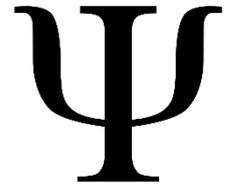


Aportes desde el psicoanálisis y el modelo “Diálogo abierto” en el abordaje de pacientes psicóticos en un Hospital Especializado de Quito



Andrés , F. Parra Sotalín.

Universidad Internacional SEK, Quito, Ecuador

Programa: Desarrollo y Transformación Social

Línea: Ciencias Psicológicas

Fecha de defensa:

Director del proyecto: Gabriela Pazmiño, PhD.

Tutor Principal: Elke Vargas

PALABRAS CLAVE

Psicosis
Psicoterapia
Psicoanálisis
Diálogo abierto

Resumen

La presente investigación revisa algunas de las propuestas de abordaje psicoterapéutico de los trastornos psicóticos en el Ecuador. Frente a los señalamientos planteados desde el estado y la academia, donde el trabajo psicológico se orienta hacia una perspectiva cognitivo conductual, se propone un diálogo entre el campo del psicoanálisis freudiano y el modelo conocido como “Diálogo Abierto”, para así encontrar elementos pertinentes para el abordaje psicológico de pacientes diagnosticados con trastornos psicóticos en un Hospital Especializado de la ciudad de Quito.

KEYWORDS

Psychosis

Psychotherapy

Psychoanalysis

Open Dialog

The present research, reviews many of the psychotherapy approaches to psychotic disorders in Ecuador. Between the state market lines and the academy, where the psychological work goes to cognitive behavioral perspective, it's proposed dialog between the Freudian psychoanalysis field, and the model know as Open dialog, to find relevant elements to psychological approach of psychotic disorder diagnosed patients in a specialized hospital in Quito-Ecuador.

Introducción

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), por sus siglas en inglés, en 1988 publicó en su tercera edición del manual de clasificación, edición revisada, un glosario de términos en el cuál describía la psicosis como:

Un trastorno mental importante de origen orgánico o emocional, en el cual la capacidad de una persona para pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y conducirse apropiadamente está suficientemente deteriorada como para interferir gravemente con a la capacidad para satisfacer las demandas ordinarias de la vida. Este trastorno está caracterizado a menudo por conductas regresivas, humor inapropiado, disminución del control de impulsos y presencia de contenidos mentales anormales como delirios y alucinaciones. Y termina diciendo que el término es aplicable a situaciones que presentan un amplio rango de gravedad y duración. (Baca, 2006, p.5)

De esta definición se desprende que lo que caracteriza a la psicosis es el impacto en la capacidad de responder a las demandas cotidianas y la presencia de una serie de síntomas, inscritos en las categorías de síntomas psicóticos. La cuestión de la gravedad y la duración de los síntomas, queda abierta a múltiples manifestaciones.

Silva y Jeréz (2014), en su artículo: *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-5*, subrayan que desde el DSM-IV, la esquizofrenia se encuentra articulada a otros trastornos psicóticos, y que desde esa edición los cambios no han sido sustanciales, manteniéndose el diagnóstico basado en tres ejes: el primero que recoge signos y síntomas que hacen referencia a la voluntad, la cronicidad y el mal pronóstico. El segundo recoge la noción Bleuleriana de escisión y los

síntomas negativos. Y finalmente recoge la noción de Schneider sobre la distorsión de la realidad y los síntomas positivos. Según Silva y Jeréz (2014) la agrupación de la esquizofrenia con otros trastornos psicóticos pone de manifiesto las relaciones que existirían entre esta y los otros trastornos, denominados psicóticos; los factores etiológicos comunes y también los pasajes que se pueden dar en el diagnóstico longitudinal de un mismo paciente. Creemos oportuno agregar que esta noción se articula a propuestas contemporáneas, muchas de ellas basadas en estudios genéticos, las mismas que sugieren la posibilidad de la existencia de un espectro de la esquizofrenia o incluso de un continuum que iría desde las manifestaciones sutiles hasta la expresión de formas graves, que constituirían los casos que se diagnostican como esquizofrenia. (Beck y otros, 2010, p. 92).

Pese al predominio de esta concepción sobre los trastornos psicóticos, las investigaciones en psicoterapia se han centrado en la esquizofrenia, quedando los otros trastornos absorbidos por la misma. En el presente trabajo se abordará a la esquizofrenia articulada a los otros trastornos y no como una entidad clínica independiente.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019), en su artículo divulgativo sobre la Esquizofrenia, este trastorno afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. También subraya que “(...) la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño

educativo y laboral.” (OMS, 2019). Y afirma que “las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población.” (OMS, 2019). Riesgo asociado a enfermedades físicas y a suicidio. Finalmente se señala que, aunque, la esquizofrenia es una enfermedad tratable, la mayoría de pacientes no tienen acceso a un adecuado tratamiento y que, por las condiciones mismas de los trastornos, los pacientes sufren procesos de estigmatización, discriminación y vulneración de derechos humanos.

A esta situación la OMS (2019) responde a través de tres programas: El Programa de acción de la OMS para superar la brecha en salud mental (mhGAP), puesto en marcha desde 2008, el modelo Quality Rights, para mejorar los servicios asistenciales y fomentar el respeto a los derechos humanos, y el Plan de acción de la OMS sobre salud mental 2013-2020.

Vásquez (1996) subraya que la mayoría de investigadores positivistas en el campo de las psicosis; Beck, Rector, Stolar, Grant, Kane, entre otros, señalan que el tratamiento debe ser integral, e incluir aspectos médicos, psicosociales, y asistenciales.

Beck (2010) subraya que, aunque los tratamientos farmacológicos han contribuido considerablemente a disminuir los síntomas positivos y a reducir el riesgo de recaída, este tipo de tratamiento, incluido los antipsicóticos atípicos, no han mostrado resultados significativos en el tratamiento de los síntomas

negativos y en la neurocognición, como lo mostró el estudio de Lieberman y otros (2005), citado por Beck (2010).

Así también Kane y otros (2015) en su artículo *Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program*, llega a la conclusión de que los pacientes tratados con el modelo de atención temprana que incluye aspectos biológicos, psicológicos y asistenciales tenían una mejor respuesta al tratamiento y un mejor pronóstico

Las diferencias en los efectos del tratamiento integral y el tratamiento estándar de orientación médica son aún más evidentes en los estudios dirigidos por Jakko Seikkula; En su artículo *El enfoque de diálogo abierto. Principios y resultados de investigación sobre un primer episodio psicótico (2017)*, subraya diferencias importantes en torno a la recaída, presencia de síntomas psicóticos, uso de neurolépticos e impacto en la vida laboral o educativa. Siendo el enfoque de Diálogo Abierto el modelo que arrojaba mejores resultados frente al grupo control, tratado con estrategias convencionales.

En ambos estudios se subraya la importancia de un tratamiento integral no jerarquizado. Por otro lado, existen varios estudios que señalan la importancia de una intervención temprana (Gleeson, 2005).

Ahora bien, en el Ecuador la situación de la salud mental, a lo largo de su historia, muestra la constante del olvido y la exclusión.

Por ejemplo, Zúñiga y Riera (2017), resaltan que:

La salud mental estuvo ligada desde sus orígenes a los procesos históricos que vivió el Ecuador; en cada periodo, se evidencia el abandono y la exclusión de las autoridades de turno hacia los llamados “locos”. Existió una disociación de marcada profundidad entre la academia y las autoridades sanitarias de turno.

Dicha situación de precariedad quedó registrada en el *Informe Sobre el Sistema de Salud mental en el Ecuador*, publicado en el 2008 por la OMS, donde se recoge que el Ecuador presenta graves deficiencias en el abordaje de los trastornos mentales, y es interesante señalar que, en ese informe, de toda la población psiquiátrica, la mayoría recibió el diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. (OMS, 2008, p. 7)

Cabe contextualizar este informe en la promoción de la Constitución de la República del Ecuador de 2008. En la misma, en el apartado primero, relativo a los principios fundamentales, en el artículo 3. se señal que:

Son deberes primordiales del estado:

1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. (Constitución de la República del Ecuador, 2008))

Por otro lado, en la sección séptima, relativa a los derechos del buen vivir, en el artículo 33. Referido a la salud se expresa que:

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente,

oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2008, p. 29)

En el año 2015, la OMS levantó otro informe sobre la Salud Mental, en el cuál señaló que el país se encontraba en una etapa de transición de un modelo hospitalario, a un modelo de atención comunitario. Así también se proyectaba el Plan estratégico de Salud mental 2015-2017 como un modelo que permitiría al país estar en sincronía con los modelos de atención modernos. Entre otros aspectos se promulgaban aperturas de Salud mental comunitarios en el nivel de atención primaria, creación de espacios ambulatorios para el tratamiento, residencias psiquiátricas y procesos de desinstitucionalización.

Inspirados en estas líneas y respondiendo a los vacíos señalados por distintos organismos, se propuso un Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017, el mismo que se ofrece como un documento que brinda lineamientos claros en torno a la atención en salud mental, para cubrir así las deficiencias señaladas.

Por otro lado, en el Ecuador existen varios estudios dedicados a los trastornos psicóticos. Los mismos pueden dividirse en dos grupos, aquellos orientados al modelo médico psiquiátrico y otros dedicados a estudios teóricos sobre la psicosis, dentro de estos

últimos destacan publicaciones que provienen del campo del psicoanálisis. En el medio se sitúan algunas posturas ocupacionales, rehabilitadoras, y otras intervenciones psicosociales como el arte terapia, entre otras. En el marco de la promoción de los planes estratégicos en Salud mental surgen tres documentos divulgativos de suma importancia, los mismos que constituyen hitos en el intento de formalizar y esquematizar algunos de los lineamientos más importantes en torno al tratamiento de los trastornos psicóticos: *Manejo de la esquizofrenia en la atención primaria de la salud*, publicado por EDIMED en el 2017. *Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la esquizofrenia. Guía de práctica clínica*, publicado en 2017, por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Y la publicación *Abordaje Psicosocial de la esquizofrenia, de 2015, por la Universidad Internacional del Ecuador*. Los tres documentos comparten el mérito de ser documentos rigurosos que abordan algunas de las perspectivas más actuales en torno a la esquizofrenia. Es llamativo que las tres publicaciones estén orientadas a la esquizofrenia, y solo se aborde tangencialmente los otros trastornos psicóticos. También las tres publicaciones comparten un sesgo epistemológico; aunque las tres promueven un modelo de atención integral, finalmente los otros tratamientos son tratamientos complementarios al abordaje farmacológico, el mismo que continúa siendo el tratamiento de primera línea. Es importante señalar que en los tres documentos se da

especial importancia a la terapia cognitivo-conductual, orientada a corregir las cogniciones y percepciones erróneas.

Muchos de estos postulados quedaron solo en los documentos y en la experiencia clínica que ha dado lugar al presente trabajo, se ha podido constatar que la mayoría de pacientes diagnosticados con trastornos del espectro psicótico no tienen acceso a esas modalidades de tratamiento y que en la actualidad el tratamiento preponderante es el tratamiento médico psiquiátrico. Es importante señalar que incluso se han identificado casos de violaciones a los derechos humanos básicos. Siendo quizá uno de los más frecuentes la imposición del tratamiento desde un eje vertical.

Frente a todos estos señalamientos, se impone como pertinente, la exploración de otros abordajes teóricos y metodológicos para el tratamiento de los trastornos psicóticos. Perspectivas como el psicoanálisis, basadas en la noción subversiva de Freud de considerar al síntoma psicótico como un “intento de curación” (Freud, 1911-1913) y el construccionismo social, sobre todo, el abordaje denominado *Diálogo abierto* de Seikkula y otros colaboradores, aportan visiones menos rígidas, no orientadas al déficit y la supresión de síntomas. A su vez permiten la exploración del posible sentido de la experiencia de los pacientes y la generación de redes de apoyo. Consideramos que al ser posiciones no directivas y al proponer una escucha plena del paciente psicótico, son posturas que contribuyen al cumplimiento de la

Constitución de la República del Ecuador, pues permiten, un pleno respeto a los derechos humanos y un impacto importante en el funcionamiento social, como los muestran los estudios de Seikkula. (2017)

La referencia al psicoanálisis puede resultar anacrónica, más aún cuando en nuestro contexto, las intervenciones psicológicas se orientan a la psicoducación, la terapia cognitivo conductual de síntomas positivos, y las entrevistas familiares; todos estos elementos destinados a generar: conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento farmacológico, y la eliminación o reducción de síntomas. En la bibliografía dominante la referencia al psicoanálisis no pasa de ser anecdótica y en otros casos incluso se la señala como iatrogénica. Tal es la afirmación que se hace en el documento: *Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la esquizofrenia. Guía de práctica clínica* (2017), en donde se señala que el psicoanálisis no es eficaz e incluso puede ser perjudicial.

Pese a lo señalado una revisión de la noción de “intento de curación” en la elaboración freudiana de las psicosis, podría arrojar un punto de vista distinto al hegemónico y así proporcionar otras herramientas terapéuticas.

La relación de Freud con las psicosis constituye un giro radical en la comprensión y abordaje de las mismas. Freud intenta dar sentido a las experiencias psicóticas; de ubicar una cierta lógica ahí dónde antes, y aún ahora,

solo se veía el producto patológico de una mente-cerebro, alterada.

Su publicación *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente* (1911) es un claro ejemplo de esta afirmación. Freud en la introducción de este texto confiesa que, dada la naturaleza privada de su práctica, no solía recibir a muchos pacientes psicóticos y que no los tenía en tratamiento por mucho tiempo. Así planteado el problema Freud, no se ocupa de un paciente sino de su texto; *Memorias de un enfermo nervioso*, de Daniel Paul Schreber (1903). Aunque este libro había sido discutido por los psiquiatras de la época, Freud lee algo más que signos patológicos. Le da al texto otro valor; el valor de un lenguaje cifrado, una posibilidad de comunicación.

Otro de los aportes fundamentales de Freud es la descripción de una fenomenología del curso evolutivo de la psicosis de Schreber, la cual permite ubicar momentos previos a la aparición de los síntomas característicos de las psicosis: alucinaciones y delirios. Para Freud (1911) el proceso patológico fundamental es anterior y produce una ruptura con el mundo exterior. Frente a esa ruptura, y como una construcción del paciente, surge, por ejemplo, un delirio, el mismo que reconstruye las relaciones con el mundo; “Lo que nosotros consideramos la producción patológica, la formación delirante, es, en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción.” (Freud, 1911, p. 65)

Es esta quizá la noción más subversiva y menos explorada, fuera del campo del psicoanálisis. Nos parece que podría ofrecer una visión alternativa al abordaje. Puesto que en el discurso imperante el objetivo es eliminar en lo posible aquellos síntomas, en oposición, la postura de Freud, podría permitir un espacio dónde se escuchen esas producciones, se les pueda otorgar un sentido y así se viabilicen esos intentos de curación.

Freud regresa sobre el tema en varios textos. Por ejemplo, en *Neurosis y psicosis* (1924) y en *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis* (1924), dónde sitúa el devenir psicótico en un conflicto entre el yo y la realidad, que empuja al yo a un regreso a un estado de autoerotismo propio del narcisismo primario. A su vez estas diferencias le llevan a dos sentencias; hay una diferencia etiológica entre las neurosis y las psicosis y estas últimas al no producir transferencia serían renuentes al tratamiento analítico. La cuestión incluso en Freud nunca quedó saldada.

Estas ideas inspiraron el trabajo de autores postfreudianos: Kellin, Bion, Rosen, Rosenfeld, Lacan, entre otros, los mismos que desarrollaron y ampliaron esta perspectiva, cada uno de ellos en distintas direcciones. (Leclaire, 2001). La difusión de las escuelas de orientación psicodinámicas en el período de postguerra llevo a diversas aplicaciones de terapias de orientación psicoanalítica en el campo de las psicosis. Estos acercamientos en parte fueron facilitados por el descubrimiento de los antipsicóticos, sin embargo, fue la

masificación de los mismos la que produjo el cambio de paradigma hacia el modelo médico farmacológico. Durante años y con proyecciones a futuro la investigación se ha volcado al cerebro y a la genética. Sin embargo, los resultados no han sido concluyentes (Beck, 2010).

Ahora bien, existen investigaciones contemporáneas que se apuntalan en otras direcciones. Dentro de estos enfoques queremos esquematizar, los planteamientos del abordaje conocido como “Diálogo abierto” propuesto por Jaikko Seikkula y otros.

Haarakangas, Seikkula y otros (S/a), en su artículo *Diálogo abierto: Una aproximación al tratamiento psicoterapéutico de las psicosis en Finlandia del norte*, ubica este modelo dentro del construccionismo social. Su fundamento consiste en proporcionar un espacio dónde se genere diálogo, en el sentido dialógico de Bajtín (Hernández, 2011). Diálogo entendido como la participación de todas las voces involucradas en la crisis psicótica: paciente, familiares, profesionales y otras redes de apoyo. Todas las voces son importantes y todas participan en la toma de decisiones. (Olson, 2014). Este modelo resume sus principios en siete puntos:

1. La intervención inmediata
2. La red social y los sistemas de apoyo
3. Flexibilidad y movilización
4. El trabajo en equipo y la responsabilidad
5. Continuidad psicológica

6. La tolerancia a la incertidumbre
7. Diálogo

Este modelo de tratamiento constituye una alternativa válida y eficaz (Seikkula, 2017) de abordaje de las psicosis y en nuestro medio podría aportar elementos que permitan disminuir el eje jerárquico del tratamiento y por otro lado alcanzar los objetivos propuestos desde la normativa gubernamental; dar tratamientos eficaces y dignos a los usuarios de salud mental.

Materiales y métodos

La presente investigación es cualitativa. Se han utilizado los métodos de revisión bibliográfica especializada. A partir de este análisis. Se propone una síntesis de la noción de “intento de curación” en Freud y una esquematización de los postulados principales del modelo conocido como Diálogo abierto. Se realizará un análisis comparativo de las dos posturas para determinar sus puntos de encuentro y de ruptura. De este diálogo se extraerán los elementos más pertinentes para el abordaje psicológico de las psicosis en el Ecuador.

Un segundo aspecto metodológico está compuesto por la inclusión de dos relatos de usuarios del servicio de psiquiatría de un hospital especializado en Quito, diagnosticados con trastornos del espectro psicótico. Estos casos se han seleccionado porque constituyen casos paradigmáticos de vivencias de personas que han sido diagnosticadas con psicosis.

Dichos relatos han sido extraídos de entrevistas semiestructuradas que se han llevado a cabo en el año 2019. En algunas de esas entrevistas han estado presentes familiares directos de los usuarios. Todo este proceso fue antecedido por reuniones explicativas a los pacientes y a sus familias y la firma de un consentimiento informado. Los relatos que se incluyen en esta investigación no constituyen historiales clínicos, pues nuestra intención es contraria a la determinación positivista. Constituyen cortes y selecciones dentro de las historias de vida de aquellas personas que voluntariamente, a través de la firma de un consentimiento informado, accedieron a compartir parte de su experiencia. En tanto relatos las historias son fragmentarias, incompletas, inacabadas. El presente estudio no pretende un análisis clínico de las historias propuestas sino, dar voz a la experiencia particular de esas personas en relación a su diagnóstico, su tratamiento y sus problemáticas particulares. Para guardar la privacidad de las personas involucradas se han modificado los nombres, edades y algunos de los datos proporcionados.

De lo general a la particularidad

Ángel

Ángel actualmente tiene 25 años. Sus planes a corto plazo son encontrar un empleo y estudiar mantenimiento de computadoras. Vive en casa de sus abuelos maternos, junto a su madre, una educadora que trabaja con “niños con dificultades”, su abuela, una ama de casa, y su abuelo, un agricultor que acarrea un uso

problemático de alcohol. El padre de Ángel falleció en circunstancias de violencia que nunca quedaron del todo claras, cuando Ángel tenía cuatro años. De eso y de otras cosas no se habla en casa. Su madre quiso estudiar derecho para descubrir la verdad. Algo la detuvo en ese camino, sintió que se estaba acercando a gente que podía ponerla en riesgo. Dejó jurisprudencia y empezó otra carrera en Educación inicial. Esa madre describe a Ángel como un niño feliz, inquieto, y travieso que jugaba con sus vecinos. También relata Ángel tenía pesadillas, a veces se despertaba en medio de la noche y refería ver palomas en su cuarto. Parecía no asustarle. En la adolescencia todo parece marchar bien, él es sociable, tiene una novia, en una ocasión fuma marihuana en una fiesta. Sin embargo, a los 16 años se produce un quiebre. Un cambio de colegio. En el nuevo colegio, no hay amigos, sufre bullying. Se empieza a aislar. Se gradúa, pero no sabe qué hacer con su vida, se dedica al ejercicio de manera enérgica, acude a grupos religiosos, intentando encontrar ayuda. Cada vez es más solitario, se aleja incluso de su familia. Empieza a sentir presentimientos, la gente intenta decirle algo, él no logra entender. Primero escucha sonidos difusos, un viento, una máquina al fondo. Poco después surgen ecos de palabras, como si la gente repitiera lo que él piensa. Una voz comenta todo lo que hace. A veces las voces son solo juegos de palabras, en apariencia sin sentido, a veces se tornan auténticos mandatos que gobiernan la vida de Ángel. Siempre molestan, a veces insultan. Su familia piensa que está embrujado.

Lo llevan a distintos pastores, sacerdotes y Chamanes. Nada parece funcionar. Alguien les recomienda un Hospital especializado público. La madre y la abuela lo llevan por consulta externa. Una psiquiatra le diagnostica Esquizofrenia paranoide, le receta antipsicóticos, antidepresivos y ansiolíticos. Lo llama a consulta cada tres meses. También le remite a una psicóloga, la misma que lo ve una vez al mes. Ella le enseña como bañarse, como cuidarse, como arreglarse. También le repite constantemente que debe tomar la medicación de por vida. Otras veces le dice que tiene una enfermedad en el cerebro. En cada consulta la psiquiatra aumenta las dosis, Ángel se siente cada vez más somnoliento, angustiado y desmotivado. Deja de ir al hospital y abandona la medicación. Las voces nunca se fueron, también existen constantes interpretaciones. El mundo no para de hablar, todo tiene un sentido oculto, los pájaros, los perros, los insectos, incluso objetos inanimados, parecen dirigirle señales. Para no escuchar más, se pone tapones de algodón en los oídos. Se encierra, grita, rompe cosas, piensa que el demonio quiere obligarle a hacer cosas, otros días las voces callan, pero surge un vacío, una ausencia de referencias. El paciente es ingresado por primera vez en un servicio de psiquiatría. Permanece hospitalizado tres meses. Después del alta acude una vez por semana a psicología. En ocasiones hay sesiones individuales, en otras sesiones grupales. Un día nos movemos a la casa del paciente. A diferencia de su aislamiento habitual, Ángel se sienta con toda

su familia en la sala. El afirma que su madre y su abuelo son “corazones de piedra”. Al final dice algo: Quiere estar con su familia, a veces siente que su familia le teme, él se siente extraño. Siente que por primera vez se lo toma en cuenta. Sus días transcurren entre la lectura y el dibujo, pues siente que hay cosas que no se pueden decir con palabras. Un día le preguntamos qué sería para él la curación. El no demora en responder que sería estar feliz, estar en paz con su familia y con Dios.

Miguel

Miguel tiene 52 años. Desde los 21 reside en el exterior, aunque ha regresado al Ecuador, al menos tres ocasiones. Su vida está en ese país extranjero, habla su idioma, se dio modos para estudiar una formación técnica y obtener títulos. Miguel ha estado casado dos veces. Su primera esposa fue una ciudadana de ese país extranjero. Tuvieron dos hijos: hijo e hija. Hoy ellos no quieren saber de su padre. Según Miguel están resentidos, porque él, tras el divorcio, le puso una demanda a su ex esposa, por negligencia. Miguel ganó esa demanda. Su segundo matrimonio fue con una ecuatoriana. Las cosas nunca marcharon bien. Un día el encuentra el perfil de una mujer en una red social, empiezan a contactarse a través de mensajes electrónicos. Ahora él sabe que ella era una “mujer cibernética”. Un día Miguel le escribe una carta dónde le expresa su amor, y le ofrece dejar a su esposa. No recibe respuesta. Su esposa encuentra la carta, no

entiende explicaciones, deciden divorciarse. Pasa el tiempo. Él trabaja para un abogado extranjero importante, que defiende migrantes. Un día en la salida de un concierto se produce un altercado; hay un migrante que no conoce el idioma, y la policía intenta arrestarlo, él migrante pide ayuda. Miguel que estaba con otros amigos, decide interceder, hay confusión. La policía detiene a Miguel por 12 horas. Tiempo después empieza una demanda por discriminación. En esta ocasión vuelve a ganar la demanda. Miguel se muda a una gran ciudad de ese país extranjero, al cabo de tres meses pierde su trabajo como cajero. Empieza una búsqueda de empleo sin resultados, un día recibe una oferta como guardia de seguridad, él no la acepta, algo le asusta, el presente que algo malo podría sucederle, él nunca ha trabajado en esa área, él siempre ha trabajado atendiendo clientes. Su situación se vuelve crítica, escasea el dinero, amenazan con botarle de su apartamento. Miguel encarga las cosas pidiendo un poco de tiempo. Los dueños del apartamento aceptan quedarse con las maletas, pero Miguel ya no puede ocupar su habitación. Mientras recoge sus cosas estallan las voces, una voz de mujer se presenta como “ejecutora” de un complejo aparato de transmisión telepática. Dicho aparato está comandado por los departamentos de seguridad de ese país. Las voces alternan, y le dan mensajes alentadores, aunque en principio resultan desconcertantes, paulatinamente se vuelven tranquilizadoras, le explican su situación y qué hacer. Le informan que él está bloqueado, que no insista buscando

empleo pues las oficinas de seguridad ya saben que el rechazó la oferta de guardia. De ahí en adelante cualquier esfuerzo será inútil. Las voces le sugieren dirigirse a un concurrido parque de la ciudad, dónde encontrará refugio, le indican dónde podría encontrar alimento, etc. Finalmente le dan un mensaje; Miguel tiene que regresar a Ecuador sino morirá en el invierno helado de esa ciudad. Un día mientras caminaba por una calle aledaña a su ex departamento se encuentra con unos amigos de su madre. Ellos lo estaban buscando desde hace algún tiempo. Ellos le cuentan a la madre de Miguel que lo encontraron, sucio, barbado y vagando. Se coordina el retorno. Miguel regresa a Ecuador, en el viaje no para de hablar a través de su mano con esos ejecutores. Las voces le informan que a su llegada le espera una agente para darle más información. Miguel saluda con sus familiares, pero lo notan inquieto, como si buscara a alguien. Miguel sigue recibiendo y respondiendo mensajes telepáticos. Su familia lo interna en un área de psiquiatría con el diagnóstico de Esquizofrenia paranoide. Durante el tratamiento la madre relata historias plagadas de dolor, un padre alcohólico y maltratador, posiblemente celo típico. Un padrastro severo, un niño que sale de casa a los 12 años, y recibe este mensaje: “Si das un pie fuera de esta casa, nunca más entras aquí”. Miguel no presenta antecedentes psiquiátricos. Sin embargo, se entera de que un tío paterno toma antipsicóticos. Ese tío vivía en otra ciudad extranjera, pero por problemas desconocidos tuvo que regresar a Ecuador.

Miguel se recupera, al cabo de tres meses las voces han desaparecido por completo, y hay ausencia de síntomas negativos. Miguel se muestra entusiasta y confiado, reconoce que sufrió mucho estrés y que eso le llevo a una experiencia psicótica, pero afirma estar recuperado y con energías de recuperar su vida. Miguel quiere regresar volver al extranjero, buscar un trabajo y lograr su jubilación. Él ha empezado a coordinar ese retorno, está trabajando para ello. Su psiquiatra y su familia están contentos con los resultados, a veces le dicen que ni siquiera parece haber estado en un Hospital psiquiátrico. Miguel sonríe. Como quien confía un secreto, un día me relata en tono de voz bajo, que, aunque está bien y tranquilo él sabe que hay organizaciones poderosas con tecnología indescriptible, las mismas que pueden llevar a cabo empresas que ni el mismo es capaz de imaginar.

Resultados

Las psicosis constituyen un grupo heterogéneo de trastornos que comparten la presencia de síntomas denominados psicóticos, agrupados bajo las categorías de positivos y negativos. (Silva y Jeréz, 2014)

A pesar de las múltiples investigaciones dentro del campo biológico, en la actualidad la ciencia positivista se reconoce incapaz de precisar la etiología específica de estos trastornos. El modelo explicativo más aceptado es el de diátesis-estrés. En este modelo se acepta la vulnerabilidad genética, pero se subraya la importancia de los factores de estrés

en la aparición, duración y gravedad de las crisis. (Seikkula, 2017). Por otro lado, la mayoría de expertos señalan la importancia de un tratamiento integral que incluye farmacoterapia, psicoterapia, terapia ocupación, y otros recursos de asistencia psicosocial. (Kane y otros, 2015)

En nuestro contexto existe una deuda histórica en cómo la sociedad ecuatoriana se ha hecho cargo de las personas con síntomas psicóticos. La constante desde la Colonia ha sido: la exclusión, la marginación, el abandono (Zúñiga, Danny y Riera, Alba, 2017). A partir de la Constitución de la República del Ecuador, del 2008, se marcan una serie de lineamientos para el tratamiento de las personas que presentan síntomas psicóticos. Se subraya la desinstitucionalización y la aplicación de terapéuticas pertinentes que garanticen los derechos humanos. Destacan las propuestas de vivienda asistida gestionadas por las Hermanas Hospitalarias de la caridad, las viviendas para pacientes de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, a través del Instituto de Neurociencias. También es menester señalar el proyecto “Huertomanías” en Quito, dirigido por Aimeé Dubois, el programa de Autoayuda para pacientes esquizofrénicos, dirigido por la Dra. Ana María Tarquino, en el Hospital San Lázaro y el programa de teatro dirigido por Ernesto Flores Sierra, en el Hospital Especializado Julio Endara, a través de los estudiantes de la Facultad de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Pese a lo anteriormente señalado, en las historias particulares se repite la incongruencia entre lo escrito en la constitución y la realidad de las personas que participaron en este estudio. Los tratamientos en el país son fundamentalmente biológicos. Esto se infiere tanto de las directrices planteadas en los documentos divulgativos oficiales, como de las historias de vida relatadas por los usuarios del servicio de psiquiatría

Para Freud las psicosis se producen por un conflicto. A diferencia de las neurosis, en las cuales el conflicto se da entre el yo y el ello, en las psicosis se produce entre el yo y el mundo exterior. (Freud, 1924, p. 155). Ese conflicto produce una ruptura con dicho mundo, un quiebre, un agujero, algo inefable entre la persona y lo que le rodea. Dicha ruptura constituye el núcleo de las psicosis. Frente a este quiebre aparecen los delirios, pero también otros síntomas positivos, como un intento de reparación.

El modelo de tratamiento finlandés conocido como Dialogo abierto constituye en la actualidad uno de los modelos de tratamiento más eficaces para las psicosis. (Seikkula, 2017) Jakko Seikkula, es quizá uno de los representantes más conocidos de este modelo, aunque cabe destacar que el modelo y su teorización pertenece a todo un equipo de profesionales. Seikkula (2017) sugiere que las psicosis constituyen un continuum, que va de lo normal a lo patológico. Según esta afirmación, cualquier persona, sometida a condiciones de estrés por periodos largos de tiempo, podría

experimentar síntomas psicóticos. Si esos síntomas se mantienen de manera prolongada en la vida de esas personas, sin recibir ayuda, se producirían los cuadros descritos por la psiquiatría. Para Seikkula (2017), la psicosis constituye, por, sobre todo, un intento de expresar aquello que no pudo expresarse con palabras en algún momento de la vida de las personas afectadas por estos síntomas

Conclusiones

En el Ecuador los pacientes diagnosticados con psicosis, generalmente, reciben un tratamiento farmacológico orientado a la supresión de los síntomas positivos.

Las investigaciones de Seikkula (2017) muestra que eliminar los síntomas positivos inmediatamente podrían anular los recursos del paciente.

Para el psicoanálisis freudiano lo que la psiquiatría entiende como patológico es un intento de curación, un intento de vinculación con el mundo exterior.

El presente estudio se articula con otras modalidades de tratamiento como los programas de atención temprana, los diálogos colaborativos, la terapia en crisis, el psicoanálisis institucional., ente otros.

Los tratamientos basados en la supresión de los síntomas no atacan los síntomas negativos y a la larga podrían contribuir a la ruptura del vínculo

Existen puentes de dialogo entre el psicoanálisis freudiano y el dialogo abierto; el

apelar a los recursos del paciente, el poner como principal herramienta la palabra de los pacientes. El otorgar una voz a las personas diagnosticadas con psicosis, y el abordar a esas personas como una totalidad, que va más allá de sus determinantes biológicos.

Existen diferencias importantes entre el psicoanálisis freudiano y el modelo Diálogo abierto. Para el psicoanálisis el proceso de curación es un proceso más individual, que dependerá en gran medida de los recursos del paciente. Para el diálogo abierto los recursos están también en la familia y en la red de apoyo, que involucra a toda la colectividad. Por otro lado, para Freud la psicosis implicaba una diferencia radical con la neurosis. Esta postura tiene sus matices pues el mismo Freud consideraba pasajes.

De la presente investigación se puede concluir que otras modalidades de tratamiento que incluyan otras perspectivas podrían resultar pertinentes para que exista una puesta en práctica de la constitución.

En los pacientes descritos la terapia farmacológica, aunque importante en su estabilización, nunca llegó a controlar completamente los síntomas positivos, y en algunos casos los síntomas negativos se volvieron más insidiosos. Es interesante señalar que en los relatos propuestos el paciente en el que quedaron síntomas residuales, el delirio. El comportamiento, la afectividad y la motivación estaban menos deterioradas.

Finalmente es importante indicar que es necesario continuar estudiando el campo de las psicosis puesto que aún representan un desafío teórico, técnico y ético en los tratamientos psicológicos en el país.

Referencias bibliográficas

Asamblea nacional Constituyente de la República del Ecuador- (2008). *Constitución de la República del Ecuador de 2008*.

Baca, Enrique. (2010). *Lo psicótico. Historia conceptual de la psicosis*. en Trastornos Psicóticos. Editorial Lexus. España

Beck, Aaron y otros. (2010). *Esquizofrenia: teoría cognitiva, investigación y terapia*. Barcelona: Paidós.

EDIMEC (2017). *Manejo de la esquizofrenia en la atención primaria de la salud*. Quito. Editorial EDIMEC.

Freud, Sigmund. (2008). *Sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrita*. En Tomo XII. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, Sigmund. (2008). *Neurosis y psicosis*. En Tomo XIX. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, Sigmund. (2008). *La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis*. En Tomo XIX. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Gleeson, Jhon. (2005). *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana : un manual de tratamiento*. Bilbao: Biblioteca de psicología

Haarakangas, Kauko. Seikkula, Jakko. Alakare, Birgitta y Aaltonen, Jukka. (S/a). *Diálogo Abierto: Una Aproximación Al Tratamiento Psicoterapéutico de La Psicosis en Finlandia del Norte*. Recuperado de: <http://www.scpc.cl/wp->

content/uploads/2016/06/Dialogos-Abiertos.pdf

Kane y otros (2015). *Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program*

Leclaire, Serge. (2001). *Principios de una psicoterapia de las psicosis*. Madrid: Síntesis.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017*. Comisión de Salud Mental. Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la esquizofrenia. Guía de práctica clínica*- Quito Ecuador.

Olson, Mary. Seikkula Jaakko, et Ziedonis, Douglas. (2014). *Los elementos claves de la práctica dialógica en el diálogo abierto: Criterios de fidelidad*. University of Massachusetts Medical School, USA. University of Jyväskylä, Finland.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1

OMS. (2015). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador*. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/evidence/ecuador_who_aims_report_sp.pdf?ua=1

Schreber, Daniel Paul. (1903). *Memorias de un enfermo nervioso*. Editorial Paidós. Argentina-

Seikkula, Jakko. Alakare, Birgitta y Aaltonen, Jukka. (2017). *El enfoque de diálogo abierto. Principios y resultados de investigación sobre un primer episodio psicótico*. Universidad de Jyväskylä y Universidad de Tromsø. Finlandia

Silva y Jeréz (2014), en su artículo: *Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos en el DSM-5*

Universidad Internacional del Ecuador. (2015). *Abordaje Psicosocial de la esquizofrenia*. Quito. Versión Digital.

Vázquez, Carmelo. (1996). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI editores.

Zúñiga, Danny y Riera, Alba. (2017). *Historia de la salud mental en Ecuador y el rol de la Universidad Central del Ecuador, viejos paradigmas en una sociedad digitalizada*. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad central del Ecuador.