

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**CARACTERÍSTICAS DE LA MOVILIZACIÓN DE MECANISMOS
INCONSCIENTES DURANTE LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS
REALIZADAS A TRES PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
TIPO I EN FASE MANIACA QUE ASISTEN A LA U.I.C. CAMPO ABIERTO.**

MÓNICA ANDREA BECERRA NIÑO

YULY NATALI DÍAZ ROJAS

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO

DIRECTOR

LUIS EDUARDO CORREA

Bogotá, D.C. Diciembre de 2006



**TRABAJO DE GRADO
ACTA DE SUSTENTACIÓN
No. 20061122-001**

En la Universidad de San Buenaventura, Bogotá, D.C., siendo las 09:00 P.M. horas del día 14 del mes 11 del año 2006, se realizó la sustentación del Trabajo de grado titulado:

"Características de la movilización de mecanismos inconscientes durante las intervenciones terapéuticas realizadas a tres pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo I en fase maniaca que asistencia a la U.I.C. Campo Abierto."

Cuyos autores son:

Nombre y Apellido	Código y C.C.	Facultad o Programa
Mónica Andrea Becerra Niño	20021050008 46457696	Psicología
Yuly Nataly Díaz Rojas	20021050005 53076997	Psicología

Como uno de los requisitos para optar por el título PSICÓLOGO, respectivamente.

Los asesores del trabajo de grado fueron:

Asesor Temático

LUIS EDUARDO CORREA PERDOMO
C.C. 79427464

Una vez finalizada la evaluación de ésta sustentación, el trabajo aquí relacionado obtuvo la calificación de **ACEPTADO**

Los jurados fueron:

ANDREA PAOLA ESCOBAR ALTARE
C.C. 65771857

Observaciones: _____

En constancia de lo cual se firma y se sella en la ciudad de Bogotá, D.C.

CLEMENCIA RAMIREZ HERRERA
DECANO DE LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

AGRADECIMIENTOS

... “La cuerda loca” nos dejó la historia de una mujer que luchó sin descansar: Kathy Rey. Donde estés, gracias por ser la inspiración para nuestro trabajo de grado. Que Dios te tenga en su gloria...

Dios me ha dado la vida y me ha encomendado recorrer un camino. Hoy estoy alcanzando una de las más importantes metas de mi proyecto de vida. Abro las puertas de mi corazón y con todo mi ser agradezco a mi mamá y a mi papá por todos los privilegios que me han brindado con todo el amor, el compromiso y la responsabilidad que ha caracterizado su labor de padres. A mis hermanos Xiomara, Margarita y Alejandro les digo gracias por su incondicional apoyo, amistad y amor. A mis dos grandes amores Manuela y Mariana quienes se han convertido en la mayor fuerza para el motor de mi vida, gracias por ser mi felicidad. Sin todos ustedes mi sueño de ser Psicóloga no sería hoy una realidad. Gracias por dejarme ser parte de sus vidas, los amo con toda mi alma...

Mónica Andrea

Hoy culmino una de mis metas, gracias al apoyo de personas como tú papá, quien me llevaste de la mano en este camino, me animaste a convertirme en lo que hoy soy, una profesional. A ti mamá, por darme la vida y con está la oportunidad de ser una mujer con grandes sueños y expectativas. A ti mi amor por acompañarme en mis triunfos, por

alentarme para emprender nuevos caminos de superación, por haberme dado la oportunidad de estar a tu lado para toda la vida. A ti SEBITAS porque llegaste a mi vida para llenarme de bendiciones y felicidad y proporcionarme unas ganas enormes de ser la mejor mamá para ti. A ustedes, mis abuelos por estar a mi lado en estos momentos tan importantes en mi vida. Y finalmente a ustedes, mis hermanos, especialmente a ti Milena por ser mi gran amiga y compañera incondicional A ti DIOS por tenerme en este mundo, gracias a todos los adoro.

Natali Díaz

Soñando con ser Psicóloga, emprendí el camino de mi formación profesional. En el te encontré a ti Nata. Gracias por todas las lágrimas y sonrisas que vivimos juntas, gracias por tu amistad incondicional y por el compañerismo que siempre te caracterizo. Caminamos juntas de la mano durante diez semestres y hoy llegamos juntas sonrientes y felices por este gran logro. Gracias por todo, te quiero mucho.

A ti MONIC por ser mi gran compañera y la mejor de las amigas, por aguantarme durante estos diez semestres. Porque a pesar de las dificultades logramos sobrepasarlas para juntas convertirnos en lo que al lado de las muñecas soñamos alguna vez ser UNAS

GRANDES PSICOLOGAS. T.Q.M

TABLA DE CONTENIDO

Resumen, 8
Marco teorico, 10
Psicología de la Salud, 10
Definición de Salud Mental, 11
Criterios de Anormalidad, 11
Modelos explicativos de la conducta anormal, 12
Criterios clínicos del Trastorno Afectivo Bipolar, 13
Epidemiología del Trastorno Afectivo Bipolar, 14
Historia de las Intervenciones Terapéuticas, 21
Diagnostico Psiquiátrico, 27
Instituciones Hospitalarias, 30
Clasificación de las Psicoterapias, 32
Explicación Dinámica de la Depresión, 38
Conflicto superyo – yo, 39
Pérdida del Objeto, 40
Fijación Anal, 43
Relación narcisista, 44
Introyeccion de los Objetos, 44
Explicación Dinámica de la Manía, 45
Conflicto entre el yo y el Mundo Exterior, 46
Fijación Oral y Anal, 49

Posición Esquizoparanoide, 49
Posición Depresiva, 50
Triunfo Maníaco, 52
Tensión entre el Yo y el Ideal del Yo, 53
Posición, Estado y Enfermedad maníaca, 54
Omnipotencia, 57
Renegación, 58
Triada de Sentimientos (control, triunfo y desprecio), 61
Negación, 62
Pensamiento Mágico, 64
Justificación, 72
Problema, 73
Objetivos, 73
Objetivo general, 73
Objetivos específicos, 74
Método, 75
Tipo de Investigación, 76
Participantes, 75
Estrategias, 76
Instrumentos, 76
Procedimiento, 77
Análisis de Resultados, 79
Discusión, 97

Referencias, 104

Resumen Analítico de Investigación, 108

Anexos, 111

Anexo A Diario de Campo – Acercamiento U.I.C. Campo Abierto, 112

Anexo B Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI, 115

Anexo C Consentimiento Informado, 121

Anexo D Protocolo de Intervención de Psiquiatría U.I.C. Campo Abierto, 122

Anexo E Entrevista con Psiquiatra, 128

Anexo F Protocolo de Intervención de Psicología U.I.C. Campo Abierto, 135

Anexo G Entrevista con Psicóloga, 140

Anexo H Protocolo de Intervención de Terapia Ocupacional U.I.C. Campo Abierto, 144

Anexo I Entrevista con Terapeuta Ocupacional, 150

Anexo J Discurso y Observaciones de Campo de Miguel, 157

Anexo K Discurso y Observaciones de Campo de Clara, 168

Anexo L Discurso y Observaciones de Campo Luís, 179

**CARACTERÍSTICAS DE LA MOVILIZACIÓN DE MECANISMOS
INCONSCIENTES DURANTE LAS INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS
REALIZADAS A CUATRO PACIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO
BIPOLAR TIPO I EN FASE MANIACA QUE ASISTEN A LA U.I.C CAMPO
ABIERTO.**

****Mónica Andrea Becerra Niño y Yuly Natali Díaz Rojas**

***Luís Eduardo Correa**

Resumen

La presente investigación tuvo como principal objetivo conocer la relación entre las intervenciones terapéuticas institucionales de la U.I.C Campo Abierto y los mecanismos psíquicos inconscientes de pacientes hospitalizados con episodio maníaco. Para poder cumplir con dicho objetivo se emprendió una investigación cualitativa, por medio de estudios de caso y utilizando como estrategia la observación participante, las cuales fueron registradas en notas de campo. Además, fueron realizadas entrevistas enfocadas a los pacientes con episodio maníaco y a los profesionales de la institución en la cual se trabajó. De igual manera se manejaron los protocolos de intervención utilizados en la U.I.C Campo Abierto con estos pacientes. Finalmente se realiza la triangulación de los datos obtenidos a lo largo de la investigación.

Palabras Clave: Manía, tríada maníaca, mecanismos inconscientes.

Abstract

The present investigation had as main objective to know the relationship among the therapeutic institutional interventions of U.I.C. Open field and the mechanisms psychic unconscious of patients hospitalized with maniac episode. To be able to fulfill this objective a qualitative investigation it was undertaken, by means of case studies and using as strategy the participant observation, which were registered in field notes. Also, interviews focused the patients with maniac episode were carried out and to the professionals of the institution in the one which you work. In a same way the intervention protocols were managed used in U.I.C Field Open with these patients. Finally is carried out the triangulation of the data obtained throughout the investigation.

Words Key: Mania, maniac triad, unconscious mechanisms.

Para darle sentido a este proyecto es necesario realizar una explicación de lo que significa Salud y Calidad de Vida, línea de investigación en la que se enmarca la temática a investigar, es por esto importante hacer referencia a la psicología de la salud, la cual se ha interesado por un nuevo abordaje de los fenómenos de salud-enfermedad desde el punto de vista psicológico y no sólo referido a alteraciones fisiológicas y del funcionamiento orgánico.

La primera definición que se encuentra de la psicología de la salud la da Stone, Cohen y Adler en 1979 considerándola como un área de especialización cuya función principal es la complementación de aspectos psicológicos de la totalidad del sistema de salud, para el año 1991 consideran que toda aplicación a problemas y todo lo concerniente a la salud por parte de las teorías psicológicas, es psicología de la salud (Roa, 1995).

Matarazzo (1980), da una definición que es reconocida y retomada por diversos autores: “Conjunto de las aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las difusiones relacionadas” (p. 815).

En la investigación realizada por Piña (2003), se define a la psicología de la salud como aquella que presta atención a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud apoyándose específicamente en el modelo psicológico de orientación constructiva de Goldiamond. Este modelo surge en contraposición al modelo médico tradicional, que proponía que para restaurar el estado de salud del individuo había que “eliminar” de su organismo lo que le producía el malestar. En contraposición, la orientación constructiva,

opta por “dotar” al individuo de recursos necesarios que ayuden a mantener su estado de salud el mayor tiempo posible.

Más allá de las definiciones de la psicología de la salud, existía una fuerte discusión que se centraba en la inclusión o no de la enfermedad mental, ya que la psicosis, la neurosis y el abuso de sustancias sólo se incluían en cuanto contribuían a trastornos físicos. Finalmente, después de una revisión la psicología de la salud, acepta la inclusión tanto de la enfermedad física como mental. (Schwartz y Weiss, 1978).

A partir de esta discusión, dentro de la psicología de la salud aparece la psicología clínica y no clínica, haciendo referencia a la clínica como aquella que toma factores de la salud y la enfermedad en los que el estado psicológico individual es el principal problema incluyendo así el concepto de salud mental. De otro lado, la psicología de la salud no clínica, retomaría aspectos de la psicología orientándolos al estudio de las relaciones entre comportamientos y salud/enfermedad tanto en la investigación básica como en la investigación aplicada.

La definición de salud mental utilizada actualmente es la que dio la federación mundial para la Salud Mental en 1962 la cual precisa que representa un estado que permite el desarrollo óptimo, físico, intelectual y afectivo del sujeto en la medida en que no perturbe el desarrollo de sus semejantes. En 1996 Busfield citado por Gabalda (2001), retoma una perspectiva médico – psiquiátrica y la explica a través de un sistema taxonómico o categorial.

Es importante considerar los dos sistemas clasificatorios que más se utilizan en la actualidad, el CIE – 10 y el DSM. De acuerdo con estos sistemas los trastornos mentales deben ser conceptualizados como un síndrome o patrón significativo a nivel conductual o

psicológico que ocurre en una persona y que se asocia con el malestar presente (síntoma), deterioro o talvez con un riesgo significativo de sufrir muerte, dolor, deterioro o una importante pérdida de la libertad. Es importante tener en cuenta que este síndrome o patrón no necesariamente debe ser una respuesta esperada a un acontecimiento concreto, por ejemplo, la muerte de una persona querida.

Por su parte Belloch e Ibáñez (1991) citados por Gabalda (2001), señalan que la salud mental no es un concepto monolítico y que debe ser definido teniendo en cuenta los siguientes parámetros: (1) Autonomía funcional; (2) percepción correcta de la realidad; (3) adaptación eficaz y respuesta competente a las demandas del entorno; (4) relaciones interpersonales adecuadas; (5) percepción de auto-eficacia; (6) buen autoconcepto; (7) estrategias adecuadas de afrontamiento al estrés.

El concepto de Salud y calidad de vida, desde una perspectiva dinámica se puede ligar a los planteamientos de Brainsky con sus criterios de normalidad y anormalidad. De acuerdo con Freud citado por Brainsky (2000) la normalidad no se refiere solamente a ausencia de enfermedad, la normalidad supone una evolución positiva de las capacidades del ser humano y de su potencial, así como de la capacidad de desarrollar sus fantasías para el mejoramiento de si mismo y del mundo circundante.

Es necesario tener como referente una definición de conducta anormal, teniendo en cuenta que la anormalidad es relativa a un contexto histórico, un espacio y tiempo específico. La dificultad que implica distinguir entre lo normal y lo anormal ha inspirado diversos enfoques que buscan lograr una definición precisa y científica del comportamiento anormal.

Guimón (2004), discute los criterios utilizados para definir la normalidad y la anormalidad, refiriendo que no todos los comportamientos y experiencias humanas siguen una distribución de campana de Gauss, pues considera que tan anormales serían los que se apartan de la curva por defecto o por exceso. Así, considera que la normalidad se puede enmarcar en términos de una independencia suficiente, en la capacidad de establecer relaciones emocionales estables y la suficiente adaptabilidad a los cambios.

Al valorar la anormalidad se pueden utilizar varios criterios, (1) criterio estadístico: de acuerdo con este, para determinar la anormalidad solo debemos observar las conductas extrañas o poco frecuentes en una sociedad o cultura determinada y catalogar estas desviaciones de la norma como “anormales”; (2) criterio normativo: este se basa en los juicios de valor que ejercen personas externas acerca de lo que debe ser considerado anormal. Esta definición considera anormal un comportamiento si se desvía lo suficiente de algún tipo de ideal o norma cultural; (3) criterio adaptativo: hace referencia a la capacidad del ser humano para equilibrar su mundo interno y externo y armonizar los deseos y las necesidades del ser humano; es un criterio social, esta perspectiva podría hacerse potencialmente peligrosa en la medida en que se tome como una forma de manipulación social. (Brainsky, 2000). Es conveniente aclarar que para esta investigación se tomará el criterio adaptativo por ser el más pertinente de acuerdo al enfoque escogido.

Al igual que los criterios de anormalidad, también hay varios modelos que buscan explicar la conducta anormal. Desde una postura mucho más racional a la que solía utilizarse en la antigüedad, donde el comportamiento anormal fue vinculado a la superstición y la brujería. Dentro de los modelos se destacan (1) Modelo médico: sostiene que cuando un individuo presenta síntomas de comportamiento anormal, la causa que los

origina se encontrara en un examen físico del individuo, el cual puede revelar un desequilibrio hormonal, una deficiencia química o una lesión cerebral; (2) modelo conductual: los teóricos conductuales ven al comportamiento normal y anormal como respuestas a un conjunto de estímulos, respuestas que han sido aprendidas en experiencias anteriores y que en el presente son guiadas por estímulos que se encuentran en el entorno del individuo. Para explicar por qué ocurre el comportamiento anormal se debe analizar cómo se aprendió y observar las circunstancias en las que se manifiesta; (3) modelo humanista: enfatiza el control y responsabilidad que tienen las personas sobre su propio comportamiento, aun cuando dicho comportamiento sea anormal; (4) modelo sociocultural: propone que la diversidad de tensiones y conflictos que experimentan las personas en su entorno como parte de sus interacciones diarias con los demás puede propiciar la aparición y el mantenimiento del comportamiento anormal. (5) modelo psicoanalítico: señala que el comportamiento se deriva de conflictos infantiles sobre deseos opuestos respecto al desarrollo sexual y la agresión. Freud postulaba que los niños atraviesan por una serie de etapas en donde los impulsos sexuales y agresivos asumen distintas formas y estimulan conflictos que no tienen solución. Si estos conflictos de la infancia no son resueltos con éxito, permanecen sin resolver en el inconsciente ocasionando en la edad adulta comportamiento anormal, por tanto estas personas tienen en realidad un control consciente escaso sobre su comportamiento en virtud de que este es guiado por impulsos inconscientes. Este último modelo fue el seguido durante la investigación (Feldman, 2002).

Siguiendo estas perspectivas podríamos afirmar que dentro de los comportamientos anormales claramente categorizados por la nosología se encuentra el Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), que se caracteriza por su tendencia y capacidad a presentar episodios de

manía (exaltación afectiva) y/o melancolía (depresión). Su estilo de evolución es bifásica, es decir, que cada fase o acceso a una crisis tiende normalmente a desaparecer sin perjuicio o permanecer, sin que por si misma desemboque necesariamente en un estado de deterioro global, aun cuando la repetición sea muy frecuente (cicladores rápidos) obstaculizando la normalidad del paciente y un cierto grado de debilitación intelectual. El inicio del trastorno suele ser temprano y se establece al final de la adolescencia o al principio de la edad adulta. Con los años, los episodios se hacen más largos y los intervalos más cortos.

La depresión es caracterizada por la tristeza y por la disminución de la actividad del individuo, y la manía que es un estado de exaltación o de exhuberancia. Pueden generar cada uno por aparte un trastorno diferente, pero si la conducta maníaca y la conducta depresiva alternan, conformaran un TAB (conocido anteriormente como psicosis maníaco-depresiva).

Los episodios maníacos suelen comenzar de modo progresivo cuya sintomatología suele ser tan ligera que no se toma en consideración, en ocasiones de modo súbito o brusco. En esta fase se presenta gran agitación psicomotriz en el habla (verborrea), en el gesticular y otros, alcanzando una intensidad extrema llamada “furor maníaco” en el cual el enfermo revuelve todos los objetos de su habitación, intenta romperlo todo, presenta estados agresivos y hay descuido de su arreglo personal (Sue, 1996).

Luego se presenta un desorden de los procesos psíquicos cuyo síntoma principal es la fuga de ideas pasando constantemente de una idea a otra sin que exista un nexo lógico produciendo esto, una falsa incoherencia del pensamiento y una rapidez y superficialidad excesiva de la misma e hipoprosexia (no mantiene la atención en ningún estímulo). En esta

fase es típico que el paciente hable en exceso, este alegremente exaltado (si se le contraria se enojara con facilidad), necesita poco sueño y es sexualmente desinhibido (Myers, 1988).

Después se presenta una exaltación del estado afectivo caracterizada por una abundante emotividad, optimismos inestables, alegría, que se puede descargar en ocasiones haciendo uso de la violencia o la agresividad furiosa, presentando irritaciones que casi siempre son acompañadas de una excitación erótica con ideas delirantes y hasta delirio agudo, ideas de grandeza (megalomaníacas) y de persuasión.

Es importante no olvidar otros trastornos como los relativos al sueño, el aumento del hambre y de la sed (García, 1987).

Estas crisis maníacas son curables; su duración se encuentra entre algunas semanas y varios meses; su terminación se presenta progresivamente o de una manera brusca y repentina. Cuando esta fase de la psicosis alcanza un grado intenso (completa confusión mental), se produce una amnesia de todo lo ocurrido durante todo el tiempo abarcado por el “furor maníaco”.

En contraposición a la manía, la melancolía comienza normalmente de modo lento y en pocas ocasiones de modo súbito o brusco, esto como consecuencia a un trauma psíquico según el enfoque dinámico. Se piensa en un origen endógeno ya que en ella se encuentran factores genéticos hereditarios y comportamientos desadaptados. Tiene una evolución de varios meses (generalmente de seis a siete meses) y acaba como comienza, es decir, de manera súbita o progresiva. Este estado es caracterizado por una tristeza profunda y aburrimiento, generando una inhibición o parálisis psíquica, con un pensamiento lento, la síntesis mental y el esfuerzo mental sostenido son imposibles, las asociaciones de ideas son dificultosas, la atención se concentra sobre temas melancólicos, el lenguaje se puede

presentar bloqueado generando un semimutismo y, a veces, un mutismo completo. (Corbella, 1985).

En el trastorno hay manifestaciones hipocondríacas, esto gracias a la constante preocupación por su salud corporal, sintiéndose el deprimido físicamente enfermo. Suelen desencadenarse sentimientos de culpa, de autoacusación, de condenación según su formación ético-religiosa, llevando a su vez una idea de desaparecer de la vida, esto se genera por la preocupación por la salud mental. Por último la persona deprimida puede presentar sentimientos de ruina familiar considerándolas irreparables y catastróficas, causadas por la preocupación hacia el aspecto material de la vida (García, 1987).

Otra manifestación se observa en su preocupación por la salud mental, el melancólico no solo deja de comer para vaciarse en la muerte, de modo que el suicidio llegue a ser imaginado y deseado, esto llevando al deprimido a una búsqueda obsesiva de este fin. Se puede presentar el homicidio a seres queridos para evitarles el sufrimiento que el deprimido padece. Se presentan síntomas somáticos como cefaleas, molestias respiratorias, impotencia sexual, insomnio y vagas molestias digestivas. En cuanto a la conducta motora, se presenta un bloqueo de los movimientos de la cara, manos, etc y una tensión del rostro. (Restrepo, 2002).

Aparentemente los estados caracterizados por la euforia y la exaltación, son los más deseados ya que es aquí donde la persona bipolar vive más intensamente sus emociones y se experimenta una sensación de bienestar. Por lo tanto, estas personas desearían suprimir de sus vidas los episodios depresivos. Con respecto a esto, las personas que conviven con el paciente, opinan de distinta forma, ya que vivir con una persona que pasa por un estado

maníaco es “imposible”, no se puede sostener un dialogo y mucho menos mantener el ritmo que a menudo impone la euforia de la manía.

A diferencia de los cambios ciclotímicos que puede experimentar la persona bipolar, se encuentran las personas que consiguen tener un tono hipomaníaco en su comportamiento habitual. Se caracterizan por un optimismo elevado, se muestran generalmente contentas y no le dan importancia a las dificultades que se les pueden presentar. (Corbella, 1985).

De acuerdo con las clasificaciones internacionales (DSM IV y CIE 10) el Trastorno Afectivo Bipolar se divide en tipo I y tipo II. El tipo I debe cumplir seis criterios: episodio maníaco único, episodio más reciente hipomaníaco, episodio más reciente maníaco, episodio más reciente mixto, episodio más reciente depresivo y episodio más reciente no especificado. El Trastorno Bipolar Tipo II debe cumplir uno o más episodios depresivos mayores, presencia o historia de un episodio hipomaníaco y ausencia de episodios maníacos.

Por episodios hipomaníacos se entiende que es el estado de ánimo persistente elevado, expansivo o irritable que tiene una duración aproximada de 4 días y que es claramente diferenciable del estado de ánimo habitual. El episodio mixto se caracteriza por la presencia de episodios maníacos y episodios depresivos mayores, cada uno cumpliendo sus criterios. (DSM-IV-TR, 2003).

La relevancia mundial de los trastornos mentales, se ve reflejada en las estadísticas de la OMS. La prevalencia global de trastornos mentales es de aproximadamente 851 millones de personas, incluyendo trastornos neuróticos, afectivos, retardo mental, epilepsia, demencias y esquizofrenia. Los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad. De acuerdo con datos del Banco Mundial, las

enfermedades mentales representan cada vez un mayor protagonismo con respecto a la carga de enfermedad representada en discapacidad y muerte. De las diez principales causas de enfermedad en mujeres entre 15 y 44 años para 1990, la primera causa, tanto en países desarrollados como en desarrollo, fue la Depresión Mayor Unipolar. De esas diez causas, seis corresponden a trastornos mentales (depresión mayor, esquizofrenia, trastornos bipolares, trastorno obsesivo compulsivo, abuso de alcohol y lesiones autoinflingidas).

Vázquez Baquero y Cols (1997) citados por Gabalda (2001) plantean de acuerdo a sus estudios realizados en países europeos, que las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos encontrando así que el 22,31% de los hombres tienen alguna patología, y las mujeres hacen parte del 36,72% de las estadísticas. En cuanto a los trastornos psicóticos la prevalencia en los hombres es de 2,74% y en las mujeres de 0,37% y teniendo en cuenta lo dicho anteriormente sobre la frecuencia de los trastornos afectivos en las mujeres, se encuentra que el 7,10% de ellas padecen depresión y tan solo el 4,57% de los hombres.

El trastorno afectivo bipolar I lo presentan los hombres en un 2.1% y las mujeres en 1.5%. Por otra parte el trastorno bipolar II se presenta con un porcentaje de 0,2 % tanto en hombres como en mujeres. De acuerdo con la resolución número 2358 de 1998 por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental la prevalencia del Trastorno Bipolar I se estima en 1.2%, con mayor frecuencia en hombres. Para el Trastorno Bipolar II, la tasa es del 0.5%, encontrándose una mayor prevalencia en el sexo masculino, coincidiendo con los resultados del estudio nacional de salud mental del 2003. Las prevalencias más altas corresponden a los departamentos de Córdoba, La Guajira y el Distrito Capital.

Al respecto, Franco y Gaviria (2004) en su investigación realizada en Medellín, encuentran que entre 68 pacientes hospitalizados, el 38,2 % tienen como diagnóstico en sus historias clínicas trastorno afectivo bipolar (TAB), siendo este, el trastorno más representativo del grupo. Encontrando también, que hay mayor prevalencia en mujeres (22,1%) que en hombres (17,6%). El promedio de días de hospitalización para los pacientes que presentan trastornos afectivos es de 10,02 días.

Además las investigaciones demuestran en términos del género que los hombres y las mujeres difieren en sus actitudes, en lo que piensan sobre la salud mental y su bienestar. Las mujeres suelen definir, con más frecuencia que los varones, sus problemas como “enfermedades”, además, los profesionales de la salud suelen medicar más a la mujer que al hombre. Las mujeres tienen más enfermedades y usan más los servicios de salud que los hombres.

Por otra parte en el estudio nacional de Salud mental realizado en Colombia en el año 2003, con una muestra de 4.544 adultos (18-65 años) de las principales ciudades de Colombia, se encontró que el 40% de la población reportó haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23 trastornos presentes en el DSM-IV, el 16,0% de la muestra evidenció trastornos mentales en los últimos doce meses. Este estudio muestra que los trastornos del estado de ánimo se presentan en un 15,0%, además, el 4,9% de la población estudiada ha intentado suicidarse alguna vez. Al revisar los grupos de trastornos, se puede observar que los trastornos del estado de ánimo reportan el mayor uso de cualquier servicio de salud, entre ellos, psiquiatría, medicina general, psicología, etc. (17,6% de uso).

En este mismo estudio se realizó un análisis por regiones de la prevalencia de los trastornos psiquiátricos, encontrando que la región de Bogotá D.C es la que presenta la

prevalencia más elevada (46,7% contra 40,1%, que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el país). Los porcentajes de la prevalencia encontrados en cuanto a los trastornos del estado de animo fueron: en Bogotá (21,2%); Región Central (15,5%); Región Atlántico (13,4%); Región Oriental (8,1%) y en la Región Pacífica (15,3%) (Posada, Aguilar, Magaña y Gómez, 2004).

Se encuentra también que el 13,2% de los pacientes tenían riesgo suicida y el 59% habían tenido un intento de suicidio. La comorbilidad psiquiátrica más frecuente es el abuso de alcohol en un 10,3%, seguido por un 4,4% que corresponde a pacientes con un retardo mental no especificado. La comorbilidad no psiquiátrica con un porcentaje de 10,3% fue la hipertensión arterial seguida por la epilepsia con 4.4% y por ultimo un 2,9% que corresponde a pacientes con hipotiroidismo (Franco y Gaviria, 2004).

El trastorno bipolar presenta antecedentes familiares en el 65% de los casos y el riesgo de padecerlo en familiares de primer grado es del 4,8 y 18,6% (Bulbena, 1991).

Se ha encontrado que de cada 1000 personas, de 10 a 15 pueden padecer la enfermedad (1 a 1,5%) y si uno de los padres la padece, la posibilidad de que los hijos también la sufran aumenta hasta cerca del 15%. Para Freud, esta predisposición genética es también un elemento esencial en dicha patología. Lo que la psiquiatría plantea como heredogenético, el psicoanálisis lo plantea “como una tendencia heredada y genética hacia la fijación de la etapa oral basado en un componente de autodestrucción” (Brainsky, 2000).

En cuanto al factor genético para Bitrán (1994) los familiares de primer grado de pacientes con trastorno bipolar I presentan tasas aumentadas de trastorno bipolar I, trastorno depresivo mayor (hasta un 24 % para ambas patologías) y trastorno bipolar II (hasta un 5%). Una situación similar se observa con los familiares de primer grado de los

sujetos con trastorno bipolar II, siendo mayores las tasas para el mismo trastorno. En estudios citados en su investigación Bitran observó que la concordancia para trastorno bipolar es de aproximadamente un 19% en mellizos dicigóticos, pero alcanza un 79% en gemelos monocigóticos. Algunos estudios de adopción han mostrado una mayor prevalencia de trastornos del ánimo entre los familiares biológicos de pacientes con trastorno bipolar, pero no en sus familiares adoptivos.

Existen avances recientes de mapeo del genoma humano y análisis de ligación genética que han aumentado la probabilidad de que se determine el segmento genético del trastorno bipolar. La probable heterogeneidad genética de los trastornos del ánimo sugiere un modo complejo de herencia y la posibilidad de que varios genes contribuyan a la vulnerabilidad individual para sufrirlos. Análisis de hermanos afectados por trastorno bipolar y estudios que incluyen numerosas familias con alta prevalencia de trastornos del ánimo, encontraron evidencias de la existencia de un gen de susceptibilidad ubicado en el cromosoma 18.

Los estudios de las alteraciones neuropsicológicas en pacientes con TAB han sido pocos, sin embargo, el interés se ha venido incrementando por el mejoramiento de la calidad de vida de estos pacientes. Jiménez, Fernández, Robles y Cols (2003), en sus estudios neuropsicológicos, encuentran en los pacientes bipolares, una difusión del hemisferio derecho basándose en un déficit del funcionamiento visoespacial y en los resultados respecto al cociente intelectual (CI). También se observa una lesión cerebral bilateral. Los procesos psicológicos superiores, tanto en los episodios maníacos como en los depresivos, se presentan cambios significativos en la fluidez del pensamiento y del habla y déficit en la memoria y alteraciones en los procesos de atención.

Igualmente se hallan implicadas regiones neuronales como la dorsolateral de la corteza prefrontal donde se ve implicado el procesamiento de la información. El área subgenual del cuerpo calloso se activa de forma inusitada durante los periodos de manía, y disminuye su actividad durante los periodos de depresión, esto implica la participación de la corteza prefrontal ventromedial, conectada con el sistema límbico. El déficit de atención en la manía esta vinculado a un volumen cortical prefrontal e hipocampal reducido. El déficit de la memoria en los episodios depresivos se relaciona con una disfunción en el lóbulo temporal.

De acuerdo con las investigaciones realizadas no se puede afirmar a ciencia cierta cuales son todos los componentes biológicos del trastorno, pero parece claro que uno de los problemas implicados es el mal aprovechamiento de los neurotransmisores cerebrales (serotonina y dopamina). Bunney citado por Sarason y Sarason (1986), se intereso por investigar en qué consiste el cambio entre la conducta maníaca y la depresiva, encontrando que una acumulación de neurotransmisores o disminución de estos podía conducir el mecanismo de cambio, esto sustentado por la teoría de las aminos biogenas, ya que una deficiencia de norepinefrina en ciertos lugares del cerebro es la causa de la depresión; mientras que un exceso de norepinefrina en ciertos lugares es la causa de la manía.

Al margen de las diferentes perspectivas explicativas que pretenden dar cuenta del TAB, el manejo del trastorno y especialmente de los episodios maníacos se ha restringido a intervenciones en instituciones hospitalarias. Resulta pues indispensable realizar un recorrido por algunos aspectos que envuelven las instituciones psiquiátricas.

El termino “Salud Mental” se plantea como una alternativa para el termino de psiquiatría. Se piensa en dicho concepto como estrategia para la prevención y también como posibilidad para integrar profesionales, aparte de los de psiquiatría y de sectores implicados en la salud mental dentro de la población. De acuerdo a que la salud mental se convierte en un compromiso social y comunitario, la Asociación mundial de Psiquiatría, establece como objetivo principal para la psiquiatría el “tratar la enfermedad mental y promover la Salud Mental lo mejor posible, de acuerdo con los conocimientos científicos y los principios éticos aceptados” (Guimón, 2004)

Es así como las Naciones Unidas, sabiendo que la salud mental es un compromiso humanitario, se pronuncian con unos principios para la protección de las personas que padecen una enfermedad mental y para la mejoría en la asistencia en Salud Mental. Para tal fin, se establece que la Asistencia en Salud Mental se basa en un análisis y diagnostico del estado mental de la persona, el tratamiento la asistencia y la rehabilitación de la enfermedad mental. Para el acompañamiento de estas personas, es necesario tener profesionales que posean habilidades específicas útiles para los cuidados en Salud Mental, al igual que un establecimiento o unidad de establecimiento que proporcione, como función primaria, cuidados en Salud Mental. De acuerdo con los principios propuestos por las Naciones Unidas, el “paciente” es aquel individuo que recibe cuidados en Salud mental a quienes se les debe proporcionar una psicoterapia que ayude a la persona a alivianar las dificultades personales a través de la palabra y de una relación profesional.

En las enfermedades mentales se conjuga un doble mecanismo: un mecanismo orgánico, por alteración de la estructura anatómica del sistema nervioso o perturbación de

su funcionamiento, de su fisiología; y un mecanismo psicológico, por conflictos psíquicos conscientes o inconscientes.

No debería olvidarse que en sus comienzos todos los métodos de tratamientos son empíricos. Las más importantes deducciones terapéuticas, de carácter realmente científico, derivan del empirismo y gracias a este pudo llegarse a aquellas. Una de las técnicas utilizadas para el manejo de los pacientes psiquiátricos antiguamente, era el método de shock el cual consiste en provocar una profunda pérdida de conciencia, produciendo un fenómeno de disolución psíquica que permite una reconstrucción consecutiva. (Eck, 1966).

Sea el que fuere el mecanismo de acción exacto de las terapéuticas de shock, su introducción en el campo de la psiquiatría representó indiscutiblemente el inicio de una nueva era en la historia del tratamiento de las enfermedades mentales. La permanencia en los hospitales mentales y las clínicas psiquiátricas se redujo considerablemente. La duración media de la estancia en la institución pasó a ser de unas cinco a seis semanas, a menudo menos, mientras que anteriormente no eran raras las permanencias de más de un año.

El electroshock deriva de la convulsivoterapia clínica por medio de inyección intravenosa de cardiazol, ideada por Von Meduna en 1935. Ciertos psiquiatras habían señalado, no sin alguna razón, que existía una cierta oposición entre la constitución epiléptica y las manifestaciones esquizofrénicas. De ello provino la idea de provocar artificialmente manifestaciones epilépticas, por diferentes medios, en los sujetos amenazados de evolución esquizofrénica. (Eck, 1966).

Cerletti había observado que la corriente eléctrica podía provocar en los animales crisis convulsivas que dejaban completamente indemne el organismo y elaboró una técnica

que debía revolucionar la psiquiatría. La psiquiatría entro entonces en una nueva era en la que surgieron inmensas posibilidades terapéuticas. Este método eléctrico presenta la gran ventaja de ser absolutamente indoloro y no dejar ningún recuerdo de su aplicación.

Los grandes progresos de la terapéutica medicamentosa reducen considerablemente las indicaciones del método eléctrico en la actualidad. En ciertas ocasiones, se producían en el curso de la aplicación incidentes técnicos lamentables, tales como fracturas de vidas a la intensidad de las contracciones musculares. Actualmente, todos los elementos del método que podrían justificar el nombre de shock han desaparecido ya que el enfermo se encuentra previamente dormido gracias a una inyección endovenosa que le proporciona un sueño agradable y casi instantáneo.

Durante la aplicación se asegura la respiración mediante la inhalación de oxígeno. El retorno de la conciencia es lento y progresivo. Es importante tener en cuenta que si se consigue suprimir el peligro de suicidio en un sujeto atormentado por un delirio melancólico, hay que resignarse a aceptar algunos riesgos, tanto más cuanto que son excepcionales, mientras que el beneficio que proporciona el tratamiento es mucho mas seguro. (Eck, 1966).

El electroshock no actúa por medio de una acción psicológica de terror o sufrimiento, sino por acción directa sobre los centros diencefálicos que rigen la afectividad, el estado de ánimo. No se produce una alteración de la memoria, sino solamente la supresión de ciertos recuerdos, que serán de nuevo fijados cuando sean registrados otra vez.

Afortunadamente el olvido de un acontecimiento no es un signo de alteración definitiva de la función. Solamente después de tratamientos abusivamente prolongados o

repetidos se observan a veces perturbaciones de la memoria de carácter definitivo. Es cierto que en el periodo consecutivo al tratamiento pueden presentarse algunas modificaciones del comportamiento: dificultad en la concentración intelectual, impulsividad, modificaciones de la afectividad.

Otra de las técnicas utilizadas en el pasado fue el empleo del coma insulínico en la terapéutica de las enfermedades mentales. El primer trabajo sobre el uso de la insulina data del año 1935, y fue producido por Sakel, mientras que Cerletti no publicó los primeros resultados de la terapéutica por electroshock hasta 1938. (Eck, 1966).

La técnica del coma insulínico se basa en provocar una pérdida de conciencia y luego un coma mediante una disminución del azúcar de la sangre producida por inyección de insulina. Las sesiones de coma insulínico se repiten cinco o seis veces por semana, hasta un total de cincuenta a sesenta comas. Las sesiones deben ser suficientemente numerosas si se quiere obtener resultados duraderos.

Varias opiniones en contra de esta técnica se desencadenaron, una de ellas tenía que ver con el difícil diagnóstico de enfermedades mentales como la esquizofrenia en sus comienzos. De una parte si no se aplica este tratamiento por no ser todavía suficientemente segura su indicación, se corre el peligro de dejar pasar la ocasión en que habría podido resultar más beneficioso, privando al enfermo de una terapéutica utilísima; de otra parte, puede ocurrir que se aplique un tratamiento largo, oneroso y que implica algunos inconvenientes a un enfermo que lo necesitaba. Las críticas giraban en torno a que no solamente se peca por acción, sino también por omisión.

Se había dicho desde hacía tiempo que lesiones de los lóbulos frontales acarrearán un estado de indiferencia ante el sufrimiento físico o moral. A partir de esta afirmación

nace la psicocirugía, la cual no puede equipararse con los métodos por electroshock o coma. Hay en contra de la psicocirugía el hecho de que produce lesiones definitivas, irreversibles, mientras que los métodos por shock solamente acarrear alteraciones transitorias reversibles. Únicamente pueden tomarse en cuenta las operaciones quirúrgicas en el cerebro en casos graves que deban catalogarse legítimamente crónicos y definitivos. (Eck, 1966).

Esta técnica consiste en interrumpir ciertas vías de enlace entre los lóbulos frontales y otras regiones del cerebro. Por ello se aplica el término general de lobotomía. Las primeras lobotomías fueron realizadas por Egaz Moniz en 1935. Se debe considerar, ante todo, que la lobotomía presenta un muy importante riesgo de modificación de la personalidad y que, por consiguiente, únicamente puede aconsejarse en casos en que dicha personalidad esté muy alterada y esta alteración pueda considerarse como definitiva. La transformación que se produce consiste en la desaparición o la disminución de la ansiedad que esta en el origen del síndrome psiquiátrico y que precisamente impide toda vida social. (Eck, 1966).

Luego fueron apareciendo las terapias medicamentosas, donde se encuentran por una parte los sedantes y de otra, los estabilizadores del sistema nervioso. Uno de los mayores descubrimientos de la ciencia farmacológica francesa es, indudablemente, la de haber logrado la síntesis del primer neuroléptico importante: la clorpromazina. Tras una larga serie de trabajos, llevados a cabo principalmente por el químico Charpentier y el clínico Laborit, pudo empezarse a experimentar la clorpromazina en clínica humana a fines de 1950.

La primera evolución en el tratamiento de las enfermedades mentales fue la que produjo la terapéutica de shock; la segunda, la aparición de los medicamentos neurolépticos. La principal acción de la clorpromazina consiste en su acentuada actividad sobre los fenómenos de excitación y agitación, esto produjo que el personal, tanto médico como auxiliar, empezaran a cuidar realmente a los pacientes agitados y excitados, ya que su papel hasta entonces había consistido en evitar las consecuencias de los fenómenos de excitación. La clorpromazina actúa como un poderoso depresor del sistema nervioso central. Es un producto antagónico de la adrenalina, es decir, ejerce una acción directamente opuesta a esta.

A partir de 1953 se ensayó en Francia el sistema de tratar sistemáticamente mediante la clorpromazina todos los enfermos de un pabellón de agitados, sin distinción de diagnóstico. Con estos primeros ensayos se consiguió un cambio en la atmósfera del servicio. Se pudo liberar a los enfermos de todos los medios de contención. Al mismo tiempo, se modificó completamente la actitud del personal enfermero; ya no dominaba la vigilancia, sino que se marcaba cada vez más una actitud terapéutica. (Eck, 1966).

Al principio no se sabía que la acción sintomática de la clorpromazina era tan sólo uno de los aspectos de las posibilidades que ofrecía. En algunos sujetos que habían recibido dosis algo crecidas de esta sustancia regularmente durante un periodo de tiempo prolongado, se observaron profundas modificaciones del estado psicótico que había determinado el internamiento. Las formas más favorablemente modificadas por estos medicamentos son las formas delirantes paranoides, ricas en fenómenos alucinatorios. Cuanto más rico y exteriorizado es el delirio, más espectaculares son los resultados. Sin embargo, no se trata de una acción curativa definitiva.

Actualmente podemos considerar la cuestión de la efectividad terapéutica de los diferentes tipos de intervención desde el punto de vista social. Por tanto es preciso consignar que los electroshocks permiten abreviar la duración de la hospitalización y las jornadas de trabajo perdidas. Una mínima proporción de depresiones melancólicas no reaccionan con la convulsivoterapia eléctrica.

El desfile en cadena de los que deben recibir el electroshock, tal como se efectuaba a veces al principio, era manifiestamente inconveniente. Hay pacientes que se lamentan de no haber obtenido el resultado que se esperaba, lo que puede deberse a no estar indicado en su caso este tipo de terapéutica; otras veces, reprochan al método no haber evitado que se produjera una repetición de la crisis melancólica, pero ya sabemos que la recidiva es inherente a la naturaleza de la enfermedad.

Someter al enfermo, sin su conocimiento, a un tratamiento que no aceptaría conscientemente, es contrario al respeto debido a la persona. Pero son bastante numerosos los casos en que el paciente con TAB a pesar de que en apariencia conserva plena conciencia, se encuentra en un estado cercano a lo delirante que le impele a rechazar todo lo que podría contribuir a curarlo, este argumento ha sido tomado como razón para la aplicación de algunas intervenciones no consentidas por el paciente.

Por otro lado, la creación de los antidepresivos representa una revolución más de la farmacología. Apareció en principio la iproniazida (Marsilid); luego, la imipramina (Tofanil). El descubrimiento de la imipramina transformo radicalmente la concepción sobre la terapéutica de las depresiones melancólicas, poco más de veinte años después de la primera revolución (electroshock). No se podría decir que los resultados obtenidos con esta técnica sean superiores a los obtenidos con el electroshock, pero se trata de un tratamiento

mucho más fácil y cómodo. Las curas ambulatorias, sin hospitalización, son mucho más practicables empleando los medicamentos. (Eck, 1966).

La elección de la técnica más conveniente en el tratamiento de las depresiones melancólicas debe realizarse desde el punto de vista del riesgo de suicidio. Es importante señalar al respecto que la acción de los shocks es más rápida, por lo que es más difícil proteger al enfermo contra el peligro de suicidio. Pero en casos serios no se debe limitar a un solo métodos por sistema, puesto que puede ser conveniente asociarlos.

Aunque no se obtenga una curación definitiva, sino solamente una mejoría, es muy importante el hecho de que los neurolépticos han permitido conseguir lo que se ha convenido en llamar “curaciones sociales”, es decir, estadios que permiten reanudar una vida familiar y de trabajo.

Por otra parte se encuentran los tranquilizantes, tranquilizar significa devolver la paz a un individuo, atenuar su ansiedad, hacer que llegue a este estado de indiferencia que los estoicos y los epicúreos designaban con la palabra ataraxia. Es el “me da lo mismo”, el “tomarse las cosas bien”. Mediante estos medicamentos, la angustia y la inquietud pueden ser, si no vencidas, atenuadas por lo menos.

Teniendo un recorrido histórico de los distintos métodos y estrategias utilizados para el tratamiento orgánico de enfermos mentales, ahora se debe hacer mención a otros aspectos importantes que hacen parte del proceso al cual se ve expuesto una persona con un trastorno mental.

En lo que respecta al diagnóstico que se le da a la persona para seguir con un proceso terapéutico, se ha criticado esa “etiqueta que se le pone al paciente, contribuyendo esta critica a la desestigmatización de los enfermos mentales. La clasificación de las

enfermedades mentales se encuentra sujeta a importantes condicionamientos históricos y personales. El diagnóstico psiquiátrico toma los supuestos del diagnóstico médico encontrando así que se debe someter a verificación científica la hipótesis de las manifestaciones clínicas que presenta un paciente. Se establecen como objetivos del diagnóstico: 1) diferenciar el cuadro observado de otros cuadros, 2) otorgar un nombre con el que distintos profesionales se puedan comunicar fiablemente acerca de él, 3) establecer un pronóstico respecto a su evolución, 4) medir los cambios que se producen con respecto a esa evolución y 5) realizar estudios sobre su etiología (Guimón, 2004).

Otro tipo de diagnóstico que se puede llegar a utilizar, es el diagnóstico relacional, es decir, lo que se refiere a lo social. Para tal caso podemos hablar de las familias definidas por Minuchin citado por Guimón (2004), como estructuras, de estadios del desarrollo y de adaptación. Para realizar un diagnóstico de este tipo, el terapeuta debe participar en la comunicación de la familia haciendo observaciones y planteando preguntas. De esta manera puede establecer puede plantear hipótesis y establecer que relaciones son funcionales y cuales disfuncionales.

Varios autores se interesan por establecer un diagnóstico claro para las familias sanas y las familias enfermas. Así, Ackerman citado por Guimón (2004), evalúa hasta que punto la familia se estanca en su crecimiento, hasta que punto logran conseguir llegar a sus propias expectativas o más bien llegan a las expectativas que la sociedad les impone. Esto lo relaciona con el grado de alianza y las escisiones del grupo familiar que influyen sobre el desarrollo emocional, la expresión de los afectos y la salud de sus miembros. De esta manera propone un cuadro donde muestra el balance entre las fuerzas que predisponen a la enfermedad y aquellas que protegen la salud y el crecimiento de la familia. Por otro lado,

Bowed citado por el mismo autor, hace hincapié en lo que el llama menor o mayor “diferenciación del self” en el origen y en el diagnóstico de los trastornos emocionales del individuo y de la familia. Bardaracco, también citado por Guimón (2004), expone que el desarrollo sano necesita de una estructura familiar establecida sobre el interjuego de las funciones materna y paterna, que pueda brindar a los hijos un clima emocional adecuado donde ellos puedan experimentar relaciones vinculares estructurantes de su yo para así poder conseguir recursos yóicos y la integración de la personalidad lo cual permitirá la individualización y autonomía mediante la superación de las crisis vitales y de los conflictos provocados por ellas. Si esta estructura no se desarrolla de tal forma, se crean patologías diversas.

Es importante también tener en cuenta que, el papel que juega la institución hospitalaria en la evolución de la enfermedad mental, es primordial. Con respecto a las Instituciones, el psicoanálisis, históricamente recuerda que las terapias de grupo se empiezan a utilizar durante la Segunda Guerra mundial, periodo en el cual las enfermedades psiquiátricas se incrementan como consecuencia al estrés que en ese momento se vive. En Inglaterra varios autores se interesan por introducir los planteamientos de Melanie Klein en la teoría de los grupos. Así, Bion establece una analogía entre la relación del niño con la madre y la del “grupo como un todo” con el líder.

Se encuentra que la asistencia en salud mental, al igual que entidades psicosociales tiene un punto en común: las dos se constituyen por grupos que se integran por individuos que se descubren día tras día que por lo tanto se conocen, interaccionan y se encuentran en un estado de interdependencia psicológica. Desde la asistencia en salud mental, se puede hablar de tres tipos de dispositivos. se puede hablar de un “grupo” por ejemplo un equipo

de salud mental donde cada quien cumple un rol y comparte ciertas normas en la realización de una tarea. Todo individuo es objeto de presiones por parte de sus pares para que tome como suyos comportamientos y opiniones de acuerdo con las normas del grupo. Por otra parte, los grupos provocan un grado de solidaridad que permite al individuo defenderse contra las presiones de la organización reforzando los mecanismos de defensa contra la ansiedad. Finalmente la afiliación al grupo aporta a sus miembros seguridad ya que saben que sus miembros viven simultáneamente el mismo proceso de identidad.

Una organización como puede ser un hospital psiquiátrico, se integra por unos individuos grupos y servicios los cuales se articulan en una interdependencia necesaria para la realización de un objetivo común, por lo tanto la modificación de uno de los elementos conlleva la modificación de todos los demás.

Algunos autores psicoanalíticos como Melanie Klein, ha hecho aportes a la lectura del papel que juegan las instituciones psiquiatricas y sus intervenciones dentro de los procesos mentales de los pacientes, así pues considera a las instituciones como representantes externos de mecanismos de defensa contra la angustia primaria persecutoria y depresiva. Es así como la angustia y los conflictos intrapsíquicos e intersubjetivos de la institución deben ser llevados a un lugar donde puedan ser actualizados, pensados y escuchados y no solamente que la institución cumpla la función de continente-contenido de Bion. Todo esto se plantea en la medida que la perspectiva psicoanalítica considera que se debe tomar en cuenta el clima de la institución, es decir, su historia, y su estructura de la institución, además de la naturaleza y sus dificultades de las tareas primarias y la infraestructura inconsciente que organizan las relaciones en búsqueda de satisfacciones (Guimón, 2004).

Para Kaes citado por Guimón (2004), es importante que las fuerzas y el sentido de las interacciones, entre los miembros de una institución, se conviertan en la capacidad articuladora del aparato psíquico grupal para así poder asegurar la existencia de un espacio de simbolización que acoja, administre y transforma los elementos pulsionales sin sentido que inmovilizan las formaciones psíquicas comunes. Si se carece de esta capacidad, la alteración de los lazos institucionales son puestos en evidencia por una falta de la regulación económica grupal, tanto por un exceso como por una falta de investimento. Kaes habla también de la existencia en las instituciones de ansiedades paranoides, miedo a lo desconocido o a la situación nueva generado por el miedo frente a lo desconocido que cada persona lleva dentro de si bajo la forma de no-persona o de no identidad.

Dentro de las instituciones, se establecen unos parámetros que indican qué plan se debe seguir según el diagnóstico dado para el paciente. Así, para la depresión moderada es útil la psicoterapia analítica y para las depresiones de mayor intensidad, es más útil la combinación de la medicación y la psicoterapia. Es importante aclarar, que los tratamientos psicoterapéuticos tienen más efecto sobre la adaptación social y el riesgo de recaídas que los productos farmacológicos.

Se ha demostrado que los pacientes con trastornos afectivos que se encuentran bajo la atención de un grupo que puede ser observado desde una perspectiva psicodinámica, puede mejorar la calidad de sus relaciones de objeto y obtener una sofisticación psicológica. Estas dos características aparecen como los más importantes predictores de éxito de este tipo de terapias. Los grupos dinámicos que trabajan con pacientes bipolares, consideran que con el cumplimiento de la medicación y la disminución de los mecanismos de negación, se puede facilitar una mayor conciencia de los factores estresantes internos y

externos. Sus objetivos principalmente se constituyen en la educación que se le debe proporcionar a los pacientes en cuanto a la naturaleza de la enfermedad, una ayuda para enseñarles a manejar los síntomas y animarles a discutir cuestiones interpersonales. Para alcanzar dichos objetivos, los terapeutas utilizan técnicas que incluyen la educación y el apoyo, facilitando las discusiones en grupo.

La psicoterapia presenta formas diversas, pero pueden ser agrupadas en dos grandes clasificaciones: psicoterapias directas y psicoterapias analíticas. La primera es una terapia de razonamientos, de guía y de sostenimiento; se dirige principalmente a rectificar juicios falsos y a dar consejos, se propone comprender al paciente y ayudarlo, las psicoterapias analíticas tiene el legítimo propósito de llegar hasta las mismas causas del mal y descubrir los factores inconscientes que provocaron en el individuo la aparición de la enfermedad. (Eck, 1966).

En la psicoterapia directa se corre el riesgo de establecer con el paciente una especie de dialogo de sordos, en el que los problemas son desplazados indefinidamente, sin resolverlos nunca, especialmente cuando se trata de neurosis obsesivas.

Cuando se trata de individuos con un Yo sólido, que solicitan del terapeuta consejo y guía sobre puntos bien definidos, el peligro es mínimo, pero se encuentran en la practica terapéutica pacientes con un Yo débil, individuos psicasténicos que corren el riesgo de ser completamente influidos por el medico que han escogido y que puede llegar a convertirse en la única norma de su pensamiento y de su conducta en la vida.

El arte del psicoterapeuta debe consistir en liberar la autentica personalidad del paciente, de modo que se desprenda de la escoria neurótica que la desfigura, pero sin pretender obligarle a que piense como él. Es indispensable que el profesional que realiza la

psicoterapia, posea un verdadero conocimiento de si mismo y de sus tendencias e impulsos, para evitar que modele al paciente a su imagen y semejanza o lo convierta en un valor complementario del suyo. Corresponde a cada terapeuta graduar su psicoterapia en función del estado de cada paciente y también, en un mismo paciente, según sea el estado en que se encuentre la enfermedad. (Eck, 1966).

Freud al conceder importancia a la comprensión del síntoma neurótico, personalizo al trastorno. Ya no se trataba de una enfermedad comprendida en el cuadro de una psicosis definida solamente por un cuadro clínico, sino de un enfermo que presenta unos determinados síntomas que poseen una significación personal, en la mayor parte de casos oculta. El descubrimiento de este significado mediante el psicoanálisis permite remontarse al origen del mal. Las teorías freudianas instauraron en cierto modo una “psiquiatría de la persona”, que substituía a la “psiquiatría de la enfermedad”.

Las terapias dinámicas basan sus supuestos en la energía que surge principalmente de los instintos sexuales la cual recibe el nombre de “libido”. Puede variar su intensidad, incluso en el mismo individuo; esta siempre presente, incluyendo la primera infancia; no se limita tan solo a los órganos sexuales, al contrario esta ligada a zonas del cuerpo relacionadas con la nutrición, la excreción y también la procreación. Se aplica el modelo dinámico a la Salud Mental preferentemente aproximándose a la “escuela británica” que presenta un mayor interés por las relaciones objetales. Para los enfermos psiquiátricos, el psicoanálisis resulta largo y doloroso, aun cuando para el diagnóstico el análisis representa la mejor indicación, los pacientes esperan un alivio rápido de su sufrimiento y en realidad los fármacos y ciertas terapias no analíticas proporcionan resultados sintomáticos más

evidentes. Sin embargo, una terapia desde el punto de vista dinámico representa un beneficio para los enfermos psiquiátricos.

Los tratamientos físicos y químicos expuestos hasta el momento constituyen solamente una terapéutica de superficie sintomática que no llega hasta núcleos psicológicos profundos. Sin embargo, el primer problema moral que puede plantearse el terapeuta ante una terapia es el de saber si acarrear una modificación de la personalidad del paciente. En ciertos casos el estado mórbido de la personalidad del paciente se encuentra tan desajustado que vale la pena correr el riesgo de un cambio relativo de la personalidad.

La teoría psicoanalítica hace referencia a una lectura del desarrollo de la personalidad del individuo. Desde esta perspectiva diversos autores se han interesado por el estudio del Trastorno Afectivo Bipolar. Algunos autores como Campbell consideran que la condición maníaca esta tan infiltrada en algunos patrones culturales y familiares que discriminar entre lo patológico y lo cotidiano puede tornarse difícil, sobre todo si el ambiente familiar favorece el establecimiento de esta condición.

La figura materna es de gran importancia en la estructuración de la personalidad del individuo, es con ella con quien frecuentemente los hijos establecen sus primeros vínculos. Por esto al analizar este trastorno es de gran importancia tener en cuenta la personalidad de los padres del maníaco-depresivo, la manera como lo trataron durante su niñez y cómo respondía el niño ante ese trato, pues a partir de esto se puede llegar a caracterizar las relaciones con los demás y las reacciones ante situaciones generadoras de ansiedad. Habitualmente no hay nadie que se interese por el bienestar del niño, por si mismo. La relación de los adultos con el niño esta determinada por el objetivo para el que se necesita al niño y por el papel que se le impone según las necesidades de la familia. Con gran

probabilidad el código moral del maníaco-depresivo se basa en la lucha para adquirir las cualidades de fuerza y virtud que no halló en sus padres.

Es frecuente encontrar dentro de las familias de los pacientes con trastorno afectivo bipolar, una marcada diferencia social y una gran preocupación con esfuerzos por hacerse más aceptable en la comunidad acogiéndose a lo que piensan los vecinos. En muchas ocasiones las familias buscan elevar su prestigio social levantando su nivel económico o ganando alguna posición de honor o merecimiento.

El paciente bipolar habitualmente fue portador de la carga de obtener prestigio para la familia. Quizás porque era el más brillante, el mejor parecido, el más inteligente, o porque era el hijo mayor, el menor o hijo único. Con frecuencia la historia familiar hace responsable al niño por uno u otro desastre que han padecido, sea la familia en conjunto o un miembro individual de ella.

Otra de las características de las interacciones del paciente con trastorno afectivo bipolar con sus familiares es la ayuda significativa que presta a sus hermanos, a otros miembros de su familia, y más tarde, a otras personas con quien entra en contacto de diversas maneras. Pero pide a cambio inconscientemente por esto una completa aceptación y preferencia de parte de los demás. Se otorga la autoridad a toda persona importante del campo social del paciente. La autoridad se puede percibir como un superyo incorporado, y otras veces como una fuerza proyectada, impersonal pero tiránica, o más bien, se inviste de autoridad a toda persona importante en el campo social del maníaco-depresivo (Fromm-Reichmann, 1981).

De una manera más general, los pacientes con diferentes patologías pueden llegar a ubicarse en distintos grupos de familia. Para Bleger (1985), la familia es un grupo cuya

característica principal es que se conforma como un sistema donde su funcionamiento es dinámico, el cual se estructura alrededor de la diferencia de edades y de sexos de sus integrantes, se presta gran importancia al rol que desempeña cada uno de ellos dentro de dicho sistema al igual que el interjuego que llevan a cabo dentro de la sociedad. Cuando se habla del interjuego de roles, se hace referencia al rol que tiene como objetivo único un fin social y que más que un interjuego es una complementariedad de roles que contribuyen definitivamente a la estabilidad del grupo. La complementación de roles, se logra de forma automática a través de la comunicación donde se presentan procesos de proyección – introyección y de identificaciones reciprocas.

Pero esta estabilidad de grupo se supone que esta presente en las familias sanas, pero en realidad se encuentran grupos de familia que no son armónicos ni equilibrados pero que conservan la estabilidad, ya que la familia principalmente funciona como un sistema cerrado que por encima de todo preserva la estabilidad del mismo. Claro esta, no siempre esta estabilidad va a seguir vigente, ya que por distintos sucesos la complementariedad de roles decae y aparecen síntomas de desajuste del grupo.

Hay diferentes tipos de familia entre las cuales se puede encontrar el grupo esquizoide donde sus miembros se encuentran distantes y dispersos, tiene poca comunicación entre si y desde luego el contacto afectivo es nulo, muy seguramente tienen poca información de la vida de sus familiares y conviven con personas pertenecientes al extragrupo. Estas personas pueden no verse en años pero cuando se encuentran parece que no hubieran vivido una separación prolongada. Dichas separaciones son vividas sin ansiedad y cuando se reencuentra no hay alegría. La separación de uno o varios de sus integrantes, ocurre justo cuando la estabilidad del grupo se altera. Los pacientes

pertenecientes a este tipo de familias, llegan solos a consulta y si es el caso de tener familia cerca, nadie se hace cargo de él.

A diferencia de este grupo, se encuentran las familias con una estructura epileptoide que se caracteriza por el aglutinamiento de sus miembros quienes tienen roles fijos, se dedican a actividades complementarias y tienden a vivir en familias demasiado numerosas. Se presenta en ella la ambivalencia ya que pueden vivir el odio, la hostilidad, el rencor, o bien tienen el control de dichos sentimientos haciéndose lentos y perseverantes. Si estas familias tienen que solucionar duelos, estos se hacen muy dramáticos y por un tiempo prolongado. Los pacientes pertenecientes a este grupo, llegan a consulta con varios familiares quienes viven la enfermedad de su familiar con mucha culpa (Bleger, 1985).

Se presenta también la familia cicloide donde sus integrantes oscilan entre la alegría y la tristeza de manera fácil, fluida y plástica, la afectividad es vivida directamente. Estos tres tipos de familia no son excluyentes y se pueden presentar formas mixtas. En cuanto a la estructura de la familia, es importante hacer referencia al vínculo simbiótico del cual participan en alguna medida los diferentes grupos familiares. En algunas familias este proceso se vive moderadamente pero en otras alcanza una intensidad particular donde la identificación proyectiva se instala de manera masiva no permitiendo que sus miembros puedan vivir separados ya que la estructura simbiótica significa una interdependencia cerrada, intensa y exclusivista.

La manera como se forman estas diferentes estructuras de familia y como ellas se establecen, se da en la medida en que se conforma el vínculo y la comunicación con la correlación de roles. Todo grupo familiar está sometido a tensiones y fluctuaciones, pero siempre conservándose cierto status, si el conflicto llega a sobrepasar el umbral, las

posibilidades de autocontrol se pierden y el grupo familiar se modifica. Dicha modificación puede deberse a un sin número de motivos como lo puede ser, el cambio de domicilio, muerte, nacimiento, cesamientos, viajes o cambios económicos, entre otros. Recuperar o lograr un nuevo status de equilibrio, significa pasar por encima de la enfermedad de uno de los integrantes de la familia.

Bleger (1985), dice: La enfermedad mental significa un emergente del grupo familiar y un intento de derivar y “depositar” las tensiones en uno de sus integrantes, salvando el resto del grupo. Cumple la misma función que un síntoma en la patología individual: resuelve la tensión de algún conflicto. (p.147).

Retomando el estudio del Trastorno afectivo bipolar, Abraham introdujo el estudio del síndrome circular en el psicoanálisis y con el se formularon los conceptos iniciales sobre manía de donde partió Freud para sus observaciones. Del estudio de sus primeros sujetos maniaco-depresivos, Abraham dedujo una fijación, en un estado normal del desarrollo, la etapa oral, señalando la intensificación del proceso metabólico pulsional oral, que incluía una introyección oral aceleradísima y una proyección oral también acelerada (Rascovsky, 1966).

Dentro de la indagación de los pacientes maníaco depresivos las primeras aproximaciones se centraron en el estudio de la fase depresiva (melancolía). Para Freud (1915) la melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución del amor propio, es decir, un considerable empobrecimiento del yo. Freud se refiere al yo como aquellas relaciones de

interdependencia reciproca del si mismo con los otros, estas relaciones se van introyectando a través de la historia personal de cada ser humano y así se va constituyendo la mente. Gracias a esto se puede comprender la dinámica del funcionamiento melancólico en general y en particular la naturaleza de los síntomas de la enfermedad (García, 1996).

El depresivo siente un gran descontento con su yo, desde el punto de vista moral, sobre todas las demás críticas posibles. La deformidad, la fealdad, la debilidad y la inferioridad social no son tan frecuentemente objeto de la valoración del paciente. Solo la pobreza y la ruina ocupan un lugar preferente dentro de su lenguaje. Los reproches con que el enfermo se abrumba corresponden en realidad a otra persona, a un objeto erótico, y han sido vueltos contra el propio yo. Se presenta principalmente hacia un objeto ambivalente vivido como sumamente necesitado e imprescindible para la vida mental de la misma persona.

De acuerdo con Brainsky (2000) teniendo en cuenta el punto de vista estructural, postula que “en la melancolía se produce una invasión del superyó al yo. El superyó reprocha al yo identificado con el objeto perdido interna o externamente”. (p.95). El conflicto entre el yo y el superyó explicaría entonces la aparición de la melancolía. El superyó hace una crítica muy fuerte al yo, sintiéndose el yo aplastado por el superyó, pero aceptando su crítica.

En la depresión hay una mayor dependencia oral, grandes necesidades narcisistas, baja autoestima, un superyó severo y castigador y sentimientos de culpa. Retomando a Abraham (1959) la regresión al nivel oral del desarrollo libidinal, ocasiona los rasgos característicos de la impaciencia y la envidia, un aumento del egocentrismo y una intensa ambivalencia; la capacidad de amar es paralizada por el odio, conduciendo a sentimientos

de empobrecimiento; y el estupor depresivo representa una forma de morir. A esta relación refiere acertadamente Abraham el rechazo a alimentarse que surge en los graves estados de melancolía. La pérdida del objeto que precede al comienzo de una depresión no es por lo general conciente, según este autor, sino que repite una depresión primaria, una frustración de la época de transición de la fase oral o anal, cuando el niño fue decepcionado por la madre. Cuando se produce la pérdida, la persona se ve obligada a utilizar la identificación y a reconstruir a partir de ella la relación objetal, consiguiendo de esta manera que los autorreproches y las autodenigraciones sean formas de escenificar, es decir, de actuar en el sentido de acting una relación sadomasoquista que no es agradable, pero que llena el vacío que había dejado la pérdida del objeto. De esta manera se consigue actuar activamente lo que se sufrió pasivamente antes, ya que los autorreproches y síntomas del paciente están describiendo claramente una situación de toda la vida, es decir, siempre la persona se ha sentido “indigna, estéril y moralmente despreciable” (García, 1996).

En la depresión, se evidencia una fijación pregenital manifestada en una tendencia a reaccionar a las frustraciones con la violencia. Aquí también se hace presente una marcada dependencia oral que les impulsa a tratar de conseguir lo que necesita por medio del sacrificio y la sumisión. La pregenitalidad de un paciente maniaco depresivo, se exhibe ante todo en su orientación anal, es por esto que muy a menudo el dinero juega el papel significativo en el cuadro clínico, ya que los pacientes sienten temor a la pérdida de dinero y de poder. La analizada de las personas deprimidas no intenta retener al objeto, más bien tiende a incorporarlo, aún cuando el objeto desea ser destruido. Detrás de esta orientación anal, siempre se encuentran las tendencias propias de una fijación oral negándose el

paciente a comer. Los pacientes deprimidos vuelven a actividades eróticorales de la infancia, por ejemplo, la succión del dedo pulgar.

Para Abraham citado por Winokur (1996) la depresión se explica por los impulsos agresivos hacia el objeto amado que se redirigen hacia el si mismo a causa de la pérdida del objeto. Freud postulaba que para que eso tuviera lugar debía darse la identificación con el objeto. La relación con el objeto es de carácter narcisista, las acusaciones son reproches dirigidos contra el objeto de amor y odio internalizado. La auto tortura es una forma de venganza, y simultáneamente un intento de reconciliarse con la persona internalizada. Esta relación esta estructurada como una simbiosis patológica donde se presenta un amo que tiraniza al esclavo y a la vez el mismo esclavo no puede prescindir del amo porque lo necesita vitalmente desde su indefensión. El carácter narcisista, ambivalente, de la relación con el objeto amoroso perdido, es el resultado de una regresión transitoria (Freud, 1915). Se trataría entonces de una regresión narcisista, regresión en cuanto a la organización del yo, que, a diferencia de la regresión libidinal, conduce al enfermo a retirarse del mundo exterior y a desprenderse de todo objeto de investidura.

Los pacientes depresivos se caracterizan por tener una permanente necesidad de suministros que les devenga satisfacción sexual y aumenten simultáneamente la autoestima, por tal razón, estas personas son “adictas del amor” e incapaces de amar activamente por lo cual necesitan de una manera pasiva ser amados. Además tienen como característica ser dependientes y narcisíticos en cuanto a la elección del objeto se refiere. Sus relaciones objetales se encuentran motivadas por la identificación y tienden a cambiar de objeto con frecuencia ya que para ellos, ningún objeto es capaz de procurarles la satisfacción necesaria.

Las personas que tienen una reacción depresiva hacia los desengaños amorosos, son pacientes para quienes la experiencia amorosa significó no solamente una satisfacción sexual, sino también narcisística, es decir, pierden con su amor su existencia misma. Luego de cada pérdida, se ponen en la tarea de conseguir un sustituto, ya sea consiguiendo otra persona o refugiándose en la bebida o las drogas, entre otros.

Dado que las depresiones comienzan con una intensificación de las necesidades narcisísticas, es decir, con la sensación de “nadie me quiere”, es de esperarse que estas personas tengan la sensación de que todas las personas que los rodea los odian. Pero más allá de esta sensación, se evidencia el odio que la persona tiene hacia si mismo. El paciente depresivo evidentemente no puede quererse a si mismo como quiere a los objetos externos, es tan ambivalente consigo mismo como lo es con los objetos. Los dos componentes de la ambivalencia se manifiestan hacia el objeto con el amor y la necesidad de ser amado y se oculta el odio. En relación al propio yo, es el odio el que sobresale, mientras que la sobrestimación narcisista primaria del yo se oculta. Este odio a si mismo se enmascara con un sentimiento de culpa producida por la dura critica del superyó hacia el yo. (Fenichel, 1957).

La identificación narcisista dura mientras se experimenta el episodio melancólico; una vez pasado éste, no quedan huellas de ella esto hace parte del cambio en el funcionamiento psíquico de estos pacientes. Como lo describió Abraham, una vez pasado el acceso melancólico, el objeto puede salir de su escondite en el yo y volver a ocupar el lugar que le corresponde en el mundo exterior (Winokur, 1996). Las identificaciones regresivas son la base del “carácter” de una persona. Lo que es mucho más importante, es que dichas identificaciones regresivas surgen del sepultamiento del complejo de Edipo pasando estas a

ocupar una posición muy especial donde su función principal es la formación del núcleo del superyó (García, 1996)

La pérdida puede asumir una forma de separación, una decepción o una frustración, permanece inconsciente, y la reorientación exigida por la realidad provoca fuertes resistencias, puesto que la naturaleza narcisista de la relación trastornada no permite el desapego. De esta manera se produce una intensificada identificación con el objeto frustrador en el inconsciente (Freud, 1915).

La “regresión narcisista” hace referencia a que las relaciones de objeto son reemplazadas por relaciones dentro de la personalidad. Por tal razón, el paciente que regresa a una fase en la que aún no existían objetos, pierde sus relaciones objetales. La persona se da cuenta de esta situación por la penosa sensación de que el mundo y ellos mismos se encuentran “vacíos”. El yo comienza cuando se percata de los objetos, es decir, al instaurarse los objetos se instaura el yo. Así cuando la persona se encuentra en un estado psicótico revive los factores que caracterizaron el yo arcaico en su nacimiento por lo cual, los deprimidos, conducen su lucha por mantener la autoestima de una manera similar a como lo hacían cuando niños predominando la influencia de fijaciones orales. (Fenichel, 1957).

De esta manera se establece como un prerrequisito de una depresión psicótica, una grave herida derivada del narcisismo infantil por una combinación de desengaños de amor, la aparición del primer gran desengaño de amor antes de producirse el sojuzgamiento exitoso de los deseos edípicos; la repetición del desengaño primitivo, en un momento ulterior de la vida es lo que produce la enfermedad. No es solo el hecho de que a continuación de tales desengaños el niño exige, a lo largo de su vida, suministros

narcisíticos externos compensadores, con lo que perturba el desarrollo de su superyó. Paralelamente compensa las deficiencias de sus padres mediante el desarrollo de un superyó especialmente “omnipotente” es decir, estricto y rígido, que más tarde presenta necesidad de suministros narcisísticos externos para aventajar las insoportables exigencias del superyó cualitativamente diferente.

El hecho de que el sujeto melancólico no sepa lo que ha perdido en el objeto, y que trate de resolver los efectos de la pérdida mediante los efectos de la identificación narcisista, indicaría que, a través del objeto, él apunta a una imagen que, si sufre la menor modificación, puede provocar su propio derrumbe. El narcisismo supone que uno se toma a sí mismo como objeto, y por ello requiere el reconocimiento de los límites del cuerpo. La falla narcisista podría situarse en la constitución de esa imagen, en cuanto esta parece confundirse con un modelo ideal de una rigidez que queda fuera del alcance del sujeto. Nace así la necesidad del melancólico de hacer portador de esos rasgos ideales que no puede alcanzar a otro con el que pueda identificarse (Kaufmann, 1996).

La depresión, es una notable pérdida de la autoestima, ya sea total o parcial. Esta afirmación debe ser complementada diciendo que la persona trata de anular dicha pérdida, pero de hecho la agrava con una introyección patognomónica del objeto ambivalentemente amado. Dicha ambivalencia confiere un significado hostil a la introyección ya que el deseo de obligar al objeto a seguir en la unión termina en el castigo a causa de la violencia de este mismo deseo. Después de la introyección, la lucha por el perdón continua sobre una base narcisista, en forma tal que su superyó lucha ahora en equipo con el yo. De esta forma, los autorreproches que originalmente habían sido reproches contra el objeto; se ven influenciados por la introyección que es la base de la depresión y se convierte en lo opuesto

al mecanismo defensivo de la proyección, percibiéndose de esta manera las características malas de un objeto como propias. Esto es lo Freud denomino “la sombra del objeto ha caído sobre del yo”, ya que en virtud de la introyección, una parte del yo del paciente se ha convertido en el objeto (Rascovsky, 1966).

Después de la introyección, el sadismo se pone de parte del superyó y ataca al yo, que se encuentra modificado por la introyección, como anteriormente se había mencionado, es aquí donde aparece el sentimiento de culpa y la rabia desaparece. El funcionamiento que se presenta es que el superyó trata, inconscientemente, a la persona como se hubiera querido tratar al objeto. En la melancolía, pareciera que lo que más predomina en la personalidad ha sido trasladado del yo al superyó. La representación total de la personalidad del paciente se halla en su conciencia. El yo modificado por la introyección es simplemente el objeto de esta conciencia y se encuentra totalmente sometido por ella. Por otro lado, se encuentra un doble aspecto del superyó siendo este protector y punitivo. Durante la depresión, el primer aspecto del superyó ha sido abolido por la regresión. Sin embargo, este, no cesa en sus intentos de reconciliación. La interrupción de suministros narcisísticos ha perturbado todo el mecanismo psíquico. En el proceso de la depresión, al objeto al que se supone causante de esta perturbación es castigado y destruido por el objeto. En su intento de destruir el objeto malo, el superyó puede llegar al extremo de conseguir que el yo termine con su vida.

Una de las características de la fase de depresión son las exageradas auto acusaciones, que son reproches dirigidos contra el objeto de amor y odio internalizado. Es por esto que se presenta una pérdida de la autoestima y un intenso odio hacia si mismo. El ataque depresivo es un desesperado pedido de amor, causado por la pérdida de la seguridad

material o afectiva, un proceso de auto castigo, para reconciliarse con la imagen del gratificante pecho materno y recuperarla. El depresivo describe su yo como indigno de toda estimación, incapaz de rendimiento valioso y moralmente condenable. Se humilla ante los demás y los compadece por hallarse ligados a una persona tan despreciable. No acepta la idea de que en él haya existido algún cambio, por el contrario cree que nunca ha sido mejor, siempre ha sido la misma persona despreciable. A parte de esta decadencia principalmente moral, el depresivo presenta insomnios, rechazo a alimentarse y un sojuzgamiento, muy similar desde el punto de vista psicológico al del instinto, que fuerza a todo lo animado a mantenerse en vida. (Freud, 1915)

Aunque en algunos casos se presenta la depresión sin que esté precedida por una pérdida, en algunos casos la depresión puede ocurrir cuando se obtiene una ganancia, como por ejemplo, el asenso en el empleo o alguna mejora en algún aspecto de la vida. En este caso el paciente experimenta esto como una pérdida, sin importar el modo en que la vea el mundo exterior. De tal manera, un asenso puede sacar al paciente de una relación de dependencia con sus compañeros y con su jefe, obligándolo a actuar de manera autosuficiente, algo imposible para él (Fromm-Reichmann, 1981).

Según Rado citado por Fromm-Reichmann (1981) la persona deprimida quiere obligar a su objeto a que la ame. Utilizando las lamentaciones y los lloriqueos para obtener la gratificación que necesita. El furor coactivo del paciente hambriento de afecto tiene rasgos orales de morder y devorar. Quiere conseguir la atención demostrándole a la otra persona cuan desdichado lo esta haciendo, hasta que punto lo necesita, y que tan culpable o responsable es, si deja de satisfacer sus necesidades. Pero las exigencias no son directamente verbalizadas, sino se experimenta como depresión.

Cuando los sentimientos de depresión y vacío son agudos, el paciente puede seguir uno de tres caminos, permanecer deprimido, suicidarse, o regresar todavía más, hacia un estado esquizofrénico. Detrás de algunos intentos de suicidio se esconde una marcada forma de llamar la atención. Freud consideró a la melancolía como la neurosis narcisista por excelencia y a la manía como la otra cara de una misma moneda. Las dos son consideradas actitudes defensivas básicas para encarar un conflicto, sometiendo o rehuyéndolo.

Por su parte la manía tiene como base los mismos contenidos que la melancolía y es, en realidad, una vía de escape de ese estado. Se diría que en la manía el yo busca refugio no sólo de la melancolía sino también de una situación paranoica que no puede dominar.

Inicialmente se estableció el estudio psicoanalítico de la manía en cuanto estaba asociada con el cuadro maniaco-depresivo. Posteriormente se configuró una reacción tendiente al estudio de la variante que implica la reacción maniaca en sí, buscando no solo entonces las relaciones que se establecen en el cuadro circular sino también los que existen entre manía y epilepsia, manía y esquizofrenia, manía y paranoia, etc, así como su parentesco con ciertos estados habituales como el chiste la risa, el entusiasmo, el optimismo, el triunfo, el dormir.

En las psicosis el conflicto que se presenta es entre el yo y el mundo exterior, de acuerdo con lo citado por Freud en su obra “Neurosis y Psicosis” (1923), el efecto patógeno depende de que el yo permanezca fiel en este conflicto a su dependencia del mundo exterior e intente amordazar al ello, o que, por el contrario, se deje dominar por el ello y arrancar así la realidad. Pero en esta situación, aparentemente sencilla, se encuentra la existencia del superyó, que reúne influencias tanto del ello como del mundo exterior, constituyendo en

cierto modo, un modesto ideal hacia el que tienden todas las aspiraciones del yo: la conciliación de sus múltiples dependencias.

Tanto la manía como la melancolía luchan contra el mismo complejo, en el cual es posible que el yo haya muerto en la melancolía, mientras que en la manía lo domina o hace a un lado. En la melancolía, el conflicto entre el yo y el objeto sigue estando ahí pero interiorizado. Lo que se expresa como un enfrentamiento entre una parte del yo, identificada con la instancia crítica, que se contrapone a la otra parte de sí mismo identificada con el objeto perdido. Esta identificación narcisista, que presupone tanto una identificación con la instancia crítica como con el objeto perdido, se delata con los autorreproches. El yo ha ocupado, simultáneamente, el lugar del objeto desvalorizado, la sombra de éste ha caído sobre el yo; y también el lugar del ideal, identificado con la misma instancia crítica (Winokur, 1996).

Por otra parte, en la manía el yo resplandece con la luz que le arroja el ideal, y desmiente al mismo tiempo, observándose el triunfo maníaco a pesar de la pérdida del objeto, se desmiente además la parte de sí mismo identificada con éste, la diferenciación entre el yo y el ideal del yo, y consecuentemente, el conflicto entre ambos (Winokur, 1996)

Con referencia al superyó, es importante tener claro que mientras en la melancolía el yo, recubierto por la sombra del objeto perdido, queda sometido a las críticas implacables del superyó, en la manía el yo parece estar reconciliado con el superyó, al punto de que ninguna crítica puede ya alcanzarlo, ni ningún freno detener sus impulsos incesantemente móviles y renovables (Kaufmann, 1996).

Para Freud citado por Fromm-Reichmann (1981), los cambios de humor de las personas normales y neuróticas son ocasionados por las tensiones entre el yo y el ideal del

yo. Estos cambios son excesivos en los pacientes maníaco-depresivos debido a que luego de que el objeto frustrador o perdido ha sido reestablecido en el yo mediante la identificación, es atormentado por la fuerte severidad del ideal del yo, contra el cual, a su vez, se revela el yo. Con relación a la manía, cuando algo en el yo coincide con el ideal del yo, siempre se crea una sensación de triunfo, al contrario lo que sucede en la melancolía es una tensión entre el yo y el ideal del yo, lo que explicaría los sentimientos de culpa y el sentimiento de inferioridad.

De acuerdo con Abraham (1959) la fijación a la que regresa periódicamente el maniaco-depresivo es al final de la segunda fase oral (oral sádica), la del morder, y al final de la primera fase anal, la del expulsar. Como consecuencia de la fijación se presentan rasgos como la impaciencia, la envidia, la tendencia a explotar a los demás, la posesión dominante y el optimismo o pesimismo exagerado y su intensa ambivalencia. Abraham concluyó que “tanto en las fases maníacas como en las depresivas dominan los mismos complejos; en estas ultimas ellos vencen, y en las primeras se les ignoran y niega”. (p.155). Para Dooley citado por Fromm-Reichmann, “los pacientes con episodios maníacos y depresivos se deben a profundas regresiones a nivel sadomasoquista. Los deseos autoeróticos eran satisfechos por quejas hipocondríacas”. (p.156).

De acuerdo con Klein citada por Segal (1993) la temprana debilidad del yo puede ser la causa de la desintegración psicótica. Según Klein en los primeros meses de vida se encuentran los puntos susceptibles de generar fijación, a los que regresa el individuo psicótico. Klein llama a estos períodos susceptibles de fijación, posiciones: “esquizo-paranoide” y “depresiva”. La posición esquizo-paranoide se define como una condición donde se presenta una defensa automática contra el dolor o lo desagradable. En la primera

fase cuando el comportamiento del niño se centra en torno de la zona oral, y el ingerir y el escupir son sus principales actividades de preservación de vida, el individuo aprende a diferencias entre lo placentero y lo displacentero. El objeto placentero es automáticamente incorporado y el desagradable, escupido o eliminado. El yo no acepta nada malo dentro de sí.

Por otra parte se encuentra la posición depresiva que se adquiere aproximadamente en la época del destete, hacia el primer semestre de vida, se percibe por primera vez a la madre como una persona ajena al yo, sea en el momento de gratificar o privar, “buena o mala”. La madre buena deja en el niño sentimientos de que él mismo es bueno. La madre mala hace al niño resentido, encolerizado, malo. El maníaco-depresivo tiene una incapacidad de integrar los primeros objetos en totalidades, conservando el concepto de una madre mala y buena distinta. (Segal, 1993).

Es importante para el desarrollo de cualquier individuo la incorporación de la madre, en los maniaco-depresivos se presenta una incapacidad de integrar los primeros objetos parciales en totalidades, conservándose el concepto de una madre mala y una madre buena distintas. El maníaco-depresivo no ha aceptado como fatal a la madre mala, oscila entre fases en las que lucha contra la madre mala y fases en las que se siente unido a la madre buena. En la fase maníaca, su relación con la realidad es más débil; muestra falta de respeto hacia otras personas, y todas las consideraciones fundadas en la realidad son descartadas en homenaje a la manipulación mágica destinada a convertir a la madre mala en una buena madre. Es por esto, que el maníaco-depresivo es por lo general un “buen manipulador”, un “vencedor”, una “personalidad negociante”. En la fase depresiva se sacrifica para ganar una buena madre o para transformar a la madre mala en una buena. Para

conseguir esto, se califica de malo y sufre para expiar sus pecados. Pero en cierto sentido estos sentimientos de culpa son artificiales o de conveniencia, utilizados para la manipulación destinada a transformar a la madre mala en una buena. El depresivo no se enfrenta con sentimientos de culpa realistas. Usa, en cambio, sus autoacusaciones, que con frecuencia parecen hipócritas, para convencer a la madre o a un sustituto de ella, de la urgencia de su necesidad de ser amado. (Fromm-Reichmann, 1981)

Es en este conflicto interno donde ve Klein el surgimiento de los primeros sentimientos de culpa como predecesores de lo que luego será la conciencia moral o el superyó. Es evidente que en el trastorno afectivo bipolar presenta fijaciones en estas etapas de la niñez que son determinantes para el desarrollo del trastorno.

Como consecuencia de estas fijaciones la persona se siente impotente, indefenso y cuando intenta defenderse considera a su defensa ineficaz, busca constantemente una persona de significación para quien él pueda ser importante, cuando cree haberla encontrado se aferra a ella; es por esto que sus relaciones se caracterizan por una excesiva dependencia, como la que se ve frecuentemente entre el paciente y el terapeuta. Pero también puede surgir en el paciente sentimientos hostiles como resultado de la frustración de sus necesidades de manipular y de explotar. Se debe destacar que los sentimientos de dependencia están en su mayor parte fuera de la conciencia en los estados de bienestar, y también en la fase maníaca; en realidad, estas personas con frecuencia se enorgullecen de ser independientes.

Pero esta actitud, oculta por establecer rápidas relaciones, no esta acompañada por un interés real por la otra persona. De acuerdo con Fromm-Reichmann (1981) parece ser el modo como el maniaco-depresivo actúa y se tranquiliza en la lucha contra su inseguridad y

su sensación de rechazo. Las actitudes de dependencia hacia el objeto son altamente ambivalentes. Se exige la gratificación, pero no se le acepta ni experimenta como tal, y el paciente cree que debe obtener forzosamente de la otra persona la atención, el cuidado y el afecto. La envidia y la competitividad del ciclotímico se ocultan a su conciencia, y toman la forma de sentimientos de inferioridad y gran necesidad. Esa persona se imagina alcanzando el éxito, la satisfacción o la gloria a través del éxito de otro, y no por los propios esfuerzos.

Es importante tener presente que las reacciones maníacas y melancólicas tienen una base psicológica común. Las diferencias se expresan en que el melancólico no renuncia a las satisfacciones libidinosas; está expiando sus culpas, más a la espera de poder volver a gozar. En cambio, el maníaco ha renunciado más definitivamente a sus objetos libidinosos, lo que encubre con aparentes satisfacciones vitales, que en realidad, son acatamientos a las órdenes de su superyó unido al ideal del yo.

La liberación del maníaco es solo aparente; su yo no se libera del superyó, sino que se somete más a él. El triunfo maníaco es sobre los objetos buenos, vitales, en su subyugación a los objetos malos, tanáticos. El maníaco aparentando bienestar para contar con el apoyo del yo, en su sometimiento superyoico consigue triunfar sobre el bienestar y someterse al dolor. La sensación de bienestar que despierta un maníaco es la de quien está sometido a su superyó destructor y se siente feliz por ello. El maníaco siente un bienestar masoquista.

La carencia de culpa del maníaco, en contraste con la gran culpabilidad del melancólico, se debe a que el maníaco está sometido a su superyó y acepta sus dictados y, en cambio, el melancólico, intenta liberarse, aunque sea a través del sufrimiento y la

penitencia. Al revés de lo que ocurre en el melancólico, en el maníaco hay coincidencia entre el superyo y el yo, pero porque el yo se ha entregado al superyo.

Todo maníaco, bajo una apariencia de alegre satisfacción instintiva, que tiene como finalidad engañar al yo, se alegra inconscientemente de someterse a un superyo restrictivo y destructor. Si bien lo manifiesto del maníaco parece placentero, vital, su situación psíquica latente es de masoquismo tanático; lo aparentemente placentero tiene como finalidad primordial oculta alcanzar lo tanático.

El sentimiento de culpabilidad o inferioridad puede ser considerado como la expresión de un estado de tensión entre el yo y el ideal del yo. El yo se siente exaltado, se vuelve orgulloso de su renuncia instintiva, lo que considera una realización valiosa. Cuando el yo ha realizado ante el superyo el sacrificio de una renuncia instintiva, espera como recompensa ser más querido. La conciencia de haber merecido este amor de su superyo es percibida con orgullo. El sentirse el yo exaltado y con orgullo son características de los comportamientos maníacos. (Rascovsky, 1966).

La finalidad implícita de todo acto maníaco proviene de autodestruirse y de conseguirlo a través de un engaño que aparentemente deja a salvo las tendencias conscientes placenteras vitales del yo. El yo del maníaco se enorgullece tontamente de haber encontrado una fórmula de comportamiento que satisface realmente su instinto de muerte, haciéndole creer que defiende las realizaciones de su instinto de vida. Otra de las fuentes de dicho incremento de la autoestima, es decir, del narcisismo del maníaco, se halla en el sometimiento a su superyo: el maníaco está orgulloso de ser un individuo sumiso, aunque aparenta no serlo. Por el contrario en la melancolía el yo se somete al superyo y

sufre, pero queriéndose librar de su superyo, para volver a ser libre y gozar vitalmente, aunque en apariencia exhiba gozo vital (Rascovsky, 1966).

De acuerdo con Brainsky (2000) “la fase maníaca de la psicosis maníaco-depresiva esta estructurada dinámicamente para defender al yo de la depresión. De esta manera, por ejemplo, la fuga de ideas, que se describe como un pensamiento sin objetivo, si tiene una meta que es acelerar violentamente el pensamiento dirigido hacia la alegría existencial, para evitar que se cuele cualquier idea intrusa que lleve en si el peligro de la depresión”. (p.156). El hecho de que la fuga de los objetos, como la fuga de las ideas, dependa de un comportamiento defensivo primario que consiste en mantener a distancia los afectos y, con ellos, el retorno eventual del trauma originario, concordara bien con el comportamiento defensivo melancólico, como los son el negativismo, que consiste en desmentir que la realidad pueda importar en nada al sujeto (Kaufmann, 1996).

Es necesario conocer las similitudes y diferencias de tres conceptos de gran importancia en el estudio de la manía, son estos, la posición maníaca, el estado maníaco y la enfermedad maníaca, ya que en repetidas ocasiones estos conceptos tienden a ser confundidos y a utilizarse de manera errónea. Por posición se entiende una fase normal del desarrollo, con sus objetos, ansiedades y mecanismos propios. Estado se utiliza para definir situaciones en las cuales son usados transitoriamente aquellos mecanismos propios de la posición maníaca, dentro de límites que pueden ser considerados como normales. Por enfermedad, entendemos aquella condición en que se ha producido una regresión persistente del psiquismo a determinado nivel evolutivo (Rascovsky, 1966).

Abraham señala que la manía sobreviene cuando la represión ya no es capaz de resistir el asalto de los instintos reprimidos, volviendo a establecerse el estado de la primera

infancia, fase en la cual los impulsos no habían sucumbido aún a la represión. Relaciona la fuga de ideas y la logorrea del maníaco con los mecanismos de incorporación canibalística y eliminación anal, pero con una gran aceleración del ritmo; la ingestión y la expulsión se suceden a gran velocidad. Señala que los enfermos maníaco-depresivos se parecen, en los momentos de mejoría, a los neuróticos obsesivos. La preocupación del neurótico obsesivo por conservar sus objetos contrasta con la despreocupación del maníaco en su trato con éstos.

Respecto a lo anterior, Lewin aclara que la ingestión oral del mundo y la rápida eliminación de sus ingredientes desagradables (heces) caracterizan la primera fase del desarrollo del yo, que Freud describió como “yo placentero”. Reconoce en la manía: 1) un punto de fijación en la etapa de succión; 2) una repetición en forma simbólica de la triada comer, ser comido y dormirse 3) la repetición, en el éxtasis y en el estupor, de la inmensa felicidad del amamantamiento; 4) las negaciones defensivas contra un estado experimentado como destructivo y mortal.

Lewin luego de haber realizado numerosos estudios encuentra que el dormir es una de las expresiones regresivas maníacas. Para Freud el dormir era considerado como un estado en el cual el individuo se sume temporalmente en el estado en el que se hallaba antes de nacer, en la época intrauterina (Rascovsky, 1966).

Teniendo claro que una de las principales características de la depresión es la baja autoestima, todos los fenómenos maníacos tienen como centro un enorme incremento de la autoestima. En otras palabras, aquello que la depresión se esforzaba por conseguir, parece haber sido logrado en la manía, es como todo material de suministro imaginable se hubiera

puesto a disposición del paciente, en forma tal, que recobrada, en mayor o menor grado, la omnipotencia narcicistica primaria, el paciente siente su vida increíblemente intensificada.

Para Freud citado por Kaufmann (1996) la manía podría denominarse “una figura de triunfo del yo” (p.301). Se presenta como un estado de exaltación del enfermo, que aparentemente lo lleva a interesarse por todo lo que hay a su alrededor (individuos o cosas) aunque sin poder detenerse en nada en particular. En otras palabras parece interesarse por todo, pero no se interesa por nada. La persona maníaca no mantiene una verdadera relación con el objeto, sino una especie de hambre de contactos, ninguno de los cuales se destaca entre los otros.

Como ya se ha dicho, existe un conflicto con el ideal del yo. Para Freud es el superyó el que tiene la función de velar para que el yo no se aparte demasiado de su modelo ideal. Lo anterior permitiría comprender las inversiones del humor, según sea que el superyó ejerce una severidad más o menos grande con respecto al yo, o que el ideal del yo le devuelva al yo una imagen mas o menos accesible. En los dos casos que justifica la manía; el de la reconciliación del yo con el superyó, y el de la coincidencia del yo con su instancia ideal (superyó e ideal del yo no fueron siempre explícitamente distinguidos por Freud), se produce para el sujeto una liberación de la energía antes invertida en el intenso conflicto entre las dos instancias psíquicas (Kaufmann, 1996).

Freud postuló que en el estado maniaco, desaparece la diferencia entre el yo y el superyo. Mientras que en la melancolía el yo es impotente y el superyo es omnipotente, durante la manía el yo vuelve a gozar de su omnipotencia, ya sea imponiéndose sobre el superyo o bien por estar unido al superyo y participar de su poder. En cuanto a la ambivalencia, que además caracteriza a un paciente bipolar, en la manía, a diferencia de la

depresión, hay un extremado amor hacia si mismo. Este cambio se debe a que la manía tiene un modelo normal en el sentimiento de “triumfo”.

La manera exagerada que caracteriza a todas las expresiones maniacas no a la impresión de una autentica liberación. Los análisis de la manía demuestran que los pacientes no han superado sus temores frente al superyo. Inconscientemente, estos continúan vivos, y el paciente sufre en la manía, bajo la acción de los mismos complejos que le han producido el sufrimiento en el estado depresivo. Lo que sucede, es que en la manía se logra aplicar con éxito, los mecanismos de defensa de la negación y la sobrecompensación. En otras palabras, la manía no es una autentica liberación de la depresión, sino un intento torpe de negar la dependencia.

Lo que en realidad ocurre en la manía es un derrumbe de la organización del yo, esto como consecuencia de la descarga descontrolada de los impulsos instintivos. La persona vuelve a ser narcisista, actualizando la omnipotencia del narcisismo primario, convirtiéndose no sólo en una persona que carece de sentimientos de culpa, sino en un lactante que, habiendo obtenido su alimento, pierde por ello la noción de los objetos.

El ataque maníaco es similar al depresivo en cuanto sucede a un incidente precipitante que significa una pérdida de amor. A menudo ocurre que se presenta una pasajera depresión antes de la aparición de la conducta maníaca. Es bien sabido que los pacientes maníacos se refieren a sentimientos depresivos durante su fase maníaca. La aparición de la fase maníaca puede variar: puede anteponerse a la depresión, en cuyo caso se le puede entender como una defensa que eventualmente no ha logrado defender al paciente de su depresión, o también puede aparecer luego del ataque depresivo, oportunidad en la que representa una evasión del estado intolerable depresivo. Es importante plantear

que el estado depresivo entraña una personalidad más intolerable que el maníaco, debido a que el paciente se ve amenazado por la pérdida de la identidad de su yo. (Abraham, 1959).

El paciente maníaco tiene una actitud exigente, tiene una tendencia a tomar lo que necesita por la fuerza, si es necesario, y a apelar a la agresión directa. Para Brainsky (2000), “la manía es una especie de defensa contra la depresión y, a su vez, tanto la manía como la depresión aparecen como estructuras defensivas destinadas a impedir las emociones más profundas de alegrías o tristeza verdaderas”. (p.95).

Para Dooley citada por Fromm-Reichmann (1981), el ataque maníaco es una defensa contra el reconocimiento del fracaso. “Los pacientes que exhiben frecuentes ataques maníacos pertenecerán probablemente a ese tipo de personas tercas, suficientes, sabelotodo, que trataran de aventajar al analista... el analista es realmente solo un accesorio de un yo grandemente inflado”. (p.156)

El paciente maniaco utiliza primordialmente el mecanismo de renegación que es una defensa que intenta retrotraer al individuo a condiciones de mantenimiento pudiendo prescindir de los factores hostiles de la realidad externa. Si el individuo durante el curso del desarrollo ha de pasar a integrar y a diferenciar objetos internos y objetos externos, se considera que este proceso está perturbado en el maniaco, intensificándose las ansiedades confusionales (Rascovsky, 1966).

Durante el proceso evolutivo, el yo va integrando la experiencia de la realidad mediante el constante juego de proyecciones e introyecciones. Es aquí donde la renegación, perturba dicho juego evolutivo a costa de la realidad externa y mantiene al maniaco dentro de una incapacidad para diferenciar suficientemente entre mundo interno y mundo externo, entre fantasía y realidad, entre yo y no yo. Dentro de la clínica, este fenómeno se puede

observar como un predominio de la identificación proyectiva que provoca que el objeto externo sea tratado como el objeto interno sin que la reintroyección identificatoria del objeto sea suficiente para modificar el objeto interno primitivo a expensas de las características del objeto externo real, es decir, tiende a tratar a los objetos como a imágenes y a revestirlos como una carga instintiva suficiente. Como consecuencia a esta relación bidimensional de objeto se constituye el pensamiento mágico que condicionan las leyes que rigen el proceso primario. La adquisición de las condiciones tetradimensionales del mundo externo real configuran el proceso lógico. La manía resulta de la renegación de aquellos aspectos disociados que implican las ansiedades, persecutorias no elaborables, es decir, quizás por su magnitud a su intensidad precoz, han obligado al yo a retraerse o a renegarlos, prosiguiendo su evaluación mediante las posibilidades objetales existentes. Es así como la relación de objetos se establece predominantemente con las partes idealizadas del objeto interno y con su proyección sobre los objetos externos que son investidos con esta cualidad, mientras que concomitantemente se reniegan sus condiciones adversas. El nivel de mantenimiento de las relaciones de objetos internos, es un nivel primitivo dentro del proceso primario o muy cercano a él y este a la vez limita las interferencias del proceso que pudieron haber impedido la persistencia de la omnipotencia y de la idealización. Esta persistencia, se da gracia al mecanismo de la renegación de todo lo que lo antagonice. La omnipotencia se ve a si mismo ampliada por la proyección aparente sobre el mundo de los objetos reales que solo son considerados en la medida que se pueden manejar como los objetos internos, dado que lo que se opone a este, está rengado. El carácter de dicha renegación es transitorio de mayor o menor duración ya que en definitiva el sujeto debe enfrentar hasta cierto punto la realidad del mundo exterior. En el proceso circular se hace

inevitable el enfrentamiento de esa realidad del mundo exterior y también sobreviene en forma acumulada y abrumadora que provoca una inundación desde el superyo que condiciona el estado melancólico, esto como consecuencia a la falta de mecanismos de elaboración persecutoria previa. Aunque resulte contradictorio, realmente, el impedimento ocurre por la imposibilidad de enfrentar la situación paranoica (Rascovsky, 1966).

La regresión del yo, esta caracterizada principalmente por una dependencia extrema del impulso y de esta manera se va creando la sumisión de la condición maníaca. El yo reacciona como un doble ante la demanda que adquiere un carácter de perentoriedad a la que debe plegarse por falta de integraciones suficientes que le ayuden a oponerse, dichas integraciones de deben mantener renegadas. También es importante recordar que en la manía se incluye una falta de individuación de identidad y de delimitación, que depende del escaso desarrollo de la diferenciación entre el yo y el no yo y en función de la gran alteración de la identificación proyectiva.

En la manía se ha señalado una identificación con el yo ideal que se caracteriza por un sometimiento masoquista a un superyo muy primitivo. Se puede pensar, que tal identificación se lleva a expensas de la negación de un aspecto vinculado a la realización material del instinto sobre el objeto externo. Dentro de la negación, se incluye un poco del ello, del mundo externo y el yo.

Las defensas maniacas cumplen un papel importante y positivo dentro del desarrollo. Las defensas maniaca tienen como función proteger al yo de la desesperación total, es decir, sólo se puede superar el dolor mediante defensas maniacas, cuando el dolor y la amenaza dejan de ser tan fuertes, las defensas maniacas pueden ceder gradualmente su lugar a la reparación. Sin embargo, si las defensas son excesivamente fuertes, se crean

círculos viciosos que establecen puntos de fijación que interfieren con el desarrollo futuro. Los mecanismos que se incluyen dentro de la organización de las defensas maniacas durante la posición depresiva, son la escisión, idealización, identificación proyectiva, entre otros. A demás, las defensas maniacas son importantes en la medida en que están destinadas primordialmente a impedir que se experimente la realidad psíquica al igual que son parte de la manera como se puede combatir el propósito mismo del proceso psicoanalítico ya que este tiene como propósito que la persona experimente la realidad psíquica y consiga un “insight” de ella. Para poder negar la realidad psíquica, la omnipotencia y el control omnipotente del objeto se deben mantener vivos y fuertes (Segal, 1993).

En cuanto la relación maniaca que se establece con los objetos, esta se caracteriza por una triada de sentimientos: control, triunfo y desprecio. Estos sentimientos se relacionan plenamente con sentimientos depresivos de valorar el objeto y depender de él, estando presente el miedo a la pérdida y a la culpa y sirviendo de defensa contra ello.

En cuanto al control que se pretende hacia los objetos, se produce ya que es una manera de negar la propia dependencia hacia él, pero a la vez, es una manera de obligarlo a satisfacer una necesidad de dependencia, en razón de que un objeto considerado totalmente controlado, se piensa que es un objeto con el que se puede contar. El triunfo aparece en la medida en que la negación de sentimientos depresivos ligados a la valoración e importancia afectiva puesta en el objeto, forma un vínculo con la omnipotencia y presenta dos aspectos, por un lado el triunfo experimentado al derrotarlo, en especial cuando el ataque esta fuertemente determinado por la envidia y por otro lado el sentimiento de triunfo se incrementa como parte de las defensas maniacas ya que funciona como un elemento que

ayuda a mantener a raya los sentimientos depresivos tales como sentir nostalgia por el objeto, extrañarlo y echarlo de menos.

El elemento considerado como esencial en la condición maníaca está constituido por la negación de la realidad psíquica. Lewin, al concederle una importancia fundamental, ha sugerido la modificación del término español sustituyéndolo por el de renegación. Señala Lewin que la renegación merece una atención especial por su diferencia con los otros mecanismos de defensa, ya que no actúa directamente contra el instinto. Insiste en que la renegación rechaza al mundo externo y tiende a romper la relación intelectual o los ajustes emocionales del yo con su ambiente (Rascovsky, 1966).

Por otra parte Melani Klein considera que este mecanismo de negación se origina en aquella fase muy temprana en la que el yo aun no desarrollado se esfuerza por defenderse de la más abrumadora y profunda de las ansiedades, o sea de su temor a los perseguidores internalizados y al ello. Es decir, lo que se negó primeramente es la realidad psíquica y el yo puede seguir negando una gran parte de la realidad exterior.

En la posición maníaca se encuentran un conjunto de mecanismos básicos suficientes para la relación con el mundo interno inicial y que serán después complementados para la integración con la realidad exterior a partir de la posición esquizo-paranoide. Cuando un grado suficiente de esta integración se torna imposible o las demandas narcisistas del yo exigen el abandono de la realidad exterior, resurgen estas formas soterradas de adaptación primitiva al funcionalismo inicial.

En la posición maníaca, junto a la absorción intensa del yo para los contenidos instintivos, impera absolutamente la negación. En esa forma el yo ideal de la situación neonatal, indefenso ante la demanda instintiva, rige paralelamente a la ignorancia de la

realidad exterior actual. La negación constituye el mecanismo central de la posición maníaca, en el cual se apoyan todos los mecanismos coadyuvantes (Rascovsky, 1966).

Pero así como la negación representa un elemento esencial dentro de la manía, la omnipotencia también es primordial dentro del estudio de la manía. La omnipotencia es un estado, un sentimiento o una condición cuya esencia misma implica un tenerlo todo o poder conseguirlo si así se lo desea. La relación primitiva con el objeto interno es la que crea el sentimiento de omnipotencia. De tal modo el yo ideal “es omnipotente”. La omnipotencia sería el sentimiento de la capacidad del yo para satisfacer toda la demanda instintiva.

En la apreciación del concepto de omnipotencia es útil distinguir la omnipotencia real, solo posible en la etapa neonatal y en términos de una capacidad total del yo para la respuesta instintiva, y la pseudo omnipotencia, que resulta de la regresión y que intenta tratar al mundo real como arcaicamente se trato al mundo interno, omnipotencia característica de los estados maníacos.

La comunicación entre el objeto interno primitivo y su equivalente real externo conduce a la adaptación a las condiciones temporales que rigen el mundo externo real. En la condición maníaca se regresa a un tratamiento predominantemente visual de los objetos externos sin integrar cualidades perceptivas y efectoras más evolucionadas, necesarias para la apreciación tetradimensional del objeto externo real. Tempo maníaco y fuga de ideas son mecanismos asociados a la superficialidad de la carga y a la desconexión entre objeto interno y su equivalente externo real.

El mecanismo mágico es el que rige el proceso asociativo de la fantasía inconsciente. El hombre confunde el orden de sus ideas con el orden de la naturaleza y por

lo tanto imagina que el control que tienen o le parece tener sobre sus pensamientos le permite ejercer un control correspondiente sobre las cosas.

La magia es el mecanismo efectivo de la relación del yo neonatal con su mundo, que es el ello. La persistencia de este mecanismo aplicado a los objetos reales externos es ineficaz y constituye el proceso regresivo a que acude el sujeto en sus fracasos de adaptación a la realidad. Pero es necesario insistir sobre la indispensabilidad del mecanismo mágico para la existencia de la relación inicial entre el yo y el ello. El proceso secundario y la mayor parte del superyo, resultante de la introyección de los objetos externos, no existe aun en la situación fetal, por lo que toda la influencia irrevocable sobre el yo es ejercida por el ello. Según las teorías psicoanalíticas, la hiperactividad, el incremento de la autoestima, la sensación de omnipotencia y el estado alegre de ánimo de las reacciones maníacas serían debidas a que la coincidencia del yo con el ideal del yo produce siempre una sensación de triunfo. En la melancolía el complejo subyugaría al yo y en la manía quedaría sometido al yo (Rascovsky, 1966)

Ángel Garma a insistido en que el triunfo maníaco y dentro de él la hiperactividad, hiperautoestima, omnipotencia y alegría de los maníacos tienen como contenido fundamental el haber encontrado un tipo de comportamiento que permite al yo someterse masoquistamente al superyo, bajo la apariencia engañosa de una liberación de instintos vitales. En el triunfo maníaco está contenido un doble placer, el del sometimiento masoquista al superyo y el hallazgo de una formula que le permite conseguir lo anterior, sin que aparentemente se dé cuenta de ello la parte del yo que anhela bienestar.

Los temores superyoicos del paciente no han sido vencidos. Inconscientemente siguen actuando y, en su manía, el paciente sufre bajo los mismos complejos que en su

estado depresivo. Pero los vence mediante el mecanismo de la negación por sobrecompensación, la manía no es una liberación genuina de la depresión; es una negación acalambrada de sometimientos.

Por otra parte, el sometimiento del yo maníaco a su superyo está implícito en su escisión, negación, idealización e omnipotencia. La escisión es “estar partido por el eje”, la negación es de los objetos y la realidad buenos y la idealización deriva de la idealización de las imágenes superyoicas perseguidoras (Rascovsky, 1966).

Klein postula que la posición maníaca constituye el modo esencial para la elaboración de las ansiedades depresivas y para la evolución ulterior del lactante. Abandono luego en ulteriores trabajos el término de posición hablando de las defensas maníacas, entre las cuales distinguió: la omnipotencia, la negación, la idealización, la ambivalencia y el control de los objetos externos e internos. Dependería de la fortaleza del yo, de la severidad del superyo, de los puntos de fijación, de las frustraciones o situaciones traumáticas, el que un individuo adopte un estado o una enfermedad maníaca.

En una gran proporción de sus manifestaciones, nuestra cultura se maneja con mecanismos maníacos. Tienen generalmente un efecto reparador sobre el psiquismo, en tanto que la enfermedad resulta destructiva e instintivamente frustrante. Se adjudica el nombre de estados maníacos a este tipo de conducta considerando que en la vida normal es adoptada periódicamente en forma transitoria y fácilmente reversible.

En el enfermo maníaco, los objetos malos introyectados en su superyo le obligan a regresiones intensas y persistentes y a conducirse inadecuadamente en relación con el mundo externo, adoptando la enfermedad maníaca. Los síntomas de esta enfermedad, con los que están de acuerdo la mayor parte de los autores, serían: incremento de la autoestima,

hambre de objetos, fuga de ideas, triunfo maníaco, hiperactividad, megalomanía, intromisión, pseudoidentificación, denigración del objeto con escasa carga erótica depositada sobre el mismo. Los mecanismos de defensa utilizados son esencialmente: la regresión, la negación, la omnipotencia y una intensificación de la identificación proyectiva.

A pesar de las diferencias encontradas al abordar estos conceptos, también existen algunos puntos en común. Lo común entre el estado y la enfermedad sería la regresión del psiquismo a la posición maníaca, lo cual implica la utilización de los mismos mecanismos de defensas, en tanto que lo distinto entre ambos comportamientos es la duración, la reversibilidad, la condición reparadora en el estado y destructiva en la enfermedad (Rascovsky, 1966).

El sometimiento al superyo le prohíbe actuar con objetos externos reales adecuadamente, viéndose obligado a ejercer una fuga de comportamientos con los objetos en todas sus actuaciones. Los objetos externos son tratados superficial e inadecuadamente y no llevan a la gratificación anhelada.

Los mecanismos defensivos irían desenvolviéndose y complicándose en la medida que la realidad del cuerpo y del mundo toman relevancia; de esta manera adquieren nuevas formas detrás de las cuales se encuentra siempre la defensa maníaca, como ocurre en la racionalización, anulación o aislamiento del maníaco, se encuentra disfrazado de realidad, ya que debe plegarse en parte a esta, pero por lo mismo son defensas de un momento más evolucionado del desarrollo.

Los mecanismos defensivos serian entonces fantasías omnipotentes y mágicas que intenten proteger contra peligros internos y externos, reales o fantaseados, que amenazan el equilibrio narcisista.

León Grinberg señala que la negación no solo es un intento de rechazar una realidad displacentera sino también de crear una ultraplacentera, que correspondería a la unidad ilusoria del niño con su madre. Este intento ilusorio es la finalidad de toda defensa (Rascovsky, 1966).

La regresión al servicio del yo es una regresión instrumental, controlada, flexible y útil; termina generalmente con un incremento del instinto de vida: p. ej. Dormir. La regresión al servicio del superyo es estereotipada, compulsiva; termina con un incremento del instinto de muerte.

Algunos enfermos utilizan la proyección y tienen la sensación de que cada uno los ama y los admira; otros se sienten maltratados por el mundo entero y de la misma manera se permiten hacer con los demás lo que ellos desean, sin tener en cuenta lo que los demás piensan de ellos. Algunos llegan hasta a atacar en los otros lo que se reprochan a si mismos. La intervención del superyo aparece cuando el maníaco racionaliza e idealiza su conducta, que pone al servicio de fines elevados.

El mecanismo de negación se origina en aquellas fases muy tempranas en la que el yo aun no desarrollado se esfuerza por defenderse de la más abrumadora y profunda de las ansiedades, o sea su temor a los perseguidores internalizados y al ello.

En la manía la fuente del conflicto es la incapacidad y falta de voluntad del yo para renunciar a sus objetos buenos internos, tratando, sin embargo, de escapar a los peligros de subordinación por parte ellos y de los objetos malos. El maníaco, trata incesantemente de

dominar y controlar todos sus objetos, y la manifestación de este esfuerzo es su hiperactividad.

La utilización del sentimiento de omnipotencia con el propósito de controlar y dominar los objetos introyectados. Esto es necesario por dos razones: (1) con el fin de negar el miedo que se está sintiendo, (2) para que el mecanismo (adquirido en la posición depresiva anterior) de efectuar la reparación del objeto pueda llevarse a cabo. Al dominar sus objetos, el maníaco imagina que impedirá que lo dañen y que sean un peligro el uno para el otro. El menosprecio de la importancia del objeto y su desprecio por él es, una característica peculiar de la manía y permite al yo llevar a cabo una separación parcial que observamos se produce al mismo tiempo que su apetito por los objetos.

Los trastornos afectivos tienen la prevalencia más alta dentro de los trastornos mentales, y estos a su vez representan la primera causa de discapacidad en la población joven, de acuerdo con un estudio realizado por la OMS en el año 2003.

Si bien el Trastorno Bipolar no es la patología de mayor prevalencia, sí representa la entidad clínica más severa dentro de los trastornos afectivos. La presencia de síntomas maniacos durante el trastorno es la causa fundamental de hospitalización en estos pacientes. Considerando las consecuencias personales, familiares, laborales, y sociales que conlleva un tratamiento hospitalario, resulta relevante indagar acerca de los procesos terapéuticos llevados a cabo por las instituciones. En la presente investigación se pretende profundizar acerca de la comprensión de las intervenciones terapéuticas realizadas por algunas instituciones en pacientes con episodios maniacos. Si bien la pretensión no es evaluar la efectividad de dichas intervenciones, sí resulta fundamental esclarecer los cambios que

estas efectúan en el psiquismo de los pacientes. Para esto la investigación se fundamentara en el enfoque psicoanalítico escogido por su amplio estudio sobre las enfermedades mentales, específicamente en lo relacionado con la posibilidad de comprender el funcionamiento psíquico de personas como estas que cambian síntomas de manera drástica (depresión y manía). Se activan pues de forma alterna y masiva mecanismos de defensa que les ayuda a mitigar el sufrimiento que la enfermedad les genera.

Resulta relevante además conocer la concepción que tienen los pacientes maníacos acerca de las intervenciones que durante el transcurso de su enfermedad les han sido administradas y como estas quedan arraigadas en su psiquismo.

De acuerdo con la revisión teórica realizada, el problema de investigación que se planteó es el siguiente:

¿Cuáles son las características de la movilización de los mecanismos inconscientes durante las intervenciones terapéuticas realizadas a tres pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I en fase maníaca que asisten a la U.I.C Campo Abierto?

Objetivo General

Develar las características de la movilización de los mecanismos inconscientes durante las intervenciones terapéuticas realizadas a tres pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I en fase maníaca que asisten a la UIC Campo Abierto.

Objetivos específicos

1. Identificar la presencia de Fase Maníaca en tres pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I.
1. Conocer las características de relación objetal de tres pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I en fase maníaca durante las intervenciones terapéuticas recibidas en la U.I.C Campo Abierto.
2. Develar las características de movilización de las defensas maníacas de tres pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I en fase maníaca durante las intervenciones terapéuticas recibidas en su hospitalización en la U.I.C. Campo Abierto.
3. Conocer las características de los conflictos presentes entre el Yo y el mundo externo, y el Yo y el ideal del Yo, durante el manejo terapéutico que realiza el grupo interdisciplinario de la U.I.C. Campo Abierto a tres pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I en fase maníaca.

Método

Tipo de Investigación

El siguiente estudio es una investigación tipo cualitativa, la cual se caracteriza por descripciones detalladas de situaciones, personas, interacciones de las instituciones o interacciones familiares y comportamientos que son observables, en la cual él investigador tiene presencia y participación constante dentro de la institución, comunidad o grupo de personas que está investigando. Además incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como son expresadas por ellos mismos. La investigación cualitativa se considera como un proceso activo, sistemático y riguroso de indagación dirigida, en el cual se toman decisiones sobre lo investigable, en tanto se está en el campo objeto de estudio (Pérez, 1998)

El método que se utilizó es el estudio de caso el cual de acuerdo con León y Montero (2003) busca estudiar a fondo un único caso para que sirva de ilustración prototípico de un determinado problema que, de otro modo no podría ser estudiado tan en profundidad.

Participantes

Para la realización de la presente investigación se tomaron 3 pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar tipo I en fase maniaca, que se encuentren hospitalizados en la Clínica Campo Abierto, al igual que la participación de la Terapeuta Ocupacional, una Psiquiatra y la Psicóloga de la institución.

Estrategias

Una de las técnicas que se utilizó fue la observación participante, en la cual de acuerdo con Pérez (1998) el investigador se somete a las reglas formales del grupo social, participa en los distintos actos y manifestaciones de la vida, tiene acceso a sitios de reunión exclusivos del grupo. En esta observación el investigador hace parte de lo observado. Además se realizaron entrevistas enfocadas, en las cuales existe de manera predeterminada un tema o foco de interés, hacia el que se orienta la conversación y mediante el cual se selecciona a la persona objeto de la entrevista. En la presente investigación, es necesaria la participación de pacientes con episodios maníacos, la entrevista será orientada hacia la percepción que tienen los pacientes de las intervenciones terapéuticas. En la etnografía, la entrevista es un instrumento de interacción que opera como centro organizador del trabajo etnográfico, facilitando el contacto y conocimiento de los miembros de la comunidad. (Sierra, 2000).

Instrumentos

La información se registró en notas de campo, que de acuerdo con Pérez (1998) son una forma narrativo-descriptiva de relatar observaciones, reflexiones y acciones de un amplio espectro de situaciones, incluye impresiones e interpretaciones subjetivas que pueden utilizarse para una investigación posterior. El objetivo de las notas de campo es garantizar que no se pierda la información obtenida y que ésta se encuentre en todo momento accesible a nuevos análisis e interpretaciones.

Procedimiento

1. Fase de preparación: Se inicio con la realización del marco teórico, el cual sirve como un proceso dinámico y circular que permite al investigador ampliar la teoría de acuerdo a las necesidades que se presenten durante la interacción con el grupo objeto de estudio. A partir del marco teórico, se construyeron las categorías de análisis, que fueron contrastadas con lo encontrado mediante la observación participante, el discurso de cada uno de los pacientes que integran la investigación, el discurso del grupo interdisciplinario y la lectura de los protocolos de intervención de cada uno de las disciplinas. Enseguida se seleccionaron las técnicas a utilizar (Metodología).
2. Fase de Trabajo de Campo: Las investigadoras se presentaron en la U.I.C Campo Abierto e hicieron entrega de la carta de presentación enviada de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura (Ver Anexo A). También se dio a conocer y se entrego una copia del protocolo de trabajo a la institución. Se realizo la selección de los informantes a través de la lectura, con previa autorización por parte de los directivos de la institución, de las historias clínicas de los pacientes que se encuentran hospitalizados, las investigadoras identificaron qué pacientes podían hacer parte de su trabajo de grado. Para efectos de profundización del diagnostico encontrado en la historia clínica, se aplicó el módulo D de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI, módulo que explora el Episodio (hipo)maníaco (Ver Anexo B). Antes de iniciar las entrevistas con los profesionales y pacientes, cada uno de ellos diligencio el consentimiento informado utilizado

dentro del trabajo de grado y lo firmo estando de acuerdo con lo que éste contenía (Ver Anexo C).

3. Fase de análisis de la información: se realizó el procesamiento de la información obtenida. (Ver Anexos D en adelante), la elaboración de la discusión y resultados y finalmente se devolvió la información a la Institución Hospitalaria.

A continuación se presentarán las categorías de análisis:

Definición de categorías.

Tabla.1.

CATEGORIA		DEFINICIÓN
CONFLICTO ENTRE EL YO Y EL MUNDO EXTERIOR		En la manía, se borra la distancia entre el yo y el ideal del yo. El yo reniega de su realidad y cree que tiene el ideal del yo. De esta manera, cuando algo en el yo coincide con el ideal del yo, se presenta un choque entre la realidad y el este yo ideal.
FIJACION ORAL		La fijación a la que regresa periódicamente el maníaco depresivo es al final de la segunda fase oral (oral canibalística). Como consecuencia de esta fijación se presentan rasgos como la impaciencia, la envidia, la tendencia a explotar a los demás y la posesión dominante.
D E F E N S A S M A N Í A C A S	CONTROL	El control que pretende ejercer el maníaco hacia los objetos, se produce ya que es una manera de negar la propia dependencia hacia él, pero a la vez, es una manera de obligarlo a satisfacer una necesidad de dependencia, en razón de que un objeto considerado totalmente controlado, se piensa que es un objeto con el que se puede contar.
	TRIUNFO	El triunfo se incrementa como parte de las defensas maníacas ya que funciona como un elemento que ayuda a mantener a raya los sentimientos depresivos tales como sentir nostalgia por el objeto, extrañarlo y echarlo de menos.
	DESPRECIO	Despreciar al objeto es también negar directamente cuanto se lo valora y actúa como defensa contra la experiencia de pérdida y de culpa. Un objeto despreciable no se merece que uno sienta culpa por él, y el desprecio hacia semejante objeto se convierte en justificación para seguir atacando.

TENSION ENTRE EL YO Y EL IDEAL DEL YO	El sentimiento de culpabilidad o inferioridad puede ser considerado como la expresión de un estado de tensión entre el yo y el ideal del yo. El yo se siente exaltado, se vuelve orgulloso de su renuncia instintiva, lo que considera una realización valiosa. Cuando el yo ha realizado ante el superyo el sacrificio de una renuncia instintiva, espera como recompensa ser más querido. La conciencia de haber merecido este amor de su superyo es percibida con orgullo. El sentirse el yo exaltado y con orgullo son características de los comportamientos maníacos.
OMNIPOTENCIA	La omnipotencia es un estado, un sentimiento o una condición cuya esencia misma implica un tenerlo todo o poder conseguirlo si así se lo desea.
RENEGACIÓN	La renegación, mantiene al maniaco dentro de una incapacidad para diferenciar suficientemente entre mundo interno y mundo externo, entre fantasía y realidad, entre yo y no yo. La manía resulta de la renegación de aquellos aspectos disociados que implican ansiedades persecutorias no elaborables, que quizás por su magnitud y su intensidad precoz, han obligado al yo a retraerse o a renegarlos, prosiguiendo su evaluación mediante las posibilidades objetales existentes. Es así como la relación de objetos se establece predominantemente con las partes idealizadas del objeto interno y con su proyección sobre los objetos externos que son investidos con esta cualidad, mientras que concomitantemente se reniegan sus condiciones adversas. La renegación rechaza al mundo externo y tiende a romper la relación racional o los ajustes emocionales del yo con su ambiente.

NEGACIÓN	Lo que se negó primeramente es la realidad psíquica y en la manía el yo puede seguir negando una gran parte de la realidad exterior.
-----------------	--

Análisis de resultados

Discurso Profesionales

Tabla. 2.

CATEGORÍA		CÓDIGO
CONFLICTO ENTRE EL YO Y EL MUNDO EXTERIOR		Discurso Psiquiatra: 12 – 19 – 31
		Discurso Psicóloga: 6
		Discurso T. Ocupacional: 6 – 19
FIJACION ORAL		Discurso Psiquiatra: 22
		Discurso Psicóloga:
		Discurso T. Ocupacional : 20
D E F E N S A S M A N Í A C A S	CONTROL	Discurso Psiquiatra: 14
		Discurso Psicóloga: 5 – 9 – 16 – 17 – 19 – 20 – 25
		Discurso T.Ocupacional: 2 – 3 – 12 – 27 -39 – 45 – 48
	TRIUNFO	Discurso Psiquiatra:
		Discurso Psicóloga: 9 – 17 – 19
		Discurso T.Ocupacional: 13
	DESPRECIO	Discurso Psiquiatra: 40
		Discurso Psicóloga: 9 – 19
		Discurso T.Ocupacional: 20 – 51 – 55
TENSION ENTRE EL YO Y EL IDEAL DEL YO		Discurso Psiquiatra:
		Discurso Psicóloga: 6 – 7
		Discurso T.Ocupacional: 6 – 50 – 61
OMNIPOTENCIA		Discurso Psiquiatra:
		Discurso Psicóloga: 5
		Discurso T.Ocupacional: 23 – 60
RENEGACION		Discurso Psiquiatra: 26
		Discurso Psicóloga:
		Discurso T.Ocuapcional:
NEGACION		Discurso Psiquiatra: 19 – 20 – 32 – 33
		Discurso Psicóloga: 7 – 18
		Discurso T.Ocupacional: 60

Discurso Pacientes

Tabla.3.

CATEGORIA		CÓDIGO
CONFLICTO ENTRE EL YO Y EL MUNDO EXTERIOR		Discurso Clara: 13
		Discurso Miguel: 16 – 37 – 43
		Discurso Luís:
FIJACION ORAL		Discurso Clara:
		Discurso Miguel: 33
		Discurso Luís:
DEFENSAS MANÍACAS	CONTROL	Discurso Clara: 6 – 34
		Discurso Miguel: 2-34
		Discurso Luís: 11 – 13 – 14 – 28 – 31 – 37 -
	TRIUNFO	Discurso Clara: 27 – 34
		Discurso Miguel: 10 – 34 – 40
		Discurso Luís: 11 – 13 – 14 – 20 – 23 – 31 – 43
	DESPRECIO	Discurso Clara: 14 – 27
		Discurso Miguel: 10- 14 – 29 – 36 – 41
		Discurso Luís: 11 – 13 – 14 – 43
TENSION ENTRE EL YO Y EL IDEAL DEL YO		Discurso Clara: 10 – 25 – 26 – 31
		Discurso Miguel:
		Discurso Luís: 2 – 40 – 42
OMNIPOTENCIA		Discurso Clara: 4
		Discurso Miguel: 8 – 9 – 10 – 20 – 32 – 33 – 38 – 41
		Discurso Luís: 8 – 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – 18 – 21 – 23 – 25 – 35 – 37 – 43
RENEGACION		Discurso Clara: 18 – 27
		Discurso Miguel:
		Discurso Luís: 24 – 29 – 30 – 34 – 38 – 43
NEGACION		Discurso Clara: 33
		Discurso Miguel: 16 – 18 – 28 – 29 – 35 – 37
		Discurso Luís: 22

Observación de Pacientes

Tabla.4.

CATEGORIA		CÓDIGO
CONFLICTO ENTRE EL YO Y EL MUNDO EXTERIOR		T.O Miguel: 13
		Psicología Miguel:
		T.O Clara: 19
		Psicología Clara:
		T.O Luís: 7 – 11
		Psicología Luís:
FIJACION ORAL		T.O Miguel: 7
		Psicología Miguel: 3 – 4 – 6
		T.O Clara: 25
		Psicología Clara:
		T.O Luís: 3
		Psicología Luís:
D E F E N S A S M A N Í A C A S	CONTROL	T.O Miguel: 10 – 12
		Psicología Miguel: 2 – 5 – 7
		T.O Clara: 2 – 17 – 19 – 23 – 25
		Psicología Clara:
		T.O Luis: 2 – 4 - 8 – 10 – 13
		Psicología Luís: 3 – 4 – 9
	TRIUNFO	T.O Miguel:
		Psicología Miguel: 5 – 7
		T.O Clara: 2 – 12- 19
		Psicología Clara: 8
		T.O Luis: 3 – 9 – 13
		Psicología Luís:
	DESPRECIO	T.O Miguel: 5 – 14
		Psicología Miguel: 1 – 2 – 3 – 6 -7
		T.O Clara:2 – 4 – 7 – 13 – 14 – 17 – 19 – 25
		Psicología Clara: 20
		T.O Luís: 6 – 10 13
		Psicología Luís: 10
TENSION ENTRE EL YO Y EL IDEAL DEL YO		T.O Miguel:
		Psicología Miguel:
		T.O Clara:
		Psicología Clara: 13
		T.O Luís: 7 – 11
		Psicología Luís:

OMNIPOTENCIA	T.O Miguel:
	Psicología Miguel:
	T.O Clara: 12 – 15- 21 -26
	Psicología Clara: 10
	T.O Luís: 12
	Psicología Luís: 3 – 4
RENEGACION	T.O Miguel:
	Psicología Miguel:
	T.O Clara:
	Psicología Clara: 11
	T.O Luís:
	Psicología Luís:
NEGACION	T.O Miguel: 2
	Psicología Miguel: 1
	T.O Clara: 18
	Psicología Clara:
	T.O Luís: 7 – 11
	Psicología Luís: 10

A Continuación se presenta el análisis escrito de cada categoría:

Conflicto entre el yo y el mundo exterior

Como se puede ver en el discurso del psiquiatra, el paciente con episodio maniaco choca contra una realidad, la realidad de una enfermedad y la realidad de una Institución Psiquiátrica, los pacientes reniegan su realidad, es decir, no aceptan su enfermedad, ni tampoco que se encuentran reclusos en esta Institución debido a que presentan un trastorno mental.

El paciente con manía cree tener el ideal del yo, cuando algo en su entorno no coincide con este ideal, se presenta un choque con la realidad y se producen comportamientos como los descritos por la terapeuta ocupacional en donde el paciente empieza a juzgar la realidad y a tratar de negar lo que se observa, por ejemplo no acepta que alguien puede trabajar mejor que él, buscando todas las alternativas posibles para atacar esa realidad que no coincide con el ideal del yo.

Dentro de los protocolos de psiquiatría se trabaja por medio de antipsicóticos, cuando la crisis de manía se encuentra acompañada de alucinaciones, el medicamento se convierte en la manera de acercar al paciente a la realidad exterior. Por su parte psicología tiene como uno de sus objetivos iniciar un proceso de construcción de lo destruido en el mundo interno del paciente y en su entorno. Terapia ocupacional busca por medio de la utilización de actividades semiestructuradas favorecer y mantener el contacto con la realidad, la integración yoica y la canalización de los contenidos internos.

En el discurso de Luís se refleja el conflicto entre el yo y la realidad, en la siguiente frase “ esto si, estoy de vacaciones” Luís se encuentra hospitalizado en Campo Abierto, pero al ver que no se encuentra sano, al chocar con su enfermedad, prefiere ver su estadía en la UIC como un lugar donde va a pasar unas vacaciones.

Fijación Oral

Debido a las fijaciones a las que regresa el maníaco - depresivo a algunas etapas psicosexuales, se observa en ellos la tendencia a explotar a los demás y a poseerlos de una manera dominante, sus familiares y personas que se encuentran a su alrededor terminan actuando para él, se convierte en una persona cansona, que nadie lo quiere, que tiene una serie de comportamientos que demandan toda la atención de su entorno, como lo observa la psiquiatra entrevistada.

Es claro que para este tipo de pacientes, rasgos como la envidia y la impaciencia los caracterizan, siempre están criticando el trabajo y los logros de los demás, el objeto es lo peor, es por esto que no le importa abandonar las actividades, nuevamente asumiendo una posesión dominante frente a las situaciones a las que se ve expuesto como lo ha podido corroborar la Terapeuta Ocupacional de esta Institución en su experiencia con pacientes maníacos.

Durante la Terapia Ocupacional, Miguel al expresa “ Ya o todavía no” además, deja la hoja encima de la mesa, por lo cual la terapeuta le dice ¿Cuánto tiempo dijimos?. El responde de mal genio yo ya termine de leer, es que eso es diciendo y haciendo” por otra parte a Clara sus compañeros constantemente preguntan ¿Qué? ¿Cómo? A Clara esta situación le molesta dando como respuesta “ya dejen escuchar, están sordos?”. Lo anterior deja ver claramente los rasgos de impaciencia característicos en estos pacientes, debido a el control que quieren ejercer sobre los objetos y a su alto grado de omnipotencia estos pacientes no permiten que los demás tengan dudas o tarden en realizar las actividades.

Defensas maníaca

La relación que establece el paciente maníaco se caracteriza por una triada de sentimientos que son control, triunfo y desprecio. Desde la psicología el objetivo principal con él maníaco es que sienta que encuentra un lugar en donde se le puede dar acogida y un lugar que no se va a romper cuando el paciente comience a hablar de sus ansiedades, de sus temores, de sus emociones, de sus conflictos, sería de alguna manera darle el control de la situación, pero es importante tener presente que al dar este espacio al paciente, va a empezar a depender del objeto y a valorarlo, que en este caso sería el terapeuta, caracterizando lo anterior las relaciones que establece el paciente con episodio maníaco.

De acuerdo con la Terapeuta Ocupacional el paciente maníaco es muy manipulador, muy seductor, es por esto de vital importancia en el proceso de intervención evitar imposiciones, hay que exigirle respeto por el encuadre, colocar límites. El maníaco tiende a despreciar al objeto, como es el caso de Clara quien afirma “me gusta bailar la música romántica y soy muy enamoradiza, pero sola, sin hombres, yo no tengo marido y vivo feliz”. Su discurso sin embargo está enmarcado por la huella que han dejado los hombres en su vida, terminando una relación y dando inicio a la siguiente, el aparente desprecio hacia el sexo masculino, tiene encubierto un miedo a aceptar su dependencia hacia él.

Dentro de los protocolos de intervención se puede encontrar la manera de establecer relaciones con los diferentes pacientes. Para el maníaco en particular se debe tener en cuenta la tríada de sentimientos mediante la cual el paciente establece vínculos con el mundo exterior, para psiquiatría, la psicoterapia debe estar encaminada a brindar apoyo y protección durante el ataque y posteriormente a examinar sus patrones de relación y a ayudar al paciente a usar más efectivamente sus capacidades. Por otra parte Terapia

Ocupacional trabaja este mecanismo por medio de la potencialización de las habilidades básicas para establecer y mantener contactos con otros de manera funcional, para expresar y comunicar ideas, sentimientos y necesidades a otros participantes del grupo, para percibir y escuchar a otros y para participar y manejar procesos grupales como miembro activo.

Control

El paciente con manía pretende ejercer un control hacia los objetos, obligándolo de alguna manera a satisfacer una necesidad de dependencia. La psiquiatra de la UIC Campo Abierto afirma que algunos de estos paciente pueden quedarse en la institución, incluso se adaptan y hasta se amañan y le toca a uno prácticamente decirle no más para que se vaya del hospital.

La psicóloga sostiene que el paciente llega estableciendo relaciones a través de las defensas maníacas de control, triunfo y desprecio, lo cual no permite en un primer momento acceder al proceso psicoterapéutico. El paciente tiende a romper la intervención, genera mal entendidos con las cosas que se le pueden interpretar, si se hace algún señalamiento el paciente tiende a mal entender o a mal interpretar el señalamiento que se le hace, el encuadre no se mantiene sobretodo por el lugar y el tiempo, el paciente tiende a no conocer los límites e ignora las confrontaciones en este momento. De acuerdo con esta profesional, en un primer momento es muy difícil, el trabajo del terapeuta es muy fuerte acá en términos de tolerancia a la situación de frustración, porque “es un paciente que uno siente que lo invade masivamente” el paciente controla realmente todo su entorno, ya que un objeto totalmente controlado, se piensa que es un objeto con el que se puede contar, en este caso la psicóloga.

En Terapia Ocupacional se establecen límites claros dentro de la clínica que son las normas mínimas que él tiene que respetar. Pero como es un paciente maníaco, muy seguramente lo más factible es que rompa todos los límites de acuerdo con el discurso de la Terapeuta. Cita como ejemplo, cuando los pacientes refieren ¿Doctora será que puedo salir a darme una vuelta?”, y uno le responde “sí claro valla se da una vuelta pero no se demore mucho”, siendo esta una manera de que el paciente tenga el control de la situación pero no completamente, esta defensa es esencialmente característica del paciente maníaco.

En los protocolos de psiquiatría se trabaja el control, ya que en la medida en que el paciente mejore se podrá dar una relación terapéutica, en la que el medico asuma un papel de autoridad amistosa brindando apoyo y guía en el auto análisis del paciente favoreciendo el diagnostico personal y la prolongada adhesión al tratamiento. Dentro de las herramientas psicoterapéuticas grupales utilizadas desde psicología se encuentra la técnica de combate-huida, donde los participantes reúnen ya sea para luchar o huir de la situación grupal en un signo de solidaridad, buscando el control del espacio terapéutico. Por su parte Terapia Ocupacional postula que se debe proporcionar una información objetiva, acerca de la cualidad de los objetos para manejarlos, permitiendo una identificación de las propias habilidades facilitando a partir de esto una comprobación de la eficacia de su acción en el medio, lo anterior puede generar mayor control hacia los objetos, a partir del reconocimiento de sus habilidades.

Dentro del discurso de los pacientes el control hacia los objetos y hacia las situaciones generadoras de displacer es manifestado en frases como la expresada por Luís “ Yo llegue a Campo abierto porque yo quise venirme para acá, yo llegue bien y me dieron una pieza, me dijeron que me quedara y yo les dije listo y le conté mi historia a cada

psiquiatra” Clara por su parte dice “ Me volé, me volé de Sibate, me escape” Y Miguel en Terapia Ocupacional “ Quien dijo que para que yo pueda hablar debo pedir la palabra” luego expresa “ Muy bien doctora, como ya acabe de leer ahora cada uno opine haber si estaban atentos”

Triunfo

El triunfo se incrementa como parte de las defensas maníacas ya que funciona como un elemento que ayuda a mantener a raya los sentimientos depresivos, encontrado de esta manera, como lo afirma la Psicóloga de Campo Abierto, que debajo de esta crisis maníaca y de estos aparentemente síntomas maníacos, lo que el paciente esta presentando son otro tipo de emociones de las cuales no puede hablar o genuinamente no puede hablar. El paciente siente la necesidad de no dejar salir sentimientos de nostalgia por el objeto, no se le puede extrañar ni echar de menos, hay que dedicarse a triunfar sobre él.

En terapia ocupacional por ejemplo, afirma la Terapeuta “hay pacientes que se van y no vuelven”, es esta una manera de triunfar frente al terapeuta, demostrándole que puede romper las normas, saliendo y entrando cuando él lo decida. De acuerdo con el discurso de esta profesional las actividades de los pacientes se deben respetar nunca juzgárselas o intentar realizarlas por ellos ya que esto se convierte en una agresión, además a uno lo ven como una persona que no vale nada, ellos si.

De acuerdo con lo anterior, observamos como una de las participantes de la presente investigación, hace referencia a su huida de Sibate (Institución donde se encontraba hospitalizada), generando en ella una sensación de triunfo, porque rompió las normas a su gusto. Además, cree no necesitar a los hombres para el mantenimiento de su vida,

utilizando expresiones como “no tengo marido, no tengo a nadie, vivo sola y estoy feliz, dichosa” triunfando de esta manera sobre el genero masculino, dando a entender que no lo hecha de menos, ni mucho menos contemplando la posibilidad de extrañarlo. Recordemos que detrás de estos sentimientos de felicidad superficial, se esconden sentimientos depresivos.

Miguel también deja ver como escapándose logra triunfar ante su familia, que ahora no sabe donde está el, pero escondiendo detrás de su discurso la falta que le hacen y lo importante que seria para él que fueran en su búsqueda.

El paciente maníaco quiere mantener a raya los sentimientos depresivos tales como sentir nostalgia por el objeto, extrañarlo y echarlo de menos. Como lo expresa Luís en su discurso “A esa yo no le quise hacer hijos, yo lñe hacia el Grecorromano, ya cuando esta muy caliente se saca y se bota por fuera” “ la del 88, esa me la presento Cristian y pa’ Fontibon me la lleve y el solo polvito y hasta luego” de esta manera se refleja como Luís en sus relaciones de pareja busca obtener un placer momentáneo por medio de las relaciones sexuales, dejando de lado los sentimientos y estableciendo relaciones muy cortas que no den la oportunidad de extrañar al objeto.

Desprecio

De acuerdo con la entrevista realizada a la psiquiatra el paciente maníaco, puede llegar “a cuestionar el suministro de los medicamentos y piensa entre otras cosas que uno quiere acabar con su vida”, despreciando de esta manera al terapeuta y haciéndole saber que no necesita de sus servicios y que además le esta haciendo daño. Este desprecio hacia

el objeto se convierte en justificación para seguirlo atacando, es por estos que este tipo de pacientes pueden rechazar el suministro de medicamentos, entre otras cosas.

La psicóloga de acuerdo a su experiencia, considera que el paciente en estado maníaco ignora las confrontaciones en el momento de crisis, además, el paciente tiende a volverse intolerante con el espacio de terapia. Lo anterior puede ser una manera de atacar al terapeuta, de atacar la psicoterapia como tal, de despreciarla.

Por otra parte la Terapeuta Ocupacional considera que para el maníaco “el objeto siempre es lo peor por eso es que él abandona la actividad, no le importa nada y por lo mismo se agarra con todo el mundo”, no le interesa el objeto, por esto lo desprecia en cuanto quiere.

En el discurso de Miguel se observa claramente el desprecio por el objeto, expresiones como la siguiente “si yo dejaba en manos de otros mis fincas me robaban, además que son unos ineptos que no tienen inteligencia en cambio “Miguel el negociador” si” o refiriéndose a su esposa “ yo no le pego por que ella es inútil porque tiene artritis”. Cuando se refiere a sus hijos explica “ Ya saben donde estoy pero no se si se han comunicado con el enfermero, pero si no es así no hay problema, ni falta que me hacen, yo ya hice mi vida como quería, los tuve y los crié y ya”. Despreciar al objeto es también negar directamente cuanto se le valora y actúa como defensa contra la experiencia de perdida y culpa. Miguel cree ser el mejor y no necesitar de su núcleo familiar ni social para continuar con su vida, es por esto que los rechaza menospreciando sus cualidades.

Clara también muestra desprecio frente a sus parejas, dice no necesitarlas. Ya no cree en nadie, solamente en ella, al igual que Miguel parece que el objeto no vale nada, lo realmente valioso son solo ellos.

Dentro del discurso de Luís manifestado en la siguiente frase “llegue a tener hasta cinco novias a la vez, me tocaba atender una por una y en el mes siempre se quedaba una por fuera” en esta frase se puede ratificar el desprecio hacia el genero femenino, un objeto despreciable no merece que uno sienta culpa por él, lo cual se convierte en una justificación para seguir atacándolo, Luís no tiene una sola mujer, sino varias a la vez, desvalorando de esta manera al objeto. En Terapia Ocupacional Luís dice a uno de sus compañeros la siguiente frase “ Mijo llega como tarde, estamos haciendo esta carajadita, pero bueno servirá de algo para la sucursal, vaya que esa doctora le da el materia” encontrando una vez más como el paciente muestra un marcado desprecio hacia las mujeres.

Tensión entre el yo y el ideal del yo

Retomando el discurso de la terapeuta quien refiere: “de acuerdo a mi experiencia con este tipo de pacientes, en la manía desaparece el ideal del yo y el yo se iguala al yo ideal”.

Por su parte Luís expresa “a los cinco años mis padres se separaron, desde pequeño no he tenido amor”, mediante esta frase el paciente deja ver sentimientos depresivos a pesar de su manía, realizando con esto una renuncia instintiva, esperando como recompensa ser más querido. Además, durante su discurso manifiesta un sentimiento de culpabilidad o inferioridad que muestra la tensión presente entre el yo y el ideal del yo como lo plasman las siguientes frases “ Acá venimos a reorganizar las consecuencias que hemos dejado afuera” “El TAB lo puedo manejar yo con mi hogar y que me den amor, donde no hay amor somatan a uno”

Cuando el yo ha realizado ante el superyo el sacrificio de una renuncia instintiva, espera como recompensa ser más querido. Como se manifiesta en el discurso de Clara “vivo con mis hijos, yo sola, siempre sola, sola, sola, sola y aquí, todo por ellos y para que” esperando de esta manera ser recompensada por el sacrificio hecho por sus hijos”

Omnipotencia

La psicóloga considera que “en un primer momento nosotros le vamos a dar la posibilidad al paciente de que hable y de que hable de lo que él quiera además, dándole ese lugar sobre todo”. El paciente maníaco llega con sentimientos de omnipotencia, teniendo la idea de que puede conseguir todo lo que quiera y realmente lo consigue, en las diferentes terapias se le da la posibilidad de que haga lo que quiera. En las sesiones de grupo por ejemplo, de acuerdo con la profesional “la idea es que el grupo pueda contener a este paciente junto con los demás pacientes” para que de alguna manera el mundo exterior este a la disposición de sus necesidades, aumentando de esta forma sus sentimientos de omnipotencia.

En el discurso de Clara se puede ver la omnipotencia en expresiones como “me volé, me volé de Sibate”, siendo esta una manera de demostrar que puede conseguir lo que quiere, si así lo desea.

Miguel utiliza de manera masiva la omnipotencia dentro de su discurso “yo era muy alentado de la cabeza muy inteligente de memoria yo era el mejor en todo, ahora me volví desmemoriado pero sin embargo se muchas cosas de la vida, de negocios sobre todo”, “si ven yo como me acuerdo de todo”, “en las terapias he podido enseñar muchas cosas gracias a Dios, uno tiene que transmitir todos sus conocimientos”, “En esa tal psicoterapia hablan

todos cosas que no tiene sentido la verdad, deberían ser más interesantes por lo menos como yo que cuento cosas que valen la pena”. En su discurso el paciente muestra claramente sentimientos de superioridad con el objeto, de esta manera las terapeutas terminan siendo menos que él, el objeto pierde el valor y el paciente se siente omnipotente frente al otro. Todos deben aprender de sus conocimientos, él nunca va a necesitar del objeto.

La elevada autoestima de Luís se expresa claramente en su discurso en frases como “ Yo tuve muchas novias, me llovían las novias” o refiriéndose a su hijo “ el varón tiene 20 años, muy inteligente al igual que el papá” además, dentro de su discurso y al referirse a los lugares por los cuales ha pasado a lo largo de su vida, Luís cree haber estado en los mejores, la Monserrat que es la mejor Clínica, un reconocido instituto de validación, el mejor colegio, el Hospital San Ignacio de la Universidad Javeriana. Por otra parte Luís manifiesta “Yo no vuelvo a pisar un hospital jamás, ya con todo el conocimiento de 27 años, más la psicología mía en la Universidad Nacional, ya no necesito hospitalización, hay que enseñarle a los demás”. En esta frase Luís muestra como ha conseguido todo lo que ha deseado, lo cual hace que su vida se sienta increíblemente intensificada uniéndose con el superyo y participando de su poder.

Renegación

Es importante recordar que la manía resulta de la renegación de aquellos aspectos disociados que implican ansiedades persecutorias no elaboradas, que quizás por su magnitud y su intensidad precoz, han obligado al yo a retraerse o a renegarlos. Algunos pacientes en estado maníaco niegan una parte de su realidad, tan solo aquella que les hace

daño es por eso usual encontrara frases como estas en su discurso mis enfermedades no son mías, son aconsejadas” “ En Niza entre como alcohólico y Salí como con TAB” “Las crisis me dan por los medicamentos que me hacen tomar” “Desde la Monserrat las hospitalizaciones son como vacaciones”, además, Luís niega su enfermedad como algo que hace parte de él, es el mundo exterior el encargado de ponérsela a su lado, es por esto que su estancia en Campo Abierto son unas simples vacaciones y no un lugar al cual llego por una crisis de su enfermedad mental.

Clara niega la verdadera sexualidad de su hijo, es un hombre, pero ella lo considera una mujer, talvez el aceptar la homosexualidad de su hijo le causa un gran dolor. Refiere “Hay tengo una foto de él, porque es un niño, sino que de tanto mimarlo y de tanto fregarlo, se me volvió así. El no tuvo un papá al lado, pero el no tiene la culpa, para mi que soy la mamá, es Bertha, Bertha, Bertha para mi, así sea Barón”.

Negación

La psiquiatra comenta “el paciente llega a una institución de estas y dice “pero como así me trajeron a una clínica de locos yo no tengo porque estar acá, ustedes están equivocados yo no estoy enfermo, lo que pasa es que no me han entendido lo que a mi me pasa”, el maníaco niega su realidad. Es común encontrar en el discurso del paciente con crisis maníaca frases como la expresada por la psiquiatra.

Un ejemplo de lo anterior se encuentra en Clara quien afirma “ Yo estuve en Sibate, pero eso en Sibate es un infierno, que cosa tan horrible, no eso en Sibate es un revuelto de locos y locos y más locos. Horrible, porque todos locos menos uno, entonces uno que hace, salvarse”.

Por su parte Miguel refiere “Yo lo que necesito es un medico y ya, yo creo que me traen a esta clínica por ese sistema bipolar porque los síntomas que yo tengo es que me pongo agresivo con las personas, contesto mal y no es que conteste mal sino que las respuestas son pesadas para ellos, entonces piensan o dicen que yo estoy loco”, “ Al decir que yo estoy loco me venden más y yo de loco no tengo nada, que ellos no sepan hacer negocios es otra cosa, solo tengo un sistema bipolar que es una falla a la cabeza pero loco no, en ningún momento”. Este paciente niega su realidad, además, considera que los demás se están aprovechando de su condición. No se acepta el tener una enfermedad mental, “todos quieren hacerme parecer loco, pero no es así”, negándola para defenderse contra el dolor que implica el aceptar la enfermedad.

Para la psiquiatra uno de los objetivos con el paciente maníaco tiene que ver con el proceso que haga uno de conciencia de enfermedad, tiene que ver con que él o ella entiendan que esto es una enfermedad no simplemente una manera de comportarse o que los demás lo ven enfermo y uno realmente no lo esta. Buscando de esta manera que el paciente deje de negar su realidad exterior.

El maníaco esta negando constantemente por medio de expresiones de triunfo, control y desprecio por el objeto, se esta negando la necesidad de tenerlo, su dependencia hacia él y sus sentimientos depresivos que son los que finalmente busca ocultar el paciente en crisis de manía “yo no tengo nada, yo no cometo errores, yo todo lo hago perfecto”, “yo tengo muchas cosas para contar de todos mis éxitos y me siento importante”, como anota Miguel.

Desde psiquiatría se considera que son puntos importantes para trabajar durante la psicoterapia sentimientos asociados a la presencia y al tratamiento de la enfermedad, las

pérdidas personales, sociales y laborales que a menudo lleva implicado el temor a la recurrencia. Esta se convierte en una manera de permitir al paciente acercarse a la realidad, dejando de lado la negación de sentimientos que pueden poner en peligro su yo. En psicología por medio de la técnica de persuasión se trasmite al paciente la convicción de algo que el terapeuta ha entendido sobre él, poniendo en claro lo que piensa acerca de sus comportamientos.

Discusión

La historia del trastorno bipolar muestra que la precisión en su diagnóstico fue relativamente tardía con respecto al desarrollo nosológico, inicialmente existió dificultad para diferenciarlo de los estados psicóticos, pues, igual que la psicosis la manía presenta una gran variedad sintomática que genera importantes conductas disruptivas. Esta situación trascendió el contexto de la aproximación diagnóstica, y permeó el manejo terapéutico que se le ha dado a esta patología. El choque de estos pacientes con la realidad, encarnada por la institución, genera frecuentemente reacciones institucionales matizadas por conductas agresivas expresadas en múltiples aspectos represivos. Si la institución responde reactivamente a este tipo de pacientes, la intervención terapéutica toma un enfoque esencialmente sometedor, apoyado primordialmente por la prescripción de medicamentos. Por este camino se llega a priorizar el manejo farmacológico de la manía con base en antipsicóticos, así en el cuadro clínico no existan síntomas psicóticos, se aprovechan entonces los efectos secundarios de inhibición motora y de sedación como efectos “terapéuticos”. En esencia se ataca el síntoma, y todos los procesos institucionales están encaminados a tal fin.

Durante muchos años resultó escaso el aporte de la psicología al entendimiento y el manejo de este trastorno. Las mayores contribuciones de la psicología resultaban esencialmente en aportes teóricos que no trascendían al manejo clínico institucional.

La psicología dinámica estudió con mucha precisión los fenómenos inconscientes presentes en la manía. Como eje fundamental de las concepciones psicoanalíticas se establece el concepto de inconsciente dinámico, que determina la trascendencia de los

fenómenos inconscientes a la conducta manifiesta, en este caso a los síntomas maníacos. Se parte de la base que la presencia de conflictos inconscientes determina la patología, por tanto la consideración de estos mecanismos inconscientes resulta indispensable en la comprensión de este fenómeno patológico.

En términos terapéuticos el psicoanálisis limita sus intervenciones al contexto puramente psicoanalítico, sin embargo la psicología dinámica permite flexibilizar las estrategias terapéuticas en este tipo de pacientes, situación indispensable para un trabajo interdisciplinario.

La evolución en las instituciones de salud mental ha buscado un viraje en la aproximación a las patologías, resultando en general en una mayor tolerancia a los síntomas y una búsqueda rápida de la readaptación del paciente a su contexto social, la UIC Campo Abierto como institución de salud mental se encuentra inmersa dentro del contexto moderno de las unidades mentales, pues toma en cuenta todos los aspectos psicosociales del contexto.

Resulta indispensable considerar que la institución se constituye en un grupo que se integra por individuos que se descubren día tras día y que por lo tanto se conocen, interaccionan y se encuentran en un estado de interdependencia psicológica. En la UIC Campo Abierto podemos hablar de dos tipos de “grupos”, uno es el equipo de salud mental donde cada quien cumple un rol y comparte ciertas normas en la realización de una tarea. Todo individuo es objeto de presiones por parte de sus pares para que tome como suyos comportamientos y opiniones de acuerdo con las normas del grupo. Por otra parte, el “grupo” de pacientes que provocan entre sí un grado de solidaridad que permite al

individuo defenderse contra las presiones institucionales reforzando los mecanismos de defensa contra la ansiedad.

En esencia la afiliación al grupo aporta a sus miembros seguridad ya que saben que sus miembros viven simultáneamente el mismo proceso de identidad.

La investigación enmarcada en este contexto grupal identificó específicamente las relaciones inconscientes de los tres pacientes observados con respecto a las intervenciones terapéuticas institucionales, en ese aspecto las instituciones representan para el paciente mecanismos de defensa “externos” contra la angustia primaria persecutoria y depresiva. Es así como la angustia y los conflictos intrapsíquicos e intersubjetivos presentes durante la hospitalización son llevados, a través de las diversas intervenciones terapéuticas grupales e individuales, a lugares donde puedan ser actualizados, pensados y escuchados, así la institución no cumple solamente la función de continente-contenido de Bion. Todo esto se plantea en la medida que la perspectiva psicoanalítica considera que se debe tomar en cuenta el clima de la institución, es decir, su historia, y su estructura, además de la naturaleza y sus dificultades de las tareas primarias y la infraestructura inconsciente que organizan las relaciones en búsqueda de satisfacciones instintivas.

La pretensión del grupo terapéutico, considerada en términos psicodinámicos, es mejorar la calidad de sus relaciones de objeto de los pacientes y obtener una utilización menos regresiva de los mecanismos de defensa, situación no conscientemente compartida por los pacientes. Estas dos características aparecen como los más importantes predictores de éxito de este tipo de terapias. El grupo terapéutico, considera que a través del cumplimiento de la medicación y la disminución de los mecanismos de negación, se puede facilitar una mayor conciencia de los factores estresantes internos y externos. Sus objetivos

principalmente se constituyen en la educación que se le debe proporcionar a los pacientes en cuanto a la naturaleza de la enfermedad, una ayuda para enseñarles a manejar los síntomas y animarles a discutir cuestiones interpersonales. Para alcanzar dichos objetivos, los terapeutas utilizan técnicas que incluyen la educación y el apoyo, facilitando las discusiones en grupo.

Como consecuencia de las fijaciones orales la persona se siente impotente, indefenso y cuando intenta defenderse considera a su defensa ineficaz, busca constantemente una persona de significación para quien él pueda ser importante, cuando cree haberla encontrado se aferra a ella; es por esto que sus relaciones se caracterizan por una excesiva dependencia, como la que desarrollan los pacientes frente a la institución y sus terapeutas. Después de un tiempo los pacientes no desean abandonar Campo Abierto, además de los núcleos de dependencia, observamos que en la medida que disminuye la utilización de los mecanismos de negación y renegación, el paciente comienza a percibir nuevamente su realidad como amenazante y desea continuar contenido por la institución antes de afrontar la vida fuera de ella.

Surgen también en el paciente sentimientos hostiles como resultado de la frustración de sus necesidades de manipular y de explotar. Se debe destacar que los sentimientos de dependencia están en su mayor parte fuera de la conciencia en la fase maníaca; en realidad, estas personas con frecuencia se enorgullecen de ser “independientes”. Esto genera que en algún momento del tratamiento se presenten ataques al vínculo terapéutico, que representan defensas contra el reconocimiento del fracaso. En esos momentos los pacientes se exhiben como personas tercas, suficientes, sabelotodo, que tratan de aventajar al terapeuta, este representa solamente un accesorio de un yo omnipotente y engrandecido.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la indagación a los profesionales se puede afirmar, que si bien no existe explícitamente un modelo psicodinámico de intervención, todos toman en consideración aspectos de la dinámica inconsciente para realizar sus intervenciones. En el caso del manejo por psiquiatría se mantiene aún la herencia médica que liga la intervención primordialmente al control sintomático. Con respecto a los mecanismos psicológicos involucrados se hace mucho más énfasis en el trabajo centrado en mejorar el juicio de realidad, y por lo tanto disminuir el conflicto del yo con el medio externo.

En este contexto la utilización de la medicación adquiere una relevancia capital, muy coherente con las metas terapéuticas deseadas. Si bien se trabaja fundamentalmente sobre el control sintomático, el entorno de mayor tolerancia frente a la sintomatología favorece el manejo, pues el choque del yo con la realidad externa se hace menos fuerte, el psiquiatra como representante normativo de dicha realidad no choca directamente con el paciente, evitando así la exacerbación de sus operaciones defensivas. Disminuye además de esta forma el control onnipotente que el paciente pretende ejercer sobre los objetos. Con respecto a los mecanismos de defensa las intervenciones por parte de psiquiatría están destinadas esencialmente al trabajo sobre los mecanismos de negación y renegación, los cuales además, son tratados de forma indistinta por todo el equipo terapéutico. Esto predispone a que se presente una falta de discriminación en algunas intervenciones, si el paciente está renegando y no negando, incluye dentro de la renegación intervenciones que considera extrañas y poco ajustadas a su realidad “eso es para los otros pacientes que si están locos (ellos son los que niegan...yo solo reniego)”.

Con respecto a psicología y en terapia ocupacional el peso importante de la intervenciones recae sobre la triada de la relación maniaca (control, triunfo, y desprecio), así pues no solo se trabaja sobre los síntomas que comprometen el juicio de realidad, sino que a través de la comprensión que el terapeuta tiene de las características de la relación maniaca, se facilita la aceptación que el paciente pueda desarrollar de las características de sus vínculos. Se abandona el objetivo puro del control sintomático haciendo énfasis en los problemas de relación, que si bien también son síntomas, no son los más explícitos, pero paradójicamente si son los que mas desajuste social causan.

Las intervenciones realizadas de acuerdo con estas consideraciones resulta en la búsqueda de una nueva forma de relacionarse, que limite en lo posible el funcionamiento exclusivo a través de la triada maniaca.

El manejo terapéutico a través de la comprensión y acompañamiento de los pacientes, evitando el choque frontal con las defensas maniacas, genera que no sea solo el terapeuta, sino todo el grupo de pacientes los que encarnen la realidad, y por tanto sea este el que genere el establecimiento normas y límites. De esta manera se trabaja, no de forma explícita, sobre la omnipotencia de los pacientes. Las estrategias de control del grupo disminuyen secundariamente la necesidad persistente que tienen estos pacientes de sentirse especiales. No existe una referencia clara ni en los protocolos ni en el trabajo clínico para el manejo de este elemento, sin embargo el trabajo se da de forma no consciente por parte del grupo terapéutico y del grupo de pacientes.

Evidentemente los hallazgos encontrados en los pacientes coinciden con los referentes teóricos respecto a los mecanismos psíquicos inconscientes de los pacientes maniacos. La mayoría de elementos son tocados por los diferentes entrevistados, ya sea en

el discurso o en sus intervenciones terapéuticas, a excepción de los elementos relacionados con la fijación oral, que representa el elemento más regresivo en estos pacientes, y que en términos conceptuales es lo más cercano a la teoría y lo más alejado de la clínica. Estas manifestaciones hacen parte de la estructura mental del paciente bipolar que trasciende los límites del episodio maniaco, por tanto son asumidas como parte estructurante de la personalidad del paciente “los bipolares son así”, esta concepción impide que esos elementos sean objeto de intervención clara durante su manejo hospitalario.

Si bien el discurso es coherente con los protocolos, y con las intervenciones de los profesionales que entrevistamos, no podríamos afirmar que es así para todo el grupo terapéutico pues no exploramos a todos los participantes que intervienen en el proceso terapéutico de los pacientes (enfermería, trabajo social, médicos de turno).

Si bien la pretensión del estudio no es precisar el impacto ni la efectividad de las intervenciones, si resultaría interesante a futuro examinar la huella de estas intervenciones sobre la estructura mental de los pacientes, observando si existen cambios en la utilización de sus mecanismos de defensa, si se modifica el tipo de relación, si estas modificaciones son duraderas, o si las intervenciones se limitan al control sintomático, que es lo único que podremos aseverar hasta el momento.

Referencias

- Abraham, K. (1959). *Psicoanálisis Clínico*, Buenos Aires: Paidós.
- Bitran, J. (1994). Trastornos del ánimo. *Boletín de medicina Universidad Católica de Chile*. 23, 103-111.
- Bleger, J. (1964/1985). La entrevista psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación. Ediciones Nueva Visión. En: Temas de Psicología. Entrevista y Grupos. (p. 144 –153). Buenos Aires.
- Brainsky, S. (2000). *Manual de Psicología y Psicopatología Dinámica.*_ Bogotá D.C: Carlos Valencia Editores.
- Bulbena, A. (1991). Trastornos bipolares y esquizoafectivos. En Vallejo, J. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Editorial Masson.
- Corbella, J. (1985). Psicosis Afectivas. Editoriales Orbis. *En: Enciclopedia Práctica de Psicología.* (p. 21 - 40). Barcelona
- DSM – IV – TR. (2003). *Breviario: Criterios diagnósticos*. Barcelona: Masson S.A.
- Eck, M. (1966). *Los enfermos mentales y su tratamiento*. Barcelona: Editorial Herder.
- Feldman, R. (2002). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. México: McGraw Hill.
- Fenichel, O. (1957). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires. Editorial NOVA.
- Franco, J & Gaviria, A. (2004) . Perfil epidemiológico y clínico de los pacientes hospitalizados en la Clínica psiquiátrica Nuestra Señora del Sagrado Corazón, durante Septiembre de 2003 (Medellín). *Revista Colombiana de psiquiatría*. XXXIII. 378-386.

- Freud, S. (1915/1996). Duelo y Melancolía. Tomo I. *Obras completas*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1923/1996). Neurosis y Psicosis. Tomo III. *Obras completas*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva
- Fromm-Reichmann, F. (1981). *Psicoterapia intensiva en la esquizofrenia y el los maníaco - depresivos*. Buenos Aires: Home S.A.E.
- Gabalda, I. (2001). *Psicología, Género y Salud Mental*. Madrid: editorial Biblioteca Nueva.
- García, J. (1987). *Manual de psiquiatría forense canónica*. Salamanca: Imprenta KADMOS, S.C.L.
- García, J. (1996). Duelo y Melancolía. 80 años después. *Revista de psicoanálisis*. 3, 41-51.
- Guimón, J. (2004). *Eficacia de las terapias en Salud Mental*. Barcelona: Editorial Desclee de Brouwer S.A.
- Jiménez, M; Fernández, S; Robles, I; Moreno, S; López, C; García, J; Palacio, C & Ospina, J. (2003). Características neurpsicológicas del trastorno bipolar I. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXXII, 357-372.
- Kaufmann, P. (1996). *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis: el aporte freudiano*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1975). *Obras Completas. Amor, Culpa y Reparación*. _Tomo I. Barcelona: Paidós.
- León, O y Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: Mc Graw Hill.

- Matarrazzo, J. (1980). Behavioral health and Behavioral medicine. Frontiers for a new health psychology. *American psychologist*. 35, 807-817.
- Myers, D (1988). *Psicología*. Buenos Aires: Editorial medica Panamericana S.A.
- Organización Mundial para la de la Salud (2003). *Causas de Discapacidad en la población general*.
- Pérez, G. (1998). Técnicas de investigación en educación social. Análisis de datos cualitativos. En: *Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. II. Técnicas y Análisis de Datos.* Madrid: La Muralla.
- Piña, J. (2003). Psicología Clínica y Psicología de la Salud: en defensa de la psicología de la salud. *Suma Psicológica*. 10, 67-80.
- Posada, J; Aguilar, S; Magaña, C y Gómez, L. (2004) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. XXXII, 241-261.
- Rascovsky, A. (1966). *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*. Buenos Aires: Macagno Laneaicia.
- Restrepo, C. (2002). *Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos*. Bogotá D.C: CEJA.
- Roa, A. (1995). Evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: CEPE, S.L.
- Sarason, I y Sarason, B. (1986). *Psicología anormal: Los problemas de la conducta desadaptada*. México: Editorial Trillas.
- Schwartz, G y Weiss, S. (1978). Behavioral medicine revisited: an amended definition. *Journal of Behavioral medicine*. 1, 249-251.
- Segal, H. (1993). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós.

Sierra, F. (2000). Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. En:

Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. México D. F:

Pearson.

Sue, D. (1996). *Comportamiento anormal*. México: Mc Graw Hill.

Winokur, J. (1996). El narcisismo y la identificación más narcisista. *Revista de*

psicoanálisis.3, 235-249.



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO DE GRADO
RESUMEN ANALITICO DE INVESTIGACIÓN**

FECHA Diciembre de 2006

LINEA DE INVESTIGACIÓN Salud y Calidad de Vida

TITULO Características de la movilización de mecanismos inconscientes durante las intervenciones terapéuticas realizadas a tres pacientes con trastorno afectivo bipolar tipo I en fase maníaca que asisten a la U.I.C Campo Abierto.

AUTORES Mónica Andrea Becerra Niño y Natali Díaz Rojas

OBJETIVO GENERAL Develar las características de la movilización de los mecanismos inconscientes durante las intervenciones terapéuticas realizadas a tres pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I en fase maníaca que asisten a la UIC Campo Abierto.

Objetivos Específicos

1. Identificar la presencia de Fase Maníaca en tres pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I.
2. Conocer las características de relación objetal de tres pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I en fase maníaca durante las intervenciones terapéuticas recibidas en la U.I.C Campo Abierto.
3. Develar las características de movilización de las defensas maníacas de tres pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I en fase maníaca durante las intervenciones terapéuticas recibidas en su hospitalización en la U.I.C. Campo Abierto.
4. Conocer las características de los conflictos presentes entre el Yo y el mundo externo, y el Yo y el ideal del Yo, durante el manejo terapéutico que realiza el grupo interdisciplinario de la U.I.C. Campo Abierto a tres pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar Tipo I en fase maníaca.

RESUMEN La presente investigación tuvo como principal objetivo conocer la relación entre las intervenciones terapéuticas institucionales de la U.I.C Campo Abierto y los

mecanismos psíquicos inconscientes de pacientes hospitalizados con episodio maniaco. Para poder cumplir con dicho objetivo se emprendió una investigación cualitativa, por medio de estudios de caso y utilizando como estrategia la observación participante, las cuales fueron registradas en notas de campo. Además, fueron realizadas entrevistas enfocadas a los pacientes con episodio maniaco y a los profesionales de la institución en la cual se trabajo. De igual manera se manejaron los protocolos de intervención utilizados en la U.I.C Campo Abierto con estos pacientes. Finalmente se realiza la triangulación de los datos obtenidos a lo largo de la investigación.

RESULTADOS Como eje fundamental de las concepciones psicoanalíticas se establece el concepto de inconsciente dinámico, que determina la trascendencia de los fenómenos inconscientes a la conducta manifiesta, en este caso a los síntomas maniacos. Como consecuencia de las fijaciones orales después de un tiempo los pacientes no desean abandonar Campo Abierto, además de los núcleos de dependencia, observamos que en la medida que disminuye la utilización de los mecanismos de negación y renegación, el paciente comienza a percibir nuevamente su realidad como amenazante y desea continuar contenido por la institución antes de afrontar la vida fuera de ella. Se debe destacar que los sentimientos de dependencia están en su mayor parte fuera de la conciencia en la fase maniaca; en realidad, estas personas con frecuencia se enorgullecen de ser “independientes”. Esto genera que en algún momento del tratamiento se presenten ataques al vínculo terapéutico, que representan defensas contra el reconocimiento del fracaso. El manejo terapéutico a través de la comprensión y acompañamiento de los pacientes, evitando el choque frontal con las defensas maniacas, genera que no sea solo el terapeuta, sino todo el grupo de pacientes los que encarnen la realidad, y por tanto sea este el que genere el establecimiento de normas y límites. De esta manera se trabaja, no de forma explícita, sobre la omnipotencia de los pacientes. Las estrategias de control del grupo disminuyen secundariamente la necesidad persistente que tienen estos pacientes de sentirse especiales.

CONCLUSIONES Se llega a priorizar el manejo farmacológico de la manía con base en antipsicóticos, así en el cuadro clínico no existan síntomas psicóticos, se aprovechan entonces los efectos secundarios de inhibición motora y de sedación como efectos “terapéuticos”. En esencia se ataca el síntoma, y todos los procesos institucionales están encaminados a tal fin. La pretensión del grupo terapéutico, considerada en términos psicodinámicos, es mejorar la calidad de sus relaciones de objeto de los pacientes y obtener una utilización menos regresiva de los mecanismos de defensa, situación no conscientemente compartida por los pacientes. De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la indagación a los profesionales se puede afirmar, que si bien no existe explícitamente un modelo psicodinámico de intervención, todos toman en consideración aspectos de la dinámica inconsciente para realizar sus intervenciones. Con respecto a los mecanismos de defensa las intervenciones por parte de psiquiatría están destinadas esencialmente al trabajo sobre los mecanismos de negación y renegación. Con respecto a psicología y en terapia ocupacional el peso importante de la intervenciones recae sobre la triada de las defensas maniacas (control, triunfo, y desprecio), así pues no solo se trabaja sobre los síntomas que comprometen el juicio de realidad, sino que a través de la

comprensión que el terapeuta tiene de las características de la relación maniaca, se facilita la aceptación que el paciente pueda desarrollar de las características de sus vínculos. Se abandona el objetivo puro del control sintomático haciendo énfasis en los problemas de relación, que si bien también son síntomas, no son los más explícitos, pero paradójicamente si son los que mas desajuste social causan. La mayoría de elementos son tocados por los diferentes entrevistados, ya sea en el discurso o en sus intervenciones terapéuticas, a excepción de los elementos relacionados con la fijación oral, que representa el elemento más regresivo en estos pacientes, y que en términos conceptuales es lo más cercano a la teoría y lo más alejado de la clínica. Estas manifestaciones hacen parte de la estructura mental del paciente bipolar que trasciende los límites del episodio maniaco, por tanto son asumidas como parte estructurante de la personalidad del paciente “los bipolares son así”, esta concepción impide que esos elementos sean objeto de intervención clara durante su manejo hospitalario.

ANEXOS

Anexo A

Acercamiento a la U.I.C. campo abierto

Notas de campo

Lugar: Unidad de intervención en crisis U.I.C. Campo Abierto.

Fecha: Marzo 13 de 2006

Hora: 9:00 am

Estudiantes de Psicología: Mónica A. Becerra N.

Natali Díaz Rojas.

El miércoles 01 de marzo de 2006, nuestro asesor de tesis Dr. Luís Eduardo Correa, tiene la oportunidad de hablar con el Dr. Rodrigo Córdoba director de la U.I.C Campo abierto. Durante el encuentro, nuestro asesor comenta al Dr. Córdoba sobre la investigación que está siendo desarrollada dentro de los trabajos de grado de la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, con el fin de contemplar la posibilidad de aplicar dicho trabajo dentro de la Clínica. El Dr. Córdoba solicita una carta de presentación enviada de la facultad de Psicología. Las investigadoras hacen la solicitud de la carta de presentación el 03 de Marzo al comité de investigaciones. Con algunas complicaciones, finalmente la facultad entrega la carta el 27 de Marzo. Se hace entrega de la carta al director de la U.I.C. Campo Abierto, quien solicita un Protocolo de Trabajo que encierre la metodología que se aplica en el trabajo de grado, esto con el fin de presentar este material al comité de investigaciones del Centro de Investigación del Sistema Nervioso CISNE, departamento de investigación que hace parte de la empresa Servicios Psiquiátricos

S.A SERVIPSA. El 05 de Abril se entrega el Protocolo de Trabajo aprobado por el asesor de tesis y el asesor de Línea de Investigación Jaime Moreno - Docente de la Facultad de Psicología. El lunes 17 de Abril, el Dr. Córdoba nos da una respuesta positiva, abriendo las puertas de la U.I.C Campo Abierto a las estudiantes.

Durante el proceso de ingreso a la clínica, tuvimos la oportunidad de conocer un poco más acerca de la U.I.C. Campo Abierto, a continuación contextualizamos el sitio de aplicación de nuestro trabajo de grado.

El nombre de la Institución es Servicios Psiquiátricos S.A. SERVIPSA. Unidad de Intervención en Crisis – U.I.C. campo Abierto. Se encuentra ubicada en la ciudad de Bogotá en la Carrera 63 No. 172-44 (Avenida 170 con Carrera 63). SERVICIOS PSIQUIATRICOS S.A. -SERVIPSA-, es una organización de profesionales de la salud que tiene por objeto la investigación, práctica, promoción y desarrollo de todas las actividades relacionadas con el Sistema Nervioso , adelantando procesos de neurología clínica, psiquiatría y salud mental. Tiene como Misión prestar una atención interdisciplinaria en el área de la salud mental (psiquiatría, neurología y psicología) con la mejor calidad y profesionalismo y con los contextos modernos de tratamiento de los padecimientos emocionales. Finalmente la Visión que mantiene la empresa Servicios Psiquiátricos S.A SERVIPSA, es ser una de las mejores instituciones prestadoras de servicios en área de la salud mental, enmarcando la atención de los padecimientos emocionales y neurológicos en una concepción moderna de la atención de estos cuadros clínicos, integrando y favoreciendo la comprensión en términos psicológicos y usando todas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas para un tratamiento oportuno. Tiene como objetivo dar asistencia médica y hospitalaria sin distingos de sexo, credo, religión, raza y posición

social a personas afectas de trastornos mentales. La atención se brinda a: 1) Personal de la comunidad, 2) Pacientes particulares independientes mediante pago de servicios, 3) Pacientes de diferentes Entidades o Empresas por medio de Contratos de prestación de servicios, 4) Pacientes sin recursos económicos y de especial urgencia, de acuerdo con la disponibilidad de la Institución. Ofrece servicios Hospitalarios, Ambulatorios y Programas Especiales de Promoción y Prevención.

Durante este tiempo, también observamos que la demanda de pacientes con un diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar es relativamente alta; aclarando que la fase en la que se encuentra el paciente varia, siendo mixto – maníaco – depresiva. Nos percatamos también que la duración de la hospitalización no es larga ya que Campo Abierto es una Unidad de Intervención en Crisis, de esta manera, se da una alta hospitalaria cuando se logra un control de síntomas agudos que incapacite la convivencia o impidan el manejo ambulatorio.

Anexo B

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0

DSM-IV

EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan

University of South Florida, Tampa

FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine

Hôpital de la Salpêtrière, Paris

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert. Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O.Soto. University of South Florida, Tampa

Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de $18,7 \pm 11,6$ minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

Presentación:

La MINI está dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Convenios:

Las oraciones escritas en «letra normal» deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS» no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

Las oraciones escritas en «negrita» indican el período de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «NO» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo. Frases entre paréntesis () son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

Instrucciones de anotación:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando SÍ o NO. El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas). Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI.

D. Episodio (hipo)maníaco

(Flecha SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1. a. ¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.) **NO SÍ 1**

SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA:

Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.

SI SÍ:

b. ¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía **NO SÍ 2**

D2. a. ¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?

NO SÍ 3

SI SÍ:

b. ¿En este momento se siente excesivamente irritable?

NO SÍ 4

¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?

NO SÍ

D3. SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL

SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO.

Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:

a. ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante? **NO SÍ 5**

b. ¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)? **NO SÍ 6**

c. ¿Hablaban usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle? **NO SÍ 7**

d. ¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos? **NO SÍ 8**

e. ¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando? **NO SÍ 9**

f. ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted? **NO SÍ 10**

g. ¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)? **NO SÍ 11**

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a
ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?

NO SÍ

D4. ¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban
fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa
de estos problemas?

NO SI 12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

NO SI

EPISODIO HIPOMANÍACO

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO

ACTUAL

PASADO

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

NO SI

EPISODIO MANÍACO

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO

ACTUAL

PASADO

Anexo C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo, _____ identificado con la cedula de ciudadanía número _____ de _____, manifiesto a ustedes mi aceptación para participar de la investigación titulada Características de la movilización de los mecanismos inconsciente de 4 pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar tipo I en fase maniaca durante las intervenciones realizadas en la U.I.C Campo Abierto. Dicha investigación esta siendo realizada por las practicantes de Psicología Mónica Andrea Becerra y Natali Díaz Rojas, estudiantes de noveno semestre de la Universidad de San Buenaventura.

Entiendo que la información grabada en medio magnético y proporcionada a las estudiantes por medio de las entrevistas y observaciones de campo, será manejada de manera ética y confidencial, por lo cual mi nombre no será revelado a lo largo de la investigación; para tal caso, será utilizado un nombre ficticio que mantendrá anónima mi identidad.

Autorizo a las practicantes para divulgar la información que se derive de la investigación con fines de posible publicación.

En forma expresa manifiesto que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido.

Para constancia firmo,

Nombres y Apellidos

Firma

C.C. N°

Anexo D

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE PSIQUIATRIA

U.I.C. CAMPO ABIERTO

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR - FASE MANÍACA

1. Orientación diagnóstica.

Para realizar el diagnóstico se debe tener en cuenta los signos y síntomas de la enfermedad en conjunto con la historia personal del individuo, respuestas anteriores a tratamientos, así como los antecedentes familiares. Aunque se han desarrollado diferentes métodos de clasificación en miras a unificar los diagnósticos, es de práctica común aceptar los sistemas diagnósticos consignados en el CIE-10 y en el DSM-IV. La décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades mentales CIE-10, reconoce un espectro afectivo en el que la manía y la depresión son extremos opuestos. Esta clasificación incluye la denominación de episodio maníaco para aquellos episodios que ocurren de manera aislada, cuando se repiten o se combinan con depresión son clasificados como Trastorno Afectivo Bipolar. Se utiliza con más frecuencias el DSM-IV como criterio estándar para el diagnóstico.

2. Diagnóstico según DSM-IV.

Episodio maníaco, mixto, hipomaniaco, depresivo.

3. Orientación Terapéutica.

Manejo Farmacológico

Manía con psicosis.

INDISPENSABLE	INDISPENSABLE	ADICIONAR
Estabilizador del animo y antipsicótico.		
Estabilizador del animo.	Antipsicótico.	Sedante.
Litio.	Típicos. Halopidol.	Benzodiacepina. Lorazepan. Clonazepan.
Ácido Valproico.	Atípicos. Olanzapina. Clozapina. Risperidona. Ziprozidona.	Fenotizicinas. Levamepramozina.
Carbomazepina.		
Gabapentina. Lamotrigina. Tapiramota.		

Manía sin síntomas psicóticos.

INDISPENSABLE	ADICIONES	
Sedante.	Estabilizador del animo.	Antipsicótico.
Benzodiacepinas. Lorazepan. Clonazepan.	Litio.	Típicos. Halopidol.
Fenotiazinas Levamepramozina.	Ácido Valproico.	Atípicos. Clonzapina. Clozapina. Risperidona., Ziprozidona.
	Carbomazepina.	
	Gabapentina. Lamotrigina. Tapiramota. Nimodipin.	

Manía disforico y mixto.

INDISPENSABLE	ALTERNATIVO	Y/O
Estabilizador del animo.	Estabilizador del animo y antipsicotico.	Estabilizador del animo más Sedante.
Estabilizador del animo.	Antipsicotico.	Sedante.
Litio.	Típicos. Halopidol.	Benzodiacepina. Lorazepam. Clonazepam.
Ácido Valproico.	Atípicos. Clonzapina. Clozapina. Risperidona. Ziprozidona.	
Carbomazepina.		
Gabapentina. Lomotrigina.		
Nimodipina.		

Tratamiento de Mantenimiento.

Continuar con el estabilizador o combinación elegida en la fase aguda. El antipsicotico, preferiblemente será retirado en forma progresiva después de la resolución de los síntomas maníacos. En algunos casos puede ser necesario continuar con el medicamento antipsicotico en la fase de mantenimiento.

Considerando que entre un episodio y el siguiente pueden transcurrir varios años, se puede optar por la suspensión progresiva de los medicamentos siguiendo un plan de control estrecho con evaluaciones anuales para decidir si se continua con el tratamiento de mantenimiento.

Manejo no farmacológico.

La enfermedad afectiva esta típicamente acompañada por dificultades y consecuencias personales, interpersonales y sociales. En este sentido la psicoterapia es esencial al menos como suplemento del tratamiento farmacológico en aquellos casos en los que el paciente sufre de forma básicamente fisiológica la enfermedad y absolutamente indispensable en aquellos casos en los que la enfermedad se acompaña de patologías psicológicas adicionales. Para la mayoría de los pacientes la psicoterapia deberá estar encaminada a brindar apoyo y protección durante el ataque y posteriormente a examinar sus patrones de relación y a ayudar al paciente a usar más efectivamente sus capacidades. La mayor parte del trabajo psicoterapéutico deberá realizarse en el periodo de remisión aunque el vinculo se establezca en el periodo agudo. Durante el episodio psicótico las entrevistas tendrán una frecuencia y duración en concordancia al estado clínico en el momento de la entrevista y la productividad del paciente. En la medida en que el paciente mejore se podrá dar una relación terapéutica, en la que el medico asuma un papel de autoridad amistosa brindando apoyo y guía en el auto análisis del paciente favoreciendo el diagnostico personal y la prolongada adhesión al tratamiento. Son puntos importantes para trabajar durante la psicoterapia sentimientos asociados a la presencia y al tratamiento de la enfermedad, las pérdidas personales, sociales y laborales que a menudo lleva implicado el temor a la recurrencia,, la necesidad de aprender a discriminar los estados anímicos personales de las patologías y los temores relacionados con el elemento de trasmisión genética de la enfermedad. Un elemento fundamental para el tratamiento y la prevención de recidivas es la educación formal e informal tanto para el paciente como para la familia y los allegados. Esto

permite una participación activa en el tratamiento tanto del paciente en su fase de remisión como de sus allegados ante la aparición del mismo síntoma o cuando el paciente es incapaz de mantener la adhesión al tratamiento.

4. Duración de la estancia.

La estancia hospitalaria estará determinada por el control de los síntomas agudos que en su momento hicieron necesaria la hospitalización. Este control no necesariamente tendrá que ser total, se considera nivel óptimo de síntomas para el egreso aquel que permita el manejo ambulatorio.

5. Duración del Ingreso.

La hospitalización se hace imperativa ante la presencia de síntomas tales como la inquietud exagerada, agitación psicomotora, auto o hetero agresividad, destructividad, alucinaciones, ideación delirante, en estados de manía o de depresión agudas que pongan en peligro la vida del paciente o las personas cercanas o hagan imposible la convivencia con el paciente. Se debe tener en cuenta la historia de la enfermedad, el episodio actual, la evolución de episodios anteriores, la naturaleza de las relaciones interpersonales del paciente, la relación médico-paciente y la red de apoyo externo del paciente.

6. Criterio de egreso.

Se dará alta hospitalaria cuando se logre un control de síntomas agudos que incapacite la convivencia o impidan el manejo ambulatorio.

7. Seguimiento.

Se deben programar controles periódicos según la evolución del paciente, más frecuentes en caso de síntomas activos o más espaciados en casos en los que se logra control sintomático y hay adhesión al tratamiento.

8. Observaciones adicionales.

Según la medicación utilizada se harán controles periódicos de función tiroidea, hepático y control de glicemia.

Anexo E

ENTREVISTA A PSIQUIATRA DE LA U.I.C CAMPO ABIERTO

El formato de entrevista que se utilizo fue:

1. Cuáles son sus objetivos durante las intervenciones terapéuticas con los pacientes diagnosticados con Trastorno Afectivo Bipolar que se encuentran en fase Maníaca?
2. Qué tipo de intervención maneja usted con este tipo de pacientes?
3. Los pacientes diagnosticados con Trastorno Afectivo Bipolar y que pasan por una fase maníaca, ¿Cómo reaccionan a su intervención?.

Discurso de una Medica Psiquiatra de la U.I.C Campo Abierto, de acuerdo al formato de entrevista.

Los primeros objetivos durante las intervenciones terapéuticas, primero es mirar si un paciente tiene un diagnostico por DSM-IV de Trastorno Afectivo Bipolar en fase maníaca que usualmente es un TAB I, **(1)** si se diagnostica definitivamente que es un Trastorno Afectivo bipolar en fase maníaca abra que mirar enseguida si este trastorno tiene síntomas psicóticos o no tiene síntomas psicóticos. **(2)** De acuerdo a eso, entonces se establece que tipo de intervención se maneja. **(3)** En nuestra especialidad se haría un tratamiento de tipo farmacológico porque se supone que el Trastorno Afectivo Bipolar tiene una base orgánica y biológica de tipo genético y de alteración de los neurotransmisores. **(4)** Bajo ese capitulo, la intervención primaria que se maneja es una intervención con medicamentos, básicamente con moduladores del estado de ánimo. **(5)** Los principales y lo

que manejamos más por cuestiones del post, que no porque no existan más, son el Carbonato de Litio, la Carbamazepina y el Ácido Valproico. **(6)** Sin embargo hay otras opciones, están los antipsicóticos atípicos, los anticonvulsionantes de segunda y tercera generación pero de acuerdo a lo que el paciente valla necesitando, a la disponibilidad a la EPS, a los efectos secundarios que tengan los medicamentos, a las patologías asociadas que tenga el paciente de tipo orgánico y también de personalidad, uno escoge un medicamento o escoge otro medicamento. **(7)** Asociado a esto, si es un TAB sin síntomas psicóticos uno lo maneja con modulador y con Benzodiacepina o con Antiestaminicos, **(8)** pero si es un TAB con síntomas psicóticos que no coincidan o más bien que no sean congruentes con el estado de animo uno vendría a intervenir con antipsicóticos. **(9)** La posición de la APA es esa, que si hay un TAB con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo o sin síntomas psicóticos uno simplemente interviene con modulador del estado de ánimo y Benzodiacepinas. **(10)** Pero si son no congruentes entonces uno interviene con antipsicóticos para reducir los síntomas psicóticos, básicamente esos son los medicamentos que utilizamos en el tratamiento del Trastorno Afectivo Bipolar. **(11)**

Los objetivos, si son objetivos de tipo farmacológico, seria reducir los síntomas, intentar que el paciente vuelva a una funcionalidad previa, que tenga los periodos intercríticos mucho más largos, que pueda tener una socialización con la familia, que pueda mantener una pareja, un trabajo, que pueda mantener actividades lúdicas, es decir, que lleve una vida dentro de lo más normal que sea posible. **(12)** A veces las familias o muchas veces uno mismo se le olvidan ese tipo de intervenciones terapéutico – psicológico y de tipo familiar y es entonces cuando uno queda con lo puramente sintomático, **(13)** entonces “usted ya no esta hablando mucho, ya no esta muy exaltado, ya no le esta pegando a la

gente entonces usted esta bien”,(14) seguramente que si esta mejor pero la mejoría clínica, para mi por lo menos, no se establece porque simplemente el paciente reduzca los síntomas sino que al reducir esos síntomas el paciente sea capaz de incorporarse dentro de una comunidad, dentro de un grupo familiar, dentro de la parte laboral, que pueda tener una pareja en fin que sea lo más funcional que se pueda; porque nada saca uno con que el paciente no tenga síntomas si esta arruinado en la vida y no puede hacer absolutamente nada. (15)

Es por esto que para mi los objetivos terapéuticos no son simplemente farmacológicos, porque un Trastorno Afectivo Bipolar puramente biológico, es decir que la causa orgánica sea la principal se maneja con medicamentos, porque seguramente si tu no tienes una alteración orgánica y te pasa algo te estresas o alguna situación en especial tu puedes hacer otro trastorno, te deprimas por ejemplo, o haces un trastorno del ajuste o se matiza un poco la personalidad pero no necesariamente haces un Trastorno Afectivo Bipolar. (16) Para hacer un TAB debe haber una alteración orgánica pero no solamente esa alteración orgánica es la que te matiza los síntomas,(17) uno puede ver muchos pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar pero seguramente dentro de todos ellos se van a encontrar particularidades ¿por qué? Porque la personalidad es diferente, porque los eventos desencadenantes son diferentes, porque las cuestiones culturales y sociales matizan cómo se presentan esos síntomas en un momento determinado, (18) entonces por eso el objetivo del tratamiento, en primera instancia es reducir la sintomatología y en segunda instancia es intentar adaptar al paciente a todo su entorno y por último pero no menos importante que el paciente tenga conciencia de la enfermedad (19). Es una cuestión muy difícil sobre todo en la fase maníaca, el paciente esta exaltado, esta dichoso, esta contentísimo y vienen a decirle

uno que esta enfermo, o sea no - “en el momento en el que yo mejor me siento usted viene a decirme que yo estoy enferma?, no tiene sentido lo que usted me esta diciendo” **(20)** - Entonces, parte del tratamiento también es concienciar que seguramente me estoy sintiendo muy feliz, muy tranquilo, con mucha energía, no necesito dormir mucho, no necesito comer mucho pero ese mismo acelere en el que estoy, esa misma exaltación afectiva, me esta llevando a tener una serie de dificultades, **(21)** entonces algunas personas no me quieren, me dicen que soy cansón, me salgo de la casa a las tres de la mañana entonces corro peligro, estoy gastando la plata o la pensión en mujeres, en drogas, en licor, vendo las fincas, hago negocios; todo eso hace parte de las disfuncionalidad del paciente **(22)** y hay que ir haciéndole una serie de señalamientos, pues que más acostumbrados estamos a que lo haga la parte de psicología, de pronto de trabajo social, pero que de todas maneras la posición del psiquiatra frente a eso es bien importante. **(23)** Yo pienso que uno no se puede quedar simplemente con decirle tómese el Carbonato de Litio, tómese la Carbomazepina y ya. **(24)**

El otro asunto importante es la adherencia que tenga el paciente al medicamento, en este tipo de enfermedades, porque estas enfermedades requieren un tratamiento a largo plazo y que incluso el paciente medicado vuelve a tener recaídas, **(25)** entonces el paciente que no esta medicado tiene más riesgo de recaer, ese es otro objetivo, la adherencia que tenga el paciente al fármaco que eso tiene que ver con muchas cosas, tiene que ver con el proceso que haga uno de conciencia de enfermedad, tiene que ver con que él o ella entiendan que esto es una enfermedad no simplemente una manera de comportarse o que los demás lo ven enfermo y uno realmente no lo esta, **(26)** sino que el paciente entienda que eso es una enfermedad como tal que tiene una alteración biológica, que tiene unos

síntomas, que tiene un diagnóstico, un tratamiento y un pronóstico. (27) Otro aspecto son los efectos secundarios del medicamento, si yo siento que el medicamento me esta, en palabras de los paciente “dopando o me da temblor o me siento ansioso cada vez que me lo tomo o tengo estreñimiento cada vez que me tomo el medicamento”, seguramente no me lo voy a tomar porque no me esta sentando bien, entonces esa es la otra cosa, encontrar la dosis más apropiada del fármaco y el fármaco más apropiado de acuerdo a la individualidad del paciente, a su estatura, a su manera de pensar, a su manera de ser, a su patología asociada, a los matices con los cuales se han presentado síntomas; se trata de intentar encontrar el fármaco más apropiado para el paciente para que sienta que se está tomando el medicamento pero que no esta haciendo nada malo. De esta manera se adhiere mucho más fácil al tratamiento. (28)

Por otro lado, la reacción de los pacientes en fase maniaca hacia las intervenciones es variable, ¿de que depende?. (29) Por ejemplo un paciente con un primer episodio es un paciente que reacciona diferente a un paciente que ya ha tenido varias hospitalizaciones, (30) ¿por qué? Porque de una u otra manera el paciente con un primer episodio choca contra una realidad, la realidad de una enfermedad y choca contra una Institución Psiquiátrica, (31) entonces el paciente llega a una institución de estas y dice “pero como así me trajeron a una clínica de locos yo no tengo porque estar acá, ustedes están equivocados yo no estoy enfermo, lo que pasa es que no me han entendido lo que a mi me pasa” (32). Entonces comienza a pelear con la enfermedad, con el psiquiatra, con la familia para que no lo cataloguen (entre comillas) “como un loco” porque si esta entre locos es porque él es loco (33). Entonces es quitarle también un poco el estigma, decirle “usted tiene un enfermedad mental que se caracteriza por esto, esto y esto pero seguramente no va a

permanecer aquí todo el tiempo y nosotros no lo estamos pensando o por lo menos no lo vemos como un persona loca” entender eso a veces para los pacientes es difícil. (34) Depende entonces de si la enfermedad a tenido un carácter insidioso o ha sido más bien una cosa súbita, tubo que ir a un hospital y en dos día resulto en una clínica psiquiátrica, eso indudablemente impacta muchísimo. (35) Diferente el paciente que ha venido como malito, que ha ido al Psiquiatra, ha ido al psicólogo, ya ha podido ver otras cosas diferentes o si por ejemplo en la familia del paciente han habido otros casos, mi mamá era maníaca, una prima o alguien tenia lo mismo que a mi me pasa, el paciente ya como que tiene la capacidad de reconocer que seguramente él también tiene las mismas dificultades, entonces va a ser mucho más fácil. (36)

La otra cuestión es también que pelean mucho con los medicamentos, los pacientes o la gente en general tiene la idea de que los medicamentos psiquiátricos son medicamentos que dopan y que producen dependencias, entonces no quieren tomar medicamentos a pesar de que uno les explique y les diga que es algo necesario y que probablemente le va a ayudar. (37) Sin embargo pacientes que ya han estado hospitalizados o que han tenido antecedentes en las familias han tenido poco o mucho un proceso de psicoeducación y ya como que entienden como es este cuento, que esto si es una enfermedad y que va a necesitar de los medicamentos. (38)

También depende de los rasgos de personalidad, si es una persona, por ejemplo dependiente, pues es más fácil que de pronto se quede y se adapte y hasta que se valla amañando y le toque a uno prácticamente decirle no más y se va del hospital (39). Pero si es una persona con rasgos paranoides, seguramente va a cuestionar el suministro de los medicamentos y piensa entre otras cosas que uno quiere acabar con su vida, por ejemplo

(40). Si es una persona con rasgos de personalidad histéricos hace todo el show, la teatralidad y uno no sabe si tiene un Trastorno de la Personalidad o si en realidad es una Manía. (41) Lo que quiero decir con todo esto es que el DSM- IV R que habla más sobre el diagnostico psiquiátrico universal y las trasformaciones de ese diagnostico de acuerdo a la cultura, ha buscado una serie de síntomas que son universales, estar Maníaco aquí es estar Maníaco como lo es en Inglaterra, la China y en toda parte, (42) tiene una serie de síntomas que son universales pero que se matizan de muchas maneras, se dan esos síntomas ¿pero a través de qué?, a través de la cultura, de la parte social, de la personalidad, a través de la familia, incluso a través de la misma Institución Psiquiátrica y de acuerdo a todo eso uno tiene una serie de arsenales terapéuticos en los cuales se vas moviendo. (43)

No es un esquema rígido, hay unas cosas grandes que usted tiene que saber, como lo son los criterios diagnósticos para saber que es un TAB en fase maniaca, (44) tiene que saber que el Trastorno Afectivo Bipolar se aborda, en este caso, farmacológicamente de determinada forma, pero alrededor de todo eso hay una serie de intervenciones que más que todo las induce quien es el paciente y quien es su familia para poder intervenir de acuerdo a las necesidades que él tenga, no se puede intervenir a todos los pacientes de la misma manera así tengan el mismo diagnostico. (45)

Anexo F

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE PSICOLOGÍA

U.I.C. CAMPO ABIERTO

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Misión

Prestar servicios de psicología en los procesos de evaluación psicodiagnóstica y aplicación de pruebas psicológicas, en el diseño de planes y programas de intervención psicoterapéutica y psicológica para las personas y sus familias a quienes Campo Abierto presta sus servicios en las modalidades de hospitalización total y parcial.

Además, articular estos procesos con el diseño de proyectos de investigación y actividades docente-asistenciales, encaminadas a producir conocimiento en torno a la salud mental y sus diferentes problemáticas.

Visión

Constituirse en un servicio de psicología que logre articular la atención psicoterapéutica de personas, con actividades de investigación y docencia, encaminando estos tres factores a la producción de conocimiento y el diseño de programas de intervención en salud que propendan por el mejoramiento de la calidad de vida de la población atendida.

Hacia dos años, el servicio de psicología pretende producir conocimiento, partiendo de investigaciones en salud mental, que repercutan sobre la calidad psicoterapéutica de la atención prestada a las personas en Campo Abierto. Y hacia cinco años, el servicio de

psicología busca consolidarse como un servicio fuerte que cuente con recursos humanos y técnicos necesarios y suficientes para articular de manera eficiente la atención de personas, con la docencia universitaria y la investigación en salud mental.

Funciones del profesional psicólogo

- Realizar procedimientos de evaluación psicodiagnóstica y aplicación de pruebas psicológicas.
- Diseñar y realizar procedimientos de acompañamiento e intervención psicoterapéutica individual.
- Diseñar y realizar procedimientos de acompañamiento e intervención psicoterapéutica grupal.
- Diseñar y realizar talleres temáticos que busquen intervenir sobre una problemática de grupo identificada en reunión de equipo interdisciplinario.
- Diseñar y realizar procedimientos de acompañamiento e intervención psicoterapéutica y psicoeducativa, dirigidos a familiares, amigos y acudientes.
- Participar en el diseño y desarrollo de proyectos de investigación dirigidos a producir conocimiento y construir programas de intervención en salud mental dirigidos al mejoramiento de la calidad de vida de la población en un contexto específico.
- Acompañar procesos docente-asistenciales de estudiantes universitarios de diferentes programas de salud mental, con quienes Campo Abierto ha realizado convenios institucionales.

Psicoterapia Individual.

Objetivos

1. Explorar problemáticas de la personalidad del paciente que le generan dificultades para adaptarse mejor al contexto al que pertenece y que representan aspectos coyunturales en su vida.
2. Fortalecer mecanismos adaptativos y de defensa que le permitan tolerar mejor las situaciones de frustración que se le presentan al entrar en contacto con el otro.
3. Favorecer la movilización ordenada de emociones y sentimientos.
4. Iniciar un proceso de construcción de lo destruido en el mundo interno del paciente y en su entorno.

Herramientas psicoterapéuticas.

Sugestión.

Consiste en la capacidad terapéutica de convencer al paciente a través de elementos afectivos.

Persuasión.

Consiste en transmitir a un paciente la convicción de algo que el terapeuta ha entendido sobre él, mediante la utilización de mecanismos predominantemente intelectuales.

Catarsis.

Implica la descarga y corresponde al recuerdo más o menos explosivo de una situación, acompañado de sus diferentes componentes afectivos. Es un procedimiento

básico en cualquier tratamiento. Proporciona al paciente posibilidades fundamentales de desahogo.

Manipulación.

Como instrumento terapéutico se considera una maniobra que por medio de cambios artificiales en el encuadre, soslaya las resistencias en lugar de enfrentarlas.

Clarificación.

El terapeuta se limita a traducir, casi sin metabolización, los contenidos del paciente, intenta captar contenidos conscientes aislados para integrarlos.

Interpretación y elaboración.

Es la comunicación verbal explicitada que el terapeuta hace al paciente de la comprensión procesada de los contenidos de este.

Psicoterapia de Grupo.

Objetivos.

1. Favorecer la mejoría de una disfunción mental o emocional, localizada en los participantes de la experiencia grupal.
2. Promover el cambio emocional requerido por los participantes del grupo, en una experiencia psicoterapéutica con otras personas en donde se favorecen procesos de identificación grupal.
3. Favorece la comparación de una manera de obrar con los otros, familiarizándose con otras formas de expresión de sufrimiento y de resolución de conflicto.

Herramientas psicoterapéuticas

- **Dependencia:** Cuando el grupo pide la protección de un líder del que depende para su funcionamiento y que mida y canalice las dificultades que tendrán lugar. Se demanda entonces la protección de los miembros.
- **Combate-Huida:** Los participantes se reúnen ya sea para luchar o huir de la situación grupal en un signo de solidaridad.
- **Emparejamiento:** Es la formación de subgrupos o de parejas.
- **Ventilación:** Expresión abierta de un contenido considerado como secreto.
- **Catarsis:** En la experiencia grupal, significa recordar los tonos de los sentimientos y afectos que están asociados a los contenidos que se trabajan en grupo.

Criterios de exclusión.

Los pacientes con Retardo Mental, un episodio maniaco, un trastorno paranoide grave, con trastorno de la personalidad explosivo recurrente y algunos pacientes con trastorno de la personalidad antisocial pueden presentar dificultades de adaptación a la experiencia grupal.

Anexo G

ENTREVISTA CON LA PSICÓLOGA DE LA U.I.C. CAMPO ABIERTO

El formato de entrevista que se utilizo fue:

1. Cuáles son sus objetivos durante las intervenciones terapéuticas con los pacientes diagnosticados con Trastorno Afectivo Bipolar que se encuentran en fase Maníaca?
2. Qué tipo de intervención maneja usted con este tipo de pacientes?
3. Los pacientes diagnosticados con Trastorno Afectivo Bipolar y que pasan por una fase maníaca, ¿Cómo reaccionan a su intervención?.

Discurso de la Psicóloga Clínica de la U.I.C Campo Abierto, de acuerdo al formato de entrevista.

Desde psicología nosotros tenemos en cuenta que estos pacientes llegan en un estado clínico que muchas veces no les permite acceder directamente e inmediatamente por ejemplo a un tipo de actividad psicoterapéutica por psicología, **(1)** entonces, muchas veces es necesario que el paciente primero se encuentre un poco más tranquilo para que nosotros podamos acceder a la intervención con ellos en un primer momento y en el momento de la crisis maníaca es muy difícil que le podamos dar un manejo inmediato desde psicología. **(2)** Los objetivos en psicología con los pacientes en fase maníaca tienen que ver primero que todo con la posibilidad de que el paciente evacue las situaciones que siente que le están haciendo daño, **(3)** porque nosotros entendemos que en un primer momento el paciente lo

que esta haciendo sobre todo es actuar por medio de la palabra y por medio de la acción motora, entonces, cuando el habla realmente no esta procesando y no esta pensando en lo que nos esta diciendo, sino que la palabra también se comienza a convertir en una acción y eso es lo que nosotros vemos cuando trabajamos con el paciente. (4) En un primer momento nosotros le vamos a dar la posibilidad al paciente de que hable y de que hable de lo que él quiera además, dándole ese lugar sobre todo (5), cuál es el objetivo en este primer momento?, sobre todo contener emocionalmente al paciente, que el paciente sienta que encuentra un lugar en donde se le puede dar acogida y un lugar que no se va a romper cuando el paciente comience a hablar de sus ansiedades, de sus temores, de sus emociones, de los conflictos que siente que no puede manejar, esto en un primer momento (6). Posteriormente nosotros lo que vamos a tener en cuenta es que este paciente debajo de esta crisis maníaca y de estos aparentemente síntomas maníacos, lo que el paciente esta presentando son otro tipo de emociones de las cuales no puede hablar o genuinamente no puede hablar, después de que el paciente a sobretodo utilizado la acción, por medio de la palabra, le damos lugar al pensamiento (7). Ya en un siguiente momento en donde el paciente ya puede hablar más realmente de lo que esta sintiendo, con fines de elaboración, con fines de que finalmente lo pueda elaborar (8). En algunas teorías psicoanalíticas, por ejemplo desde la Kleiniana se habla que el paciente utiliza defensas maníacas, que no serian exactamente las que utiliza el maníaco, pero que si estarían en relación con el cuadro que el tiene, que son control, triunfo y desprecio por el objeto (9) , que son con las que llega realmente el paciente, entonces, vamos a darle lugar a que piense eso que el esta sintiendo en ese momento,(10) pero en un primer momento a mi me parece que la acción inmediata no es una intervención psicoterapéutica por psicología, sobretodo en la crisis

maníaca. (11)

En cuanto a la intervención, se hacen diferentes tipos de intervención en la clínica, nosotros comenzamos planteando un lugar de terapia individual y cuando el paciente ya se encuentra digamos que listo para enfrentarse a un grupo porque puede tolerar el estar trabajando con otros pacientes dentro de un mismo espacio nosotros incluimos la intervención psicoterapéutica grupal (12) pero, en un primer momento nosotros trabajamos con estos pacientes a nivel individual (13). Incluimos acá todo el tiempo el trabajo en equipo interdisciplinario, terapia ocupacional nos ayuda mucho sobretodo con estos pacientes y psiquiatría (14), así que la primera fase del tratamiento es individual, cuando el paciente esta un poco más tranquilo, la crisis ha pasado o esta un poco mejor modulado el paciente accede a un lugar grupal (15) en el grupo lo que el paciente va a encontrar es un lugar de contención pero ya grupal y de expresión de las emociones, de las ansiedades, de los temores, de los conflictos en donde otra vez la idea es que el grupo pueda contener a este paciente junto con los demás pacientes y que el terapeuta le sirva además al paciente para manejar sus emociones (16).

En un primer momento el paciente no tolera la intervención, por lo menos en el momento de crisis, el paciente tiende a romper la intervención (17), tiende a generar mal entendidos con las cosas que yo le puedo interpretar, si le hago algún señalamiento el paciente tiende a mal entender o a mal interpretar el señalamiento que yo le hago (18), el paciente tiende a volverse intolerante con el espacio de terapia, tiende a romper muchísimas veces el encuadre sobretodo por el lugar del tiempo, el paciente tiende a no conocer los limites, ignora las confrontaciones en este momento, incluso una confrontación puede generar una reacción terapéutica negativa con el paciente en este punto (19) , entonces, en un primer

momento es muy difícil, pienso que el trabajo del terapeuta es muy fuerte acá en términos de tolerancia a la situación de frustración, porque es un paciente que uno siente que lo invade masivamente (20), que muchas veces es tan duro lo que tiene que decir, que no lo vas a poder contener.(21) En un primer momento la situación para el terapeuta es muy fuerte y casi tendría que ser capaz de sobrevivirle al paciente y a la evacuación que el paciente trae que es lo urgente en este paciente (22). Posteriormente cuando el paciente comienza a hablar y a pensar además cuando esta hablando, el paciente comienza a organizar sus emociones y ya recibe el lugar de terapia individual como un lugar en el que puede hablar, en el que puede pensar y en el que puede comprender los afectos (23), que es cuando me parece que se vuelve importante, pero se vuelve importante en un segundo momento, no en un primer momento (24), en el primer momento siempre se corre el riesgo de que el paciente destruya el encuadre y destruya el proceso terapéutico, sobretodo si el terapeuta considera que no lo puede contener, por el mismo narcisismo del terapeuta por ejemplo (25). Es por esto que el terapeuta tiene que sobrevivirle al encuadre y al paciente en la fase maníaca (26).

Anexo H

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL

U.I.C. CAMPO ABIERTO

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Terapia Ocupacional

Es una unidad de atención especializada, que presta servicios de evaluación, diagnóstico, intervención, asesoría y educación, en el desempeño de la persona con disfunción psicosocial en sus actividades de la vida diaria como son el autocuidado, el uso del tiempo libre, el trabajo y la escolaridad, buscando la autonomía personal social del usuario y su integración a la comunidad.

Objetivos

1. Identificar, incrementar y potencializar los componentes de ejecución, teniendo en cuenta la edad, ocupación, tratamiento y nivel de funcionalidad, con el fin de mejorar y mantener el desempeño independiente de sus roles ocupacionales.
2. Concientizar al paciente sobre la importancia de mantener un manejo equilibrado de los diferentes tiempos productivos: trabajo, escolaridad, tiempo libre, sueño y actividades de la vida diaria de acuerdo a la ocupación y nivel de interés.
3. Promover la organización de hábitos y rutinas a nivel intramural con el fin de facilitar el desempeño ocupacional eficiente, eficaz e independiente en su diario vivir.

4. Facilitar la exteorización de contenidos internos a nivel emocional a través de actividades proyecto y expresivo- proyectivos.
5. Brindar al paciente información pertinente que le permita conocer y manejar los síntomas y situaciones que genera la enfermedad mental.
6. Educar al paciente y a la familia mediante actividades terapéuticas, visitas domiciliarias y planes caseros que mejoren la calidad de vida del paciente.

Rol del terapeuta ocupacional en Salud Mental

La función del Terapeuta Ocupacional, se relaciona directamente con las competencias ocupacionales, es decir, con el quehacer de la persona, implica trabajar con un marco de referencia y aproximarlos a un modelo.

Es importante que el Terapeuta Ocupacional, no está allí para decirle al paciente que significa su conducta, sino para facilitar su propio conocimiento del significado.

Se debe proporcionar una información objetiva, acerca de la cualidad de los objetos para manejarlos, permitiendo una identificación de las propias habilidades facilitando a partir de esto una comprobación de la eficacia de su acción en el medio, como sería lo logrado en las actividades diarias, productivos de juego y de descanso.

Es experto en el análisis de las actividades evaluativas de habilidades de trabajo, técnicas de organización, simplificación y métodos de trabajo. Análisis ambiental de la función cognoscitiva en relación a la ejecución de la actividad, factores que determinan y cuantifican la realidad de ejecución de un individuo en términos de productividad y de manejo del tiempo.

En actividades de la vida diaria y actividades como transporte, manejo de dinero y realización de compras, el terapeuta ocupacional, trabaja con individuos, en los cuales la habilidad para esta ejecución es baja, hechos que se encuentran en las fases iniciales de la enfermedad aguda y los pacientes con largos periodos de institucionalización.

La importancia en estas actividades es dada por el hecho de que con frecuencia el deterioro de estas habilidades es el signo inicial y primordial para determinar, la factibilidad de satisfacer y cumplir por parte de estos individuos las demandas del ambiente.

Programas de atención

Actividad productiva

Va dirigida a pacientes con disfunción psicosocial, quienes presentan alteración en su rol productivo y en su encausamiento personal. Les da la posibilidad de reorientar el comportamiento ocupacional, mediante el uso de actividades semiestructuradas que potencializan los diferentes componentes ocupacionales y que favorecen los aspectos funcionales de las diferentes áreas de ejecución ocupacional.

Teniendo en cuenta que las personas con disfunción psicosocial utilizan diferentes mecanismos de defensa para el manejo del medio y de su sintomatología, se hace relevante utilizar actividades que faciliten la proyección de sentimientos, disminuyendo su ansiedad y carga afectiva. Además la utilización de actividades semiestructuradas favorecen y mantienen el contacto con la realidad, la integración yoica y la canalización de los contenidos internos, generando así sentimientos de autogestión para el desempeño ocupacional productivo del individuo.

Entrenamiento en habilidades sociales

Este programa va dirigido a personas con disfunción psicosocial que por el mismo proceso mórbido, presentan un deterioro en sus habilidades sociales y por ende los roles que asumen a un nivel social.

Dentro de este programa se trabajan los componentes psicológicos y sociales partiendo de las características de cada patología, el grado de deterioro cognitivo, los componentes de ejecución comprometidos y los relacionados con técnicas de entrenamiento específicas para incrementar el funcionamiento social.

Potencializando las habilidades básicas para establecer y mantener contactos con otros de manera funcional, para expresar y comunicar ideas, sentimientos y necesidades a otros participantes del grupo, para percibir y escuchar a otros y para participar y manejar procesos grupales como miembro activo.

Además, se trabaja la capacidad de ser asertivo y los roles de liderazgo como elementos propios del ser social que es miembro de una familia y participa en una comunidad.

Utilización del tiempo libre

Este programa va dirigido a la población que presenta alteración del manejo equilibrado de actividades de su interés, significativas y placenteras propias de cultura y medio en el cual se desenvuelve. Consiste en proporcionar al paciente las herramientas personales para que logre identificar y participar en actividades sociales,

culturales y recreativas que le proporcionen un significado y un espacio de esparcimiento e interacción de manera que adquiera componentes psicosociales básicos que le permitan convivir dentro de su comunidad.

Reeducación cognitiva

Este programa se dirige a pacientes cuyo proceso de enfermedad ha producido deterioro en su procesamiento cognitivo, básicamente para la solución de problemas de la vida diaria, en procesos de comunicación e interacción y el manejo de elementos personales para el desempeño independiente.

Dentro de este taller se trabajan actividades que impliquen la participación de funciones cognitivas como planeación, organización, toma de decisiones, iniciativa, creatividad y solución de problemas, aplicadas al manejo de rutinas en las actividades diarias y en patrones de convivencia.

Actividades psicoeducativas

Este programa se dirige a personas con disfunción psicosocial que luego de su proceso de hospitalización deben reintegrarse a su comunidad y para esto requiere de un conocimiento básico sobre la influencia de su sintomatología en sus roles ocupacionales y sobre cómo minimizar estos efectos.

Dentro de este programa, se satisfacen las necesidades terapéuticas y educativas del paciente hospitalizado, mediante un proceso limitado en tiempo y orientado a la educación, en el cual cada sesión trabaja un contenido, una tarea identificada y un proceso final.

Las actividades se enfocan en el conocimiento de aspectos emocionales y sobre el balance de los roles ocupacionales, desarrollo de destrezas, establecimiento de objetivos personales, manejo del tiempo, manejo de situaciones difíciles, cuidados personales y planificación de actividades de esparcimiento.

Comunicación proyectiva

Este programa va dirigido a pacientes con disfunción psicosocial que presentan dificultades para satisfacer sus necesidades de afecto, estima, pertenencia, expresión, relación y creatividad, ocasionándoles limitaciones en el funcionamiento en su área personal, autoconocimiento, relacional, interacción y de participación social.

Dentro de este se trabajan contenidos relacionados con el fortalecimiento de sus funciones yóicas mediante técnicas expresivo-proyectivas que le ofrezcan al usuario procesos de identificación, proyección, sublimación y simbolización, que influyan en el autoconocimiento necesario para la satisfacción de necesidades internas.

Reunión comunitaria

Quincenalmente se reúnen los miembros del equipo con todos los pacientes para evaluar el funcionamiento general de la Institución, escuchar inquietudes, quejas y sugerencias acerca del servicio prestado.

Anexo I

ENTREVISTA CON LA TERAPEUTA OCUPACIONAL DE LA U.I.C. CAMPO ABIERTO

El formato de entrevista que se utilizo fue:

1. Cuáles son sus objetivos durante las intervenciones terapéuticas con los pacientes diagnosticados con Trastorno Afectivo Bipolar que se encuentran en fase Maníaca?
2. Qué tipo de intervención maneja usted con este tipo de pacientes?
3. Los pacientes diagnosticados con Trastorno Afectivo Bipolar y que pasan por una fase maníaca, ¿Cómo reaccionan a su intervención?.

Discurso de la Terapeuta Ocupacional de la U.I.C Campo Abierto, de acuerdo al formato de entrevista.

En Terapia Ocupacional lo primero que se hace con el paciente es establecer la relación terapéutica **(1)**, que él sepa quien soy yo y se establecen los límites claros dentro de la clínica que son las normas mínimas que él tiene que respetar **(2)**. Obviamente como es un paciente maníaco, muy seguramente lo más factible es que nos rompa todos los límites **(3)** pero tenemos que tener siempre el encuadre para que el paciente se valla conteniendo dentro del mismo ambiente, de esta manera, eso lo va ayudando a organizarse internamente **(4)**. Ya en trabajo individual – grupal lo que se busca con el paciente es disminuir la hiperactividad a través de la descarga de la energía psicomotora. **(5)** También se trabajan

los niveles de atención, el criterio de realidad, la parte de autoestima se maneja en el paciente y la socialización (6).

El objetivo como tal de la descarga de energía psicomotora es favorecer la disminución de la hiperactividad, la comunicación y establecer la relación a través de movimientos corporales amplios, rítmicos, pausados y de estiramiento (7); ¿qué se busca con eso? Que el paciente pueda manejar los límites que se le dan ya que para el paciente maniaco es muy difícil cuando uno les dice “estas son las normas” (8), pero si tu le favoreces el ambiente a través de este tipo de actividades él va lograr adaptarse y esto además le permite establecer una mejor relación tanto con la Terapeuta como con los demás pacientes (9).

Los límites que se manejan con este tipo de pacientes son amplios, uno no se puede ir a lo específico con él porque probablemente va a romper con los límites (10), entonces él va a tener un poco de “largas”, digámoslo así, dentro de la misma actividad (11), por ejemplo, “¿Doctora será que puedo salir a darme una vuelta?”, uno le responde “si claro valla se da una vuelta pero vuelva no se demore mucho” (12), así siempre se contiene al paciente. Hay pacientes que se van y no vuelven (13), uno pide ayuda a enfermería para que los regresen al sitio de trabajo y se deben volver a integrar a la actividad y que siga en lo que estaba y termine la actividad (14).

El objetivo con la parte cognitiva es lograr incrementar actividades cognitivas y psicoeducacionales relacionadas con la atención, concentración (15); por todo aquello de la parte semiológica de fuga de ideas, asociación laxa de ideas, taquilalia, la logorrea de ellos (16). Lo que uno busca es organizarle este tipo de habilidades al paciente (17). De esta manera también se convierte en objetivo el buscar incrementar habilidades cognitivas y

psicovocacionales relacionadas con atención, concentración, memoria, solución de por medio de problemas, reconocimiento del error, tolerancia a la frustración, tolerancia al tiempo de trabajo y a la actividad **(18)**.

Otro objetivo puede ser favorecer en ellos el criterio de realidad a través de las actividades que favorezcan el valor del objeto y no el juicio **(19)**, como es un paciente maníaco, siempre va a estar criticando, él no es considerado con el objeto, el objeto siempre es lo peor por eso es que él abandona la actividad, no le importa nada y por lo mismo se agarra con todo el mundo **(20)**. Entonces lo que buscamos aquí es que todas las actividades que el haga sea con un modelo, uno les muestra un modelo a seguir para que el producto final sea parecido a la muestra **(21)**. A pesar de que la actividad tiene un límite amplio, en esas cosas uno tiene que ser concreto para poder desarrollar una actividad de tipo estructurada **(22)**, entonces de ahí no se puede salir el paciente porque o si no él va a empezar a juzgar, “a pero es que el mío me quedo más bonito que el suyo, pero es que como usted no es capaz de hacerlo tan rápido como yo” **(23)** entonces esas conductas del paciente toca ir las frenándolas, de lo contrario no se podrá manejar ni la autoestima del paciente, ni la tolerancia a la frustración, ni la calidad del trabajo, esto es importante, a ellos se les pide mucha calidad no cantidad **(24)** porque como él funciona aceleradamente entonces él hace muchas cosas mal hechas, por lo tanto es mejor solo una cosa con calidad y eso hace que tenga que someterse a la actividad, a los límites, que él sea capaz de evaluar cómo esta funcionando, que reconozca el error, la toma de decisión, la solución de problemas eso es lo que se busca con este paciente en ese tipo de actividades. **(25)**

Lo otro que se debe hacer es asignar roles específicos dentro del grupo evitando situaciones de competencia y si de cooperación para incrementar la socialización **(26)**.

Estos pacientes son rechazados todo el tiempo porque son cansones, son los que se meten en todo, no deja trabajar al grupo, es burlón (27); entonces con ellos lo que uno hace es asignarle tareas específicas donde él se tenga que relacionar con sus compañeros, tareas como repartir material, por ejemplo (28), estos roles específicos hacen que los otros pacientes necesariamente tenga que relacionarse con ellos (29). A veces el comportamiento de estos paciente es tan disruptivo por la falta de organización (30), porque así como están funcionando en el afuera están funcionando en el adentro (31), entonces lo que uno hace es ubicarlos en una mesa, primero con pacientes que sean un poco más tolerantes que lo puedan organizar (32), ahí uno se vale de la gente que esta mejor para que uno jale al otro o lo contenga de alguna manera (33), ya cuando es necesario intervenir pues se interviene, pero hay momentos en que hay que dejarlos solos para que ellos se den cuenta del error (34), a veces es más valido que los pacientes le digan “oiga que usted esta cansón” que uno engancharse con el paciente (35), esto porque el Terapeuta se ve como una figura de autoridad cansona que todo el tiempo regaña, pero entonces cuando el paciente no puede ver su comportamiento uno pregunta al grupo ¿qué piensan del funcionamiento de fulanito? entonces todos le dicen y ahí el paciente se pone a pensar realmente soy yo no es ella (36); es ahí donde la socialización permite que los pacientes puedan interactuar con ellos, lo acepten de alguna manera y puedan facilitar el eliminar un poco los roces, siempre los van a haber pero se espera que mientras los síntomas del paciente van bajando el resto del grupo lo valla aceptando mucho más. (37)

Siempre se va a estar trabajando hábitos de trabajo ya que la idea es que regrese a su actividad productiva (38). Se trabaja el rendimiento, la calidad, a ellos se les exige no la velocidad en la producción pero si se les exige el rendimiento porque como son pacientes

que requieren salir una y mil veces del sitio de trabajo hace pues que se vallan atrasando en la hechura de los pasos, entonces cuando él regresa pretende hacerlo en dos segundos y uno les exigen que las cosas se hagan despacio y bien hecho, esto permite contener al paciente (39). Cuando el paciente tiene bastantes síntomas, las actividades deben ser cortas y laxas, entonces dejarlos salir de la actividad siempre diciéndoles que regresen (40). Las actividades cortas permiten que se desarrolle la tolerancia y halla una adhesión al tratamiento, si yo entro como un figura de autoridad completa, persecutoria con él, el paciente nunca va a responder a la relación terapéutica, a este tipo de pacientes es mejor mostrarle su comportamiento a través del otro (41).

Hay que evitar al máximo ruidos exagerados con ellos (42). Durante las actividades se puede escuchar música pero moderada o si no el paciente se pone a bailar, rompe con las actividades de los demás, saca a bailar a otro o se pone a cantar, por lo tanto es conveniente manejar un ambiente tranquilo (43). Si ya uno con un ambiente tranquilo, el paciente lo rompe, uno lo puede invitar a darse una vuelta y que luego cuando se sienta mejor vuelva, entonces eso permite que la actividad no se rompa o que otros se angustien y si que el vulva más tranquilo (44).

La relación terapéutica tiene que ser estable pero con limites (45), el paciente maníaco es muy seductor, muy manipulador entonces uno tiene que ser rígido en la medida en que mantienes los limites, estas ahí pero no eres la (entre comillas) “acosadora” una buena posición rígida con el paciente, ni más ni menos si no lo que necesite y eso favorece la relación terapéutica uno como figura de autoridad como terapeuta, con el paciente en sus actividades (46). Hay que evitar imposiciones, hay que evitar darle la sensación de expectativa para que ellos no empiecen a jugar con el objeto terapéutico (47). Hay que

exigirle el respeto al encuadre (48). A medida que el paciente va evolucionando se les va aumentando el grado de exigencia (49). La idea con estos pacientes es que dejen de funcionar maníacamente y que empiecen a deprimirse para que empiecen a pensar en lo que realmente hace que funcione como esta funcionando, es allí donde se empiezan a trabajar los objetivos dirigidos a la depresión (50).

Las actividades de los pacientes se deben respetar nunca juzgárselas o intentar realizarlas por ellos ya que esto se convierte en una agresión, además a uno lo ven como una persona que no vale nada, él si (51). Más vale señalarles, ya cuando el permita que uno les ayude uno se mete antes no, esto se da por transferencia y contratransferencia (52).

La gran mayoría de los pacientes logran adherirse al tratamiento, el paciente que no llega a la actividad uno lo invita (53). Ellos no tiene problema en meterse en una actividad productiva o cognitiva, pero cuando es una de introspección o psicoeducativa si hay problema (54). Como ellos no tienen el control de los impulsos interrumpen constantemente, desvalorizan la intervención de sus compañeros (55). Trabajar con este tipo de pacientes es más desgastante ya que a uno le toca estar conteniéndolos pero debe haber una figura contenedora para que él no se siga disparando (56). Los medicamentos ayudan a que el paciente puede participar de la actividad, luego el modulador del ánimo comienza a hacer efecto y es allí donde el paciente empieza a trabajar con sus propias herramientas y cosas lo que le permite comenzar a percibirse él (57). Es muy raro el paciente que tenga introspección, por ejemplo, entonces es ahí donde uno le hace señalamientos, uno si tiene unos objetivos, pero es el funcionamiento del paciente el que genera la intervención por lo cual uno a veces se sale de los objetivos o se encierra en ellos (58).

El paciente siempre tiene que terminar las actividades, si ese día no regresa a la terapia , al otro día o cuando vuelva debe terminar lo que dejó iniciado **(59)**. Si no se termina hay una pérdida del trabajo que ya se ha hecho, hay una pérdida en la intención , en el propósito, y esto hace que el mecanismo de defensa de la negación aumente “yo no tengo nada, yo no cometo errores, yo todo lo hago perfecto” **(60)**

De acuerdo a mi experiencia con este tipo de pacientes, esto es lo que puedo decir de su funcionamiento agregando que en la manía desaparece el ideal del yo y el yo se iguala al yo ideal **(61)**, entonces “si yo ya soy como quería ser, para que hago las cosas, para que participo, para que tengo que seguir límites si yo ya soy como yo quería ser” por eso es que él desprecia el objeto **(62)**. El maniaco tiene elementos paranoides, se siente omnipotentemente bueno y quiere ser amado y admirado por todos y siente que es tratado injustamente por los demás, comportándose igualmente con las personas que están a su alrededor **(63)**, esos son los pacientes que nada les es suficiente y se quejan constantemente, esto a causa de las cosas malas que hacen los demás porque el maniaco hace las proyecciones de lo que él vivió con otras personas en su fase depresiva y lo pasa ahora como defensa maniaca para no pensar en eso **(64)**. Quiero por último agregar que en ellos el principio de realidad se desvanece por el principio del placer, el principio de realidad es la capacidad de espera, pero atrás de eso está la gratificación el disfrutar porque “la vida es bella, corta, la vida es buena” estas son las típicas frases de los pacientes maníacos **(65)**.

Anexo J

ENTREVISTA Y OBSERVACIONES DE CAMPO DEL PACIENTE MIGUEL

DISCURSO DE MIGUEL

¿Nos colaboras Miguel?

El día 20 de abril a las 8:00 de la mañana nos presentamos con Miguel. Él se encuentra atento a todo lo que le estamos contando acerca de nuestro proyecto de grado, afirma con su cabeza al escuchar cada frase, dándonos a entender que todo le esta quedando claro **(1)**. Cuando le preguntamos si esta interesado en participar de la investigación él contesta: “claro Doctoras, a mi me gusta que me investiguen, yo les voy a ayudar y más si es para beneficio de ustedes. Yo soy miguel, nací en Ubala y tengo un sistema Bipolar, eso me dijeron.....” **(2)** El paciente se muestra colaborador y comienza entusiasmado a contar sobre él. Hay que parar su discurso para poder aplicarle el modulo D del MINI y diligenciar el Consentimiento Informado, aclarándole que enseguida podrá contarnos acerca de su vida **(3)**.

¿Quién es Miguel?

Yo me llamo Miguel y tengo 68 años cumplidos y nací en Ubalá (Cundinamarca) **(4)**. Quiero que sepan que yo soy casado con Mariela Prieto **(5)**, de esa unión hubo siete hijos, dos varones y cinco mujeres, un niño que se murió de Bronquitis tenia dos años un mes, me parece y así se me murió, pequeñito **(6)**. Por ahí a otros les dio Bronquitis pero yo los lleve a las, a las, cómo se dice, a las clínicas y esto en realidad los favoreció mucho **(7)**.

Su vida

Saben, yo no he vivido toda la vida en Ubala porque cuando fallecieron mis padres, más que todo cuando falleció mi mamá hace 13 años y mi papá hace 16 años - si ven yo como me acuerdo de todo (8) - entonces ya me toco estar en Ubala unos meses para vender una tierritas, que eso si, eran solo mías ya que soy un gran negociador del DAS (9). Bueno acá a Bogotá venia un tiempo y así, pero estaba más en Ubala porque “el que tiene tienda que la atienda” y si yo dejaba en manos de otros mis fincas me robaban, además que son unos ineptos que no tienen inteligencia en cambio “Miguel el negociador” si (10). Eso si cuando me llevaron al cuartel fue cuando yo salí de Ubala pero todos me recuerdan mucho pues soy muy sociable y alegre (11).

Su familia

Yo me casé el 26 de Agosto del 62, hace 44 años va a ser ahorita el 26 de Agosto. Mi esposa vive en el barrio San Pedro de Bogotá (12). Una hija mía dice que esta casada, ahí me mostró las argollas del matrimonio pero a mi no me invitaron al matrimonio, ya cada cual que haga su vida y a mi que me dejen en paz y yo no me meto en la vida de ellos, solamente que si se casan mejor y viven así, pues es la voluntad de Dios, que se le puede hacer (13). Mi esposa se porta bien conmigo es muy buena gente, yo también, sino que la tienen atemorizada que de pronto le pego y yo no le pego por que ella es inútil porque tiene artritis (14), sufre de las coyunturas de los pies, más que todo sufre para caminar (15). Los mismos hijos son los que dicen que yo le puedo pegar a ella que dizque porque soy loco y yo no soy loco, ellos de pronto si y además hace tres años me dijeron lo del sistema bipolar

desde que tuve el accidente y mi vida antes era bien porque nunca había sido golpeado en la cabeza ni un asunto de un carro o de un vehículo que me accidentara, eso todo fue por el accidente del vehículo hace tres años **(16)** Antes del 2003, la relación con mi esposa y mis hijos era muy bien porque yo no había sufrido un accidente de transito, yo le hecho la culpa de todo al accidente de transito eso si yo no quede bien porque me siento mal de la cabeza, por ejemplo ahora me estoy sintiendo mareado de la cabeza **(17)**.

El accidente

¿Qué más les puedo contar de mi vida?, pues que yo eh, eh andaba bien y tuve un accidente de transito el 8 de Abril pasado entonces quede como con problema en la cabeza, dicen que quede con sistema bipolar **(18)**. El accidente fue en el 1900... en el 2003 que diga, hace tres años **(19)**. El sistema bipolar para mi es que..... no pues que tuve un accidente de transito en la 13 con Boyacá y de ahí para acá, porque yo era muy alentado de la cabeza muy inteligente de memoria yo era el mejor en todo, ahora me volví desmemoriado pero sin embargo se muchas cosas de la vida, de negocios sobre todo **(20)**. Todo esto fue porque yo sufrí el golpe en la cabeza en toda la parte izquierda del cuerpo, seguramente el carro me tiro así por el lado izquierdo, mejor dicho todo el golpe lo sufrí al lado izquierdo del cuerpo **(21)**.

Mi enfermedad

La verdad hace tres años empezó mi enfermedad y yo no he contado por qué. Todo fue el 8 de Abril que paso hace tres años **(22)**. En el 2003 me tenia que ir para Ubala, yo había venido a una misa de novenario de un tío que vivía en Fusa, no pude venir al sepelio

entonces vine al novenario (23). En ese viaje me accidento un carro en la 13 con Boyacá yo tengo los papeles en Ubala, a mi me dijeron que eso quedaba bien, ya me levantaron para la clínica la paz que queda en la 13 con setenta y pico, ahí no seria mucha la demora y me trasladaron a la San Rafael del 20 de Julio, allá dure 15 días 15 noches y ahí para acá es que me he sentido con sistema bipolar a la cabeza (24). Me dijeron que eso yo quedaba bien y no me dieron sino \$250.000 pesos que eso yo quedaba bien (25). Lo que no sabían era que yo tenía más que \$250.000, mucho más (26). Desde ese momento he estado más de 10 veces en los hospitales y dizque psiquiátricos imagínense, en uno y en otro aquí en Bogotá y en Girardot menos en Ubala que es de donde soy yo (27). Yo lo que necesito es un medico y ya, yo creo que me traen a esta clínica por ese sistema bipolar porque los síntomas que yo tengo es que me pongo agresivo con las personas, contesto mal y no es que conteste mal sino que las respuestas son pesadas para ellos, entonces piensan o dicen que yo estoy loco (28). Entonces al decir que yo estoy loco me venden más y yo de loco no tengo nada, que ellos no sepan hacer negocios es otra cosa, solo tengo un sistema bipolar que es un falla a la cabeza pero loco no, en ningún momento (29). Es la primer vez que yo vengo a acá, a parte de esta clínica he estado en la San Rafael del 20 de Julio en Bogotá, estuve en la San Rafael de Girardot eso ya casi un año dos meses y ahí para acá han sido muchas hospitalizaciones por el sistema bipolar porque yo no quede bien de la cabeza desde el golpe para acá (30). Yo si sabia que no iba a quedar bien porque yo me sentía mal, con borrachera y no podía ni pensar y la señora me arreglo con \$250.000 en la fiscalía con 168 y mi hermano tiene el denuncia con mi abogado (31). Ya estoy ronco de tanto hablar, he hablado con tantos hoy pero eso me gusta porque yo tengo muchas cosas para contar de todos mis éxitos y me siento importante (32), además entre más hable más inteligencia le da

a uno Dios para poder hablar, si me dicen que me callé me da como impaciencia a mi siempre me ha gustado hablar mucho de todo lo que me pregunten, yo se de todo (33).

La Hospitalización

Llevo 15 días hoy por la tarde de estar hospitalizado, miren yo estuve como en unas cinco o seis clínicas en menos de nada y me encontraron por ahí y me trajeron porque hace como un mes estoy desertado de la familia, o sea que ellos no saben donde encontrarme (34). El domingo por la tarde vino una señora y yo le pregunte en que barrio vivía y ella me dijo que en el San Pedro y yo dije con razón y le mande un papelito a la hija mía al restaurante y era el momento que no sabían donde estaba yo, porque hace un mes estoy perdido, me mandaron a un mandado y yo me fui a hacer unos negocios con mis amigos (35). Ya saben donde estoy pero no se si se han comunicado con el enfermero, pero si no es así no hay problema, ni falta que me hacen, yo ya hice mi vida como quería, los tuve y los crié y ya (36). Además a mi trajeron en una ambulancia de la Samaritana porque allá estaba firmando las ultimas escrituras de los negocios (37). Después de terminar mis negocios si me vine para acá por el asunto de psiquiatría, pues eso también se debe atender y aquí he sido bien atendido por todos y en las terapias he podido enseñar muchas cosas gracias a Dios, uno tiene que trasmitir todos sus conocimientos, entonces yo creo que ya se cumplió con lo que se debía cumplir entonces ya me puedo ir (38). Cuando yo salga de acá no me voy a ver con mi esposa porque si ella no se deja ver yo como la voy a obligar, después ella busca a las autoridades y eso si que no, ella no se deja ver porque la tienen atemorizada yo no se en que forma (39). Me voy para donde una hija, si ella me recibe, o para Ubala o en

ultimas para una clínica de reposo que no puedo decir cual es, aunque puede ser esta misma, aunque yo preferiría estar aquí porque aquí es bien atendido y amañador se amaña uno mucho y con las terapias me ha ido bien a parte de enseñar aprendo cosas nuevas (40). En esa tal psicoterapia hablan todos cosas que no tiene sentido la verdad, deberían ser más interesantes por lo menos como yo que cuento cosas que valen la pena (41). La psiquiatra es una buena persona yo ya la conocía de la Palermo, yo estuve allá por poquito cuatro meses (42). Mejor dicho, algunos en su vejez se dedican a viajar por el mundo yo me dedique a viajar por las clínicas, es una buena alternativa o no? (43). Bueno ya no puedo hablar más, será de lo mismo que hablo que me quiere dar sueño aunque a mi me gusta todo. Estoy muy agradecido por todo ojalá las cosas salgan bien (44).

Notas de campo

Lugar: Unidad de intervención en crisis U.I.C. Campo Abierto.

Fecha: 20 de Abril de 2006

Hora: 8:40 am

Actividad: Terapia Ocupacional

Estudiantes de Psicología: Mónica A. Becerra N.

Natali Díaz Rojas.

La terapia inicia con los buenos días de la terapeuta, luego una nueva paciente se presenta y así siguen los demás pacientes y cuentan porque se encuentran en Campo Abierto **(1)**. Miguel se encuentra atento a la presentación de cada uno de sus compañeros. Se presenta “Soy miguel, estoy acá porque según dicen tengo un sistema bipolar o un trastorno bipolar pero no he atentado contra mi vida o contra la de los demás. Soy pasivo (se ríe), no yo solo estoy bravo con ella” **(2)**. En ese momento todos sus compañeros opinan que no es pasivo, que al contrario pelea mucho **(3)**. La actividad consistirá en leer el periódico según el interés de cada paciente, para esto tiene un tiempo de 15 minutos y luego se hará una socialización de cada uno de los temas leídos **(4)** escoge la sección de Información General y se dispone a leer muy juiciosamente. No parece que este leyendo en orden, coge la hoja al derecho pero la empieza a mirar de arriba abajo, de izquierda a derecha de forma rápida. En algunos párrafos se detiene. Luego voltea la hoja y realiza la misma operación del principio **(5)**. Miguel se encuentra al lado de la Terapeuta Ocupacional y se distrae constantemente con lo que ella hace. Sus demás compañeros se encuentran concentrados en la lectura. Miguel no deja a un lado la hoja pero no muestra

interés en la actividad que se esta realizando. De nuevo se distrae, ahora es con un paciente que se encuentra en la cancha de Básquet jugando **(6)**. De pronto interviene, “Ya o toda vía no” deja la hoja encima de la mesa. La Terapeuta Ocupacional le dice “¿cuánto tiempo dijimos?”. El responde de malgenio “yo no me acuerdo pero yo ya termine de leer, es que eso es diciendo y haciendo” **(7)**. La Terapeuta le responde que son 15 minutos de lectura y que sus compañeros no han terminado, él vuelve a mirar la hoja del periódico y se inclina sobre la mesa, muestra una actitud de desespero. De nuevo coge la hoja e inicia la lectura, en esta oportunidad mientras va leyendo afirma con su cabeza y expresa facialmente el desacuerdo quizás con lo que lee **(8)**.

El tiempo para la lectura a terminado, cada paciente participa de la socialización de los temas. La dinámica es que cada uno comente su lectura y luego determinado paciente debe contar de que se trataba la lectura de alguno de sus compañeros **(9)**. Pareciera que Miguel estuviera atento, de pronto dice “bueno” se para de la silla y se sale del Kiosco **(10)**. Vemos que se dirige al baño, luego regresa. Mientras se desarrolla la discusión de sus compañeros Miguel hace comentarios sueltos acerca de lo que dicen por ejemplo dicen Nariño y el responde “volcán Galeras” o alguien lee una pregunta ¿qué lo tiene enviciado? Y él responde “la plata” (se ríe con picardía). Miguel intenta desordenar la actividad haciendo comentarios sueltos o parándose a supervisar el trabajo de cada uno de sus compañeros pero al no encontrar respuesta demuestra que no le importa y se vuelve a sentar o se queda en silencio **(11)**.

Cuando es el turno de Miguel, él le pide a la terapeuta que ella lea su artículo pues él ya lo leyó pero considera que es importante que sus compañeros se enteren de esa noticia. Mientras la Terapeuta lee, él se muestra atento, cuando ella termina de leer él le

dice “muy bien Doctora, como sabe leer, ahora cada uno opine, haber si estaban atentos”. Sus compañeros comentan sobre la lectura, Miguel los escucha y al final de cada intervención los felicita **(12)**. La Terapeuta le pregunta por qué escogió la sección de Información General y él responde “porque según en lo que uno trabaja esa gente sale limpia y uno no coge nada, por ejemplo, uno trabaja en el DAS en el dos y en la red de investigación, como dice el cuento llega la culebra y lo coge, por otro lado la olla podrida y descubren quien revolvió las cosas. Meten a unos que nada que ver, una cedula de un muerto y el hombre se metió en la sin salida, listo ya dije lo que tenía que decir, permíto”. Miguel se sale del Kiosco. A partir de ese momento empieza a entrar y a salir del lugar de trabajo **(13)**.

Finalmente la Terapeuta Ocupacional les lee un artículo que deja ver el egoísmo y la soledad que reinan en la sociedad. Los pacientes comentan acerca del artículo, Miguel dice “claro pero no se daban cuenta si estaba en otro país y si dándole plata a los oligarcas para que se la gasten, es que ni la familia se daba cuenta”. Finalmente se hace un ejercicio de memoria donde alguno de los pacientes debe hacer un recuento de lo que leyó cada uno de sus compañeros, Miguel responde “no, otra vez van a decir que leyeron? Yo mejor me voy”. Miguel sale del Kiosco disgustado **(14)**.

Durante toda la actividad, Miguel muestra una actitud de desinterés y constantemente desvaloriza las opiniones de sus compañeros y la actividad en sí misma **(15)**.

Notas de campo

Lugar: Unidad de intervención en crisis U.I.C. Campo Abierto.

Fecha: 20 de Abril de 2006

Hora: 3:00 pm

Actividad: Psicoterapia Grupal.

Estudiantes de Psicología: Mónica A. Becerra N.

Natali Díaz Rojas.

Miguel se encuentra sentado en el Kiosco cuando se percata de que la terapia es de Psicología se molesta y lo único que dice es “aquí hablan de soluciones y yo no puedo, además que voy a solucionar” (1). Se mantiene entrando y saliendo del kiosco, al entrar al Kiosco muestra una actitud displicente con lo que pasa a su alrededor (2). En una de las oportunidades en las que entra dice “ aquí no se puede hablar, se pide la palabra y se la quitan dos o tres personajes y no se presta atención a lo realmente importante” (3). La terapia se interrumpe para que los paciente tomen su refrigerio, en ese momento aprovechamos para preguntarle a Miguel porque no esta participando y el responde “ no voy porque no me dejan hablar uno, dos y tres son los que hablan desde el inicio hasta el final, del primero al ultimo y no dejan hablar. Yo no pido la palabra así me muera (4). Hablan hasta de la empleada que les deja quemar el arroz. Saben voy a ir al Kiosco pero yo no pido la palabra. ¿Quién dijo que para que yo pueda hablar debo pedir la palabra?” (5).

Miguel manifiesta que el quiere hablar, que le pregunten y el responde pero que no sea lo de siempre “yo me llamo fulano de tal y estoy aquí por sistema bipolar. Pero eso si que no hablen dos o tres o que hablen todos pero breves como dijo el pastuso” (6).

Finalmente Miguel no quiso participar de la psicoterapia de grupo, se sale del Kiosco y no vuelve a entrar. Se pudo observar en el una actitud hostil y prevenida con su entorno (7).

Anexo K

ENTREVISTA Y OBSERVACIONES DE CAMPO DE LA PACIENTE CLARA

DISCURSO DE CLARA

¿Nos colaboras Clara?

El día 27 de Abril a las 8:00 de la mañana nos presentamos con clara (1). En ese momento ella se encontraba eufórica (2). Empezamos a comentarle sobre el trabajo de grado que esta siendo desarrollado por nosotras, a medida que pasaban los minutos aumentaba la emoción de Clara y nos daba a entender que la información suministrada por nosotras estaba quedando clara (3). Cuando le preguntamos si esta interesada en participar de la investigación ella respondió: “Dime si no mami, a mi me han investigado muchas Doctoras como ustedes, lo único que yo no quiero es que mi nombre se sepa (se ríe) sabrían quien soy yo” (4). Nosotras le aclaramos todas las consideraciones éticas que se tiene dentro de la investigación y le informamos que su discurso iba a ser grabado en medio magnético con el fin de no perder información (5). Ante esto ella respondió: “Listo mami, me parece magnifico y formidable, si es grabando y todo, mucho mejor, empecemos ya”. Clara se encuentra entusiasmada (6).

Quién es Clara?

Yo soy Clara, tengo 47 años, y yo diría que toda mi vida he tenido esta enfermedad, nací en el 59 (7). Tengo 4 hijos de 26, 17, 14 y 7 años (8). Vivimos en Sopo (9). Vivo con mis hijos, yo sola, siempre sola, sola, sola, sola y aquí, todo por ellos y para que? (10) Tengo

hoy en día 47 y no tengo derecho a irme a ningún lado (11). Ya no creo en nadie, solo en mi (12). Bertha me trajo acá, me dijo mami quédese y yo me quede, va a venir a visitarme pero de día, porque ella no sale de noche. Bertha sabe que a mi me gusta la rumba y me va a llevar a la rumba hoy (13). Me gusta bailar la música romántica y soy muy enamoradiza, pero sola sin hombres, yo no tengo marido y vivo feliz (14). Mi papá esta en los Estados Unidos. Yo viví con mi papá y con mi mamá hasta los 15 años, después fue cuando me cogio el papá de mi hijo y me hizo, hmm. Lo que sabemos. Me cogio y me violó (15).

Mi primer hijo

Después de la violación quede embarazada de él, del hijo que tengo actualmente que se llama Jairo Alirio, pero a él no le gusta que le digan Jairo Alirio, que le digan dizque Bertha (16). Hay tengo una foto de él, porque es un niño, sino que de tanto mimarlo y de tanto fregarlo, se me volvió así (17). El no tuvo un papá al lado, pero el no tiene la culpa, para mi que soy la mamá, es Bertha, Bertha, Bertha para mi así sea Barón (18).

Del que me enamore perdidamente

Gregorio es el papá de Camilo que esta en octavo de bachillerato y Lina, lo conocí en Sopo (19). Él es el papá de todos mis hijos se enamoro perdidamente de mi, él se enamoro de mi y yo me enamore de él y nos enamoramos y tan lindo y tan hermoso, delicioso hasta donde pudimos (20). Enamoradísimos hasta que la muerte nos separó, él esta vivo (21). Vivimos durante 20 años, pero un día me cogió y me dio una patada y me fui de la casa, yo cogi un camión y con todos mis hijos me fui para Mesitas del Colegio (22). Dije a mi que me

importa yo me voy con mis hijos, a mi me importa es mi vida y no mas (23). Me canse y no viví, pa'que trabaje y trabaje y trabaje y trabaje y el señor en la tienda tome, tome y tome, eso se acabo (24).

La última desilusión

Mi otra hija se llama Juana cumple en mayo 7 años, esta en segundo de primaria, el papá de ella es Juan, me enamore de él perdidamente lo conocí en Mesitas del Colegio, teníamos un hogar muy bonito, muy hermoso, pero él se olvido, se metió con mi niña, Juana nació y tenia 20 días de nacida y él señor mientras que me tocaba ir al hospital a darle pecho a la niña, el cogia a Lina que tenia 8 años, y ella me contó (25). Cuál era el amor que me tenia?, ninguno, quería era cojerse a mi hija (26). Mi hija me dijo que le dijera a Juan que no jugara con ella, porque el tenia unos dedos muy grandotes y quería meterle el dedo y hay dije hasta aquí fue éste mi marido, he vivido con mis hijos sola. No tengo marido, no tengo a nadie, vivo sola y estoy feliz, dichosa (27). Bertha y yo tenemos mucha rabia, por lo que me hicieron a mi, yo no quiero maridos, no busco maridos (28).

Mi primera crisis

La ultima vez me diagnosticaron que, Trastorno Bipolar después que no se que, después que si se mas y así sucesivamente, y la primera vez fui a parar a Sibate (29). La primera vez que llegue a Sibate tenia 18 años, me acuerdo que esa noche llegue y me acosté a dormir, y empecé, como el indio ese, el papá de Bertha me cogio y me violó y se fue, mi mamá a mi nunca me explico nada, de que si yo tenia una relación iba a quedar embarazada, o sea, no me prepararon a mi en la vida nunca, a mi me hicieron así y así soy y punto (30). Llegue yo

y me acosté a dormir, cuando empecé y vi al papá de mi hijo, a Jairo Alirio que me decía que me fuera y ahí empezó el martirio en mi vida. Desde hoy estoy enferma, desde que vi al que me hizo el mal **(31)**.

Cuando estuve en Sibate

Pues yo no sé porque fui a parar a Sibate, pero a mi hijo no tengo ni idea porque, me lo habían quitado y se lo habían llevado para el bienestar familiar, esos que recogen los niños y yo en Sibate **(32)**. Yo estuve en Sibate, pero eso en Sibate es un infierno, que cosa tan horrible, no eso en Sibate es un revuelto de locos y locos y más locos. Horrible, porque todos locos menos uno, entonces uno que hace, salvarse **(33)**. Me volé, me volé de Sibate, allá preguntan dizque donde es que vive?, sabiendo yo donde vivo, y yo lo que necesitaba era a mi mamá o a alguien que me ayudara. Me escape **(34)** y una vieja allá con un abrigo así grandote, por eso es que me gustan estas chaquetas así, andaba allá en Sibate **(35)**. Me voy hijueputa me voy a volar, un día de estos me voy a volar, entonces la vieja se llamaba Maria, Maria se llamaba **(36)**. No he vuelto a Sibate porque me enloquezco más **(37)**. No les voy a decir porque me llevaron allá **(38)**. De Sibate para acá, yo digo que he estado hospitalizada dos veces no más, estuve en la Paz y en la Misericordia **(39)**.

Notas de campo

Lugar: Unidad de intervención en crisis U.I.C. Campo Abierto.

Fecha: 27 de Abril de 2006

Hora: 8:40 am

Actividad: Terapia Ocupacional

Estudiantes de Psicología: Mónica A. Becerra N.

Natali Díaz Rojas.

Hoy la Terapia Ocupacional se realizará en el comedor de la clínica ya que la actividad será preparar un postre. De repente la preparación de un postre no tenga mayor trascendencia que la de aprender una receta más para cada uno de los pacientes (1). Más allá de esto, la terapia tiene como objetivos que los pacientes logren controlar los impulsos, aprendan a trabajar en grupo de forma organizada, logren determinar quienes son líderes y cuál es el nivel de funcionamiento a nivel ocupacional de cada uno, manejen la tolerancia a la frustración, entre otros (2). Para esta actividad, los pacientes deben distribuirse en dos grupos, cada grupo tiene los materiales e ingredientes necesarios para la preparación del postre (3). Clara es la primera en entrar al comedor, su actitud es de desinterés (4). La terapeuta le pregunta – “¿por qué no tiene zapatos?” – ella le responde “tengo tenis pero no medias, no me echaron medias” (5). Clara se da cuenta que estamos dentro del comedor y se dispone a sentarse en una de las sillas en frente de nosotras (6). Los demás pacientes ingresan al comedor y empiezan a preguntar cuál es la actividad para el día de hoy, clara al ver la curiosidad de sus compañeros lo único que anota es “quien sabe que van a hacer”, en este momento el tono de su voz se torna burlón (7).

Mientras la terapeuta Ocupacional entrega la receta a cada grupo y da las instrucciones para realizar el taller de culinaria, Clara permanece callada, con su cabeza agachada y mirando por encima de sus ojos **(8)**. Tal vez sin pensarlo, Clara queda ubicada en un grupo integrado por los pacientes más deteriorados y bajos de animo. Su grupo se organiza y comienza la preparación, ella se muestra pendiente de lo que pasa pero no participa de la actividad **(9)**. A la vez, se encuentra pendiente de nuestra presencia y pareciera que el estar nosotras ahí es la razón por la cual ella se contiene en el grupo **(10)**. Por momentos pareciera estar somnolienta, en primera instancia pensamos que esto se debe a los medicamentos que se le deben estar suministrando **(11)**. El grupo de trabajo de Clara no logra delegar funciones ni organizarse siguiendo los pasos de la receta, por esta razón la Terapeuta les hace el señalamiento de la forma en la que ellos están funcionando dentro de la terapia, es en este instante en el que Clara regaña a sus compañeros y dice “ si Doctora, yo les he dicho pero ellos no hacen caso”**(12)**. Sus compañeros le dan la oportunidad para que participe del taller de culinaria. Clara hacer batir las claras de los huevos pero muestra una actitud totalmente plana, cuando tiene que ceder el turno no pone problema. Ese el tipo de interacción con su grupo, intenta participar de nuevo y dice “ no! a mi no me gusta la culinaria, hacer postres (se ríe), más cansones, ni que no tuviera cosas más importantes que hacer” **(13)**. En este momento pensamos que Clara iba a abandonar la actividad , sigue allí con una actitud de aburrimiento. Pasado un tiempo los mira a todos y se ríe “ tan bobos haciendo postres”**(14)**. Realmente sus compañeros la ignoran y ella no recibe respuestas a sus intervenciones. Uno de sus compañeros la invita de nuevo a participar y ella le responde “eso yo ya lo se hacer y mejor que todos ustedes, déjenme acá tranquila” **(15)**. Clara sigue dentro del comedor y en su silla, de repente toma una actitud de limpieza limpiando todo lo

que se encuentra encima de la mesa y no acepta que le pongan nada en su puesto de trabajo y menos si se encuentra sucio **(16)**. Durante la realización del último paso, Clara participa, no en la realización si no regañando y despreciando el trabajo de sus compañeros **(17)**. En ese momento Mario, quien es uno de sus compañeros le pega un manotazo. Ella se molesta e intenta llorar pero finalmente termina riéndose y no le dice nada a su compañero **(18)**. Jorge comienza a llorar y a pedirle perdón, en ese momento Clara se siente importante ya que hay alguien que le pide perdón y talvez por esta razón se da el lujo de no prestarle atención hasta que finalmente suelta una carcajada y LE dice a Jorge “ va tocar llamar a su mamá para que le pegue”**(19)**. Todo lo que paso con su compañero desato en Clara una actitud pueril. Su grupo de trabajo es el que termina de ultimo y con inconvenientes en la preparación del postre **(20)**. A raíz de esta situación Clara se muestra inconforme y discute con sus compañeros argumentando que ella lo hubiera hecho mejor ya que ella sabe hace perfectamente el postre **(21)**. La actividad termina y la Terapeuta Ocupacional ordena que todos se laven las manos y que se desplacen al Kiosco **(22)**. Todos salen incluyendo a Clara, nosotras nos quedamos en el comedor, Clara se devuelve argumentando que el sitio quedo desorganizado y que lo va a ordenar. Efectivamente se pone en la tarea de levantar todas las sillas y arreglar las mesas. Cuando termina se dirige al Kiosco diciendo “listo, ya quedo ordenado, yo no me lavo las manos yo no soy sucia (se ríe y sale hacia el Kiosco) **(23)**.

En el Kiosco la terapeuta Ocupacional se dispone a dictar la receta para que cada uno la conserve. Clara copia lentamente lo que le dictan y borra constantemente, va verbalizando lo que esta consignando en la hoja **(24)**. Ocasionalmente se cerciora de

nuestra presencia sus compañeros constantemente preguntan ¿qué?, ¿cómo?. A Clara esta situación la molesta dando respuesta como “ya, dejen escuchar” , “ están sordos” (25).

La terapeuta nota su somnolencia y le dice que si se siente con sueño se dirija a enfermería para que pueda dormir allí, Clara responde “si tengo sueño, además para que copio si yo ya se como es ese postre”(26), se levanta de la silla y sale del Kiosco dando las gracias. A pesar de estar somnolienta, Clara saca a flote lo que no le gusta y como le parece que son y deben ser las cosas. (27)

Notas de campo

Lugar: Unidad de intervención en crisis U.I.C. Campo Abierto.

Fecha: 28 de Abril de 2006

Hora: 9:00 pm

Actividad: Psicoterapia Grupal

Estudiantes de Psicología: Mónica A. Becerra N.

Natali Díaz Rojas.

Al llegar a campo Abierto, Clara no se encuentra en el campus, preguntamos a la enfermera acerca de su paradero y nos informa haberla visto en su habitación (1). Mónica sube a su cuarto y la encuentra acostada en su cama, la invita a asistir a la psicoterapia grupal. Clara muestra una actitud de alegría ante la invitación, se levanta de su cama y se dirige al Kiosco donde se realiza la psicoterapia (2). Antes, en la recepción Mónica presenta a Natali como su compañera de tesis, Clara se muestra empática y agradece por haberla sacado de ese encierro en el que se encontraba (3). Viste un pantalón verde, chaqueta negra, tenis azules y un labial rosado sobresale en su rostro (4). Ingresamos al Kiosco, nos sentamos detrás del grupo que ya se encuentra organizado en círculo, Clara toma una silla y se sienta a nuestro lado (5). Permanece mirando al grupo, en un momento nos mira y bosteza, se ve un poco somnolienta, parece haber tomado algún medicamento recientemente (6). Dentro de los asistentes a la psicoterapia se encuentra un paciente de 42 años (Mario) con un Retardo mental, Clara se ríe de todos sus comentarios, y le dice “vaya a enfermería a donde Bibiana para que le de un caramelo”(7). Mario coge su chaqueta mientras Clara le dice “no la vaya a espichar” le ayuda a apuntarse la chaqueta, su compañero le agradece y sale del kiosco,

enseguida Clara se pone de pie, se dirige a la puerta, la cierra y refiere “que le vaya bien” (8). La terapeuta pregunta a los asistentes si alguien sabe el por qué del comportamiento de Mario y por qué se encuentra en Campo abierto, Clara refiere “de un niño pequeño” - “es una clínica muy pasiva”. Se explica a los pacientes que Mario presenta un retardo mental, afirmando Clara con su cabeza, todo lo que dice la terapeuta (9). Permanece somnolienta, como si estuviera a punto de quedarse dormida. De repente se acomoda nuevamente en su silla, y cruza sus brazos y piernas, mientras presta atención a uno de sus compañeros quien comenta acerca de los tratamientos. Clara refiere en tono bajo “Todo esta en la mente”, se toca la frente con su dedo y dice “Hay que buscar el equilibrio” (10). La terapeuta pregunta a uno de los asistentes acerca de su relación amorosa, Clara refiere en voz baja nuevamente “me toco lo que no debía, esas son las consecuencias de la vida” (11). Durante la psicoterapia Clara permanece somnolienta la mayor parte del tiempo, sin embargo, hay ciertos temas que despiertan su interés y la llevan a emitir algunas palabras, pero sin interactuar con el grupo (12). Su compañero habla acerca de que uno deja de vivir para uno y vive para los demás y queda, Clara completa la frase diciendo “vuelto nada” (13). Busca algo dentro de los bolsillos de su chaqueta, pero no encuentra nada, se acuesta sobre la mesa (14). Su compañero habla acerca de ser sincero con la persona que uno ama y sentirse traicionado, Clara afirma con su cabeza (15). Nuevamente introduce sus manos en los bolsillos de su chaqueta, pero no saca nada (16). Enseguida se toca el tema de la diferencia de personalidades a pesar de tener las mismas enfermedades y Clara refiere “es diferente” (17). Permanece entre dormida, y se pone en discusión el porque un hijo de padres con enfermedad mental no la adquiere, Clara refiere “Porque la mamá no la tenia” “Lo importante es que consiga el hombre que quiere” (18). Se discute sobre la importancia de

los genes en la adquisición de la enfermedad mental, la terapeuta propone que la enfermedad mental va más allá de los genes, Clara dice “eso es cierto” **(19)**. Regresa nuevamente Mario a la psicoterapia, empieza a hablarle a Clara y esta le dice “no me moleste” **(20)**. A raíz de este tema, una de las asistentes, refiere acerca de la posibilidad de adoptar un niño, ya que teme que este herede su trastorno, Clara refiere “primero hay que ensayar” “eso se queda en más allá, tanto problema, si se complican la vida” **(21)**. Finaliza con esta discusión la sesión de grupo, la terapeuta se despide y Clara refiere mientras sale del kiosco “Que gracias” **(22)**.

Anexo L

ENTREVISTA Y OBSERVACIONES DE CAMPO DEL PACIENTE LUÍS

DISCURSO DE LUÍS

...Quien soy ...

Mi nombre es Luís Alberto Torres, tengo 47 años, nací en Bogotá, y me críe en Caldas. (1)
A los cinco años mis padres se separaron, desde pequeño no he tenido amor. (2) Mi papá era muy mujeriego, de algo aprende uno, de tal palo tal astilla. (3) Mi papá que en paz descansa, nos trajo al Rosal Cundinamarca y hay estuvimos con Rosaura viuda de Jaramillo que en paz descansa me imagino, hay estuvimos dos años, de ahí mi papá nos trajo para Tunjuelito, donde queda la iglesia, el matadero. (4)

...Mi familia...

Éramos cinco hermanos y quedamos dos del primer hogar. Los dos primeros murieron Camilo y Juana, Juana esta en las bóvedas de Avianca en Armenia y mi hermano Camilo esta en las bóvedas de Pereira, ellos murieron pequeños y el tercero murió a los 16 años, hoy en día lleva 15 o va pa' 16 murió en el 90-91 va pa' 16, le ataco un dolor y el no decía nada y la materia le llego acá (señalando el dedo pulgar del pie) y hasta ahí fue, el no fumo, buen estudiante. (5) Mi mamá es una y mi mami es otra, yo tengo dos papás y dos mamás, barajemela más despacio, mi mamá es del Huila Mariela Gómez, antes de morir mi papá nos dio el apellido Torres, quedamos tres con Torres y el ultimo gordo es hijo de Felipe Salazar. Gonzalo Torres que esta en Pereira, Carmenza Torres que esta en España y Juan

Salazar que vive en Suba, tengo familia por todos lados, en Cali tengo familia y en Armenia tengo familia. (6)

...Mi adolescencia...

En segundo de primaria mi papá nos pillaba en el Río Tunjuelito capando clase, semejantes muendas, de hay nos fuimos para el barrio San Benito, donde hacíamos las hojaldras quindianas, nosotros en ese tiempo las mexicanas, las rancheras hay en la diecisiete con cincuenta y seis. (7) De hay mi papá nos enseñó a trabajar, yo como era el más caspita, pero estudiaba en el mejor colegio, biblioteca y todo. (8) Empecé a tomar cuando tenía 12, 13 y 14 añitos, todo por los amigos, los amigos hay que saberlos escoger a conciencia. (9)

...Las mujeres...

En la Clínica Monserrat conocí a una de mis mujeres, la mamá era de Santander, me decía cásele con ella y yo le dije listo, pero yo no tenía la edad y había que pensarlo primero para no cometer una embarrada peor. (10) A esa yo no le quise hacer hijos, yo le hacía el Grecorromano, ya cuando esta muy caliente, se saca y lo bota por fuera. (11) Yo tuve muchas novias, me llovían las novias. (12) La del 88 esa me la presento Cristian y pá Fontibon me la lleve y el solo polvito y hasta luego. (13) Llegue a tener hasta cinco novias a la vez, me tocaba atender una por una y en el mes siempre se quedaba una por fuera. (14) En la validación del bachillerato conocí a otra compañera en un instituto de validación muy reconocido, hay uno en Santa Lucia y otro en Kennedy. (15) En Septiembre ya tenía 25 años, me llevo a la casa y en Enero nos casamos. En diciembre la lleve a Villeta y nos tomamos el caldo antes del matrimonio. (16)

...Mis hijos...

Tengo cuatro hijos, dos registrados y dos sin registrar. (17) El varón tiene 20 años, esta estudiando, muy inteligente igual que el papá. (18) Otra esta en Bucaramanga y tiene 25 años. La otra debe tener 23 y la otra en promedio 18 años mayoría de edad. (19)

... El accidente...

Estuve 6 meses y un día en la Santo Tomas porque tenía que sacar la pensión, soy el pensionado mas joven de Colombia, me pensiono Telecom por un accidente de trabajo. (20) Tuve Trauma Cerebral Encefálico me atendió la San Ignacio Clínica de la Universidad Javeriana, me atendió el doctor German Osorio, creo que en paz descansa, (21) Yo tenia 17 años me cogió un carro, así me cogió un carro yo iba por la carrera séptima cuarenta y dos noventa y tres como a las cinco de la tarde los dos carriles corren para el mismo lado, a mi se me olvido y yo iba escuchando mi radio con música salsa, pum pare, el carro no miro el retrovisor, no se dio cuenta y el celador del banco de la 34, me puso el revolver y devuélvase, por eso son los accidentes hoy en día. (22) Fui un excelente trabajador, fui el mejor empleado, Telecom es lo mejor que yo he tenido por trabajo. (23)

...Mi enfermedad...

Les voy a leer lo que pienso de mi enfermedad:

UIC mi enfermedad crónica TAB y yo nos llevamos bien como grandes colombianos y para mantener más tranquilidad nos contraindicamos contra enfermedades infecciosas Estados Unidos Norteamérica.(24)

... Las hospitalizaciones...

A los 19 años estuve en la primera clínica psiquiátrica. Kilómetro 17 autopista Norte antigua Clínica de la Paz. Allá están los del Ejercito, FAC, Marina, bueno todas esas. **(25)** Al verme tan desesperado me mantenían con camisa de fuerza, me despertaban y eche pa'l baño y agua fría y uno tiritando, allá nos bañaban inmediatamente, le daban a uno mucha droga. **(26)** Uno trabado con esa droga, entonces lo amarraban a uno, camisa de fuerza, no respetaban mis derechos humanos. **(27)** De ahí pase a la Santo Tomas donde el Doctor Campos, después de eso me toco cada tres meses observación en CAPRECOM y después ya cogí la maña de tomar y no tomarme las pastillas. **(28)** En Niza entre como alcohólico y salí como con TAB. **(29)** Mis enfermedades no son mías, son aconsejadas. **(30)** En 1979 cuando me tuvieron en la paz medio me corte las venas, pero no me las corte bien, era solo por asustarlos, **(31)** me metieron droga para dormir y hijuepucha quede muy sedado. **(32)** Después del 80 estuve hospitalizado año por año, 81, 82, 83, 84 y 85, no rebajaba hospitalizaciones en el año 4 y 5. Me tocaba dejar a la novia. **(33)** Las crisis me dan por los medicamentos que me hacen tomar. **(34)** En la Monserrat estuve varias veces, era la más elegante, entraba uno y había un circulo en la mitad, la entrada era muy bonita, con un restaurante y un parque grande. **(35)** Pero hoy en día lo meten a uno por allá y sale uno todo cara pálida porque no ve la luz, no ve el sol y queda uno todo blanco. **(36)** Yo llegue acá a Campo Abierto porque yo quise venirme para acá, yo llegue bien y me dieron una pieza, me dijeron que me quedara y yo les dije listo y le conté mi historia a cada psiquiatra. **(37)** Desde la Monserrat las hospitalizaciones son como vacaciones, **(38)** porque descanso, no tengo problemas de dialogo fuerte, ni palabras soeces, vivo tranquilo. Cuando uno esta

enfermo, con droga psiquiátrica, esta más preocupada la familia que uno. **(39)** Acá venimos a reorganizar las consecuencias que hemos dejado afuera, **(40)** yo soy un buen colaborador. Acá me quedo todo el mes tranquilo y feliz. **(41)** El TAB lo puedo manejar yo con mi hogar y que me den amor. Donde no hay amor lo matan a uno. **(42)** Yo no vuelvo a pisar un hospital jamás, ya con todo el conocimiento de 27 años, más la psicología mía en la Universidad Nacional más el Derecho ya no necesito hospitalización, hay que enseñarle a los demás. Yo estude psicología y derecho en la nacional en la época del 80 con Belisario Betancur. Termine psicología y me pase a la otra. **(43)**

Notas de Campo

Lugar: Unidad de intervención en crisis U.I.C Campo Abierto.

Fecha: 17 de Agosto de 2006.

Hora: 11:00 am.

Actividad: Terapia Ocupacional.

Estudiantes de Psicología: Mónica A. Becerra N.

Natali Díaz Rojas.

El taller que se va a realizar durante la terapia es una actividad productiva que consiste en pintar una caja portalápices utilizando la técnica de arte country **(1)**. Al momento de iniciar la terapia, Luís se encuentra fumando, nos acercamos a él para invitarlo a que siga al Kiosco y el responde “no hay problema, yo me acuerdo del compromiso, relajados todos o.k”. **(2)** Al termina de fumar su cigarrillo se va a hablar por teléfono pues insiste en que tiene que arreglar los asuntos de su pensión. **(3)** Cuando ingresa Luís a la actividad, en voz alta dice “que hubo pues, aquí llegue yo”, mira a su alrededor buscando donde estamos ubicadas nosotras. Se sienta a nuestro lado y dice que va a leer el periódico, en ese momento la terapeuta le indica que la actividad a desarrollar consiste en pintar, Luís insiste que debe leer el periódico. **(4)** En ese momento nosotras le enseñamos que lo mejor es que él realice la actividad propuesta por la terapeuta con todo el grupo de pacientes, él accede y se va por sus materiales. **(5)** Dentro del kiosco se encuentra un grupo de estudiantes de medicina, Luís luego de recoger sus materiales se acerca a los estudiantes bailando y se sienta junto a ellos diciéndole a los demás pacientes “ellos si saben”. **(6)** Luego se dirige a los estudiantes de medicina diciéndoles “yo soy Luís, miren lo que dice acá (les da un

papel) léalo alguno”, un estudiante lo toma y lo lee en voz alta “UIC mi enfermedad crónica TAB y yo nos llevamos bien como grandes colombianos y para mantener más tranquilidad nos contraindicamos contra enfermedades infecciosas Estados Unidos Norteamérica” al terminar Luís dice “ esa es mi vida y yo soy feliz así”. (7) Luís se pone en la tarea de lijar su caja. Minutos después se para y mira el trabajo de sus demás compañeros argumentando “haber como van por acá porque la Doctora Patricia no esta”. (8) Santiago es un paciente con que Luís se ha entendido muy bien, él se encuentra fuera del kiosco trabajando, Luís se sale y le dice “mi coronel, afuera los de las fuerzas, nos podemos dar ese lujo”. (9) se queda trabajando afuera, en ese momento un paciente llega a la terapia y Luís le dice “mijo llega como tarde, estamos haciendo esta carajadita pero bueno servirá de algo para la sucursal, vaya que esa doctora le da el material” (10). Luego vuelve a entrar al kiosco y saca una butaca, se sienta en la silla en la que estaba y sube los pies en la butaca y dice “esto si, estoy de vacaciones” (11) Uno de sus compañeros le pide el favor que le ayude con su caja y le responde “pero por su puesto compañero colaborador, yo soy experto en lijar cajas” (12). La terapeuta indica el paso a seguir que consiste en pintar la caja con pinturas. Luís en ese momento saca un papel de su bolsillo y dice “mire doctora, a mi me parece que la caja se ve mejor natural que pintada y además yo voy a escribir sobre ella lo que tengo en este papel, que las doctoras ya saben que es” (señalándonos). En ese momento Luís agradece por la actividad y se retira de ella. (13)

Notas de Campo

Lugar: Unidad de intervención en crisis U.I.C Campo Abierto.

Fecha: 23 de Agosto de 2006.

Hora: 9:30 am.

Actividad: Psicoterapia Grupal.

Estudiantes de Psicología: Mónica A. Becerra N.

Natali Díaz Rojas.

La psicóloga inicia la sesión, Luís se encuentra atento a lo que pasa a su alrededor. Se inicia preguntando cómo han estado y Luís intervine “totazo aquí y totazo acá (señala sus piernas) mucho jabón en el piso y las chancas se resbalan”. **(1)** Una de las pacientes comenta que ya no quiere que le den más pastillas que le producen sueño pues ella por si misma se puede mejorar, por tal razón la psicóloga pregunta si ¿las pastillas ayudan a mejorarse o no?**(2)**, Luís pide la palabra y dice “con respecto a la Señorita Paola son efectos secundarios de la droga”. **(3)** Luís sigue atento a los comentarios de sus compañeros, uno de ellos comenta que en las noches no puede conciliar el sueño, aquí Luís interviene “en cuanto al compañero Carlos Peña le recomiendo manzana verde, de Boyacá, la corta en cruz le agrega lechuga y zanahoria y con eso duerme las ocho hora reglamentarias como un angelito” **(4)** Mientras la Psicóloga habla, Luís se muestra atento y a todos los comentarios de parte de ella afirma con la cabeza. Cada vez que Paola interviene, él se inclina hacia ella y muestra una actitud de tristeza por todo lo que ella cuenta. **(5)** La psicóloga pregunta si alguno de ellos se ha tratado con la medicina alternativa, en ese momento la intervención de Luís es “tome zolof, aquineton, infección de biporil en la mano derecha y me dan esos

espasmos que se me duermen las partes, pero lo mejor es el aquineton porque lo pone a uno súper potente, doctora y la incapacidad, es con las formulas”. (6) la psicóloga le señala de nuevo el tema por el cual ella pregunta y él responde “los jóvenes consumen una pepita amarilla para divertirse en las discotecas y luego llegan a drogas peores, eso salió en noticias”. (7) En ese momento otro compañero entra a la sesión y Luís dice “miren esa es la continuación de Santiago (compañero con quien se entendió muy bien y ya no se encuentra en la clínica). (8) La sesión continua y Luís pide la palabra y dice “Que problema con los enfermos porque se levanta uno temprano y lo que no saben es que ellos se están economizando el tiempo de ir a levantarnos, la mayoría de los jefes nocturnos duermen, yo los estoy fiscalizando, ellos piensan que estamos dormidos se ponen a mirar televisión y se duermen. (9) Aquí nos vuelven mecánicos por la presión, mire Doc me botaron mis 24 frascos de colección y los papeles de los trabajos de Marina, los enfermeros nos ponen mal aunque son muy colaboradores, uno viene a acá a reconocer sus errores, claro que en algunos hogares están muy pendientes de uno, uno acá lo admite pero en la calle es otra cosa, pero en mi hogar mi papá, mi mamá y mi madrastra si están pendientes de mi droga; aquí somos unos niños mimados y consentidos y entonces se vuelve un contrapunteo entre la casa y la clínica, también hay un conflicto entre la familia y la Clínica UIC que es la unidad de intervención del Córdoba, lo mió empezó por un accidente de trabajo, 33 días en coma y le agradezco al neurólogo, yo ya reconocí mis errores y tengo en cuenta lo que ustedes me dicen, eso era lo que quería decir”(10) Luís se levanta de su silla y se va.