafamiliar, delincuencia juvenil, drogadicción, habitantes de calle, ausencia de los padres, desarrollo positivo, etc.).

Cuenta con numerosas publicaciones académicas como artículos, libros y capítulos de libro resultados de investigación, y ha sido ponente invitado en diversos eventos académicos de carácter nacional e internacional.

Jeison Steven Rivera Saldarriaga

Psicólogo, egresado de la Universidad Católica Luis Amigó, ponente y organizador del primer foro de psicología del deporte de la ciudad de Medellín, participante del proyecto de investigación “Prácticas de taekwondo y comportamientos internalizantes y externalizantes en niños con edades entre los 6 y 12 años”, con experiencia en el campo clínico en intervención con niños, niñas, adolescentes y adultos en consultorio, medio abierto y terapia online; psicólogo de planta en programas y procesos de restablecimiento de derechos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, intervención de apoyo psicosocial, externado media jornada, consumo social de sustancias psicoactivas e internado para población en situación de discapacidad física, cognitiva y social.



Universidad de San Buenaventura
Coordinación Editorial Medellín
San Benito, Carrera 56C N° 51-110, Medellín, Antioquia
Tipografía: Latin Modern Roman
Colombia
2022

Colección Perfiles

Este libro, producto de una revisión bibliográfica detallada y metódica, apunta a establecer de manera pertinente y detallada el recorrido de la consideración psiquiátrica, psicológica y psicoanalítica sobre la esquizofrenia; posibilitando reflexionar sobre la aproximación a la psicosis desde el enfoque psicoanalítico, así como el abordaje terapéutico de la misma. Abre un rico desarrollo de posibilidad de más interrogantes para continuar el proceso de investigación que de manera muy coherente y sistemática se explora en el libro.

El texto nos interpela en nuestro saber-hacer y en nuestra posición como analistas en el entrecruzamiento discursivo que nos toca vivir cotidianamente al escuchar a los diferentes sujetos para poder pensar qué puede aportar el psicoanálisis a las problemáticas actuales. El trabajo está muy bien realizado, detallado y metódico.

Evaluador 1

Se trata de un libro de interés, con un tema de relevancia a nivel de investigación, coherente internamente, con aportes claros a nivel de la documentación del método, la historia y la etiología, los efectos de la aplicación del método de la realización simbólica —método de Sechehaye— en el curso de la enfermedad de un joven diagnosticado con esquizofrenia desde su adolescencia, la juiciosa descripción de las estrategias, actividades y símbolos incorporados en la terapia, así como los alcances de los efectos de la intervención en el discurso y comportamientos del caso seleccionado. El tratamiento se encuentra bien fundamentado a nivel teórico y se basa en un juicioso análisis de información. La progresión de los temas permite ver no solo el andamiaje teórico, sino apreciar la reconstrucción del caso en detalle, así como los efectos de la intervención desde la lectura del terapeuta, el paciente y su familia.

Evaluador 2



UNIVERSIDAD DE
SAN BUENAVENTURA



EB
EDITORIAL
BONAVENTURIANA
UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

VIGILADA MINEDUCACIÓN