



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Crisis adolescente y su relación con el primer brote esquizofrénico

Memoria para optar al Título de Psicóloga

Macarena Bertoni Fiorini

AUTOR

Roberto Aceituno Morales

PROFESOR PATROCINANTE

Santiago de Chile

Año 2008

Agradecimientos

A mi mamá por su paciencia para revisar la redacción y por ayudarme a decir lo que intentaba decir.

A Nicolás Suárez por su ayuda en la estructuración del trabajo.

A las psicólogas: Marianella Abarzua, Mariana Fagalde, Albana Paganini y Carla Sandoval, por su tiempo para conversar acerca de la clínica de la adolescencia y/o la psicosis.

Dedicatoria

A los pacientes adolescentes del Instituto Psiquiátrico José Horwitz Bárák, en especial a aquellos del sector I con quienes hicimos el taller de *arte y literatura* (2007). Sin la experiencia de ellos, de estar con ellos, haber pensado algo acerca de la adolescencia hubiese resultado distinto.

INDICE

| | |
|--|---------|
| 1. RESUMEN | Pág. 5 |
| 2. INTRODUCCIÓN | Pág. 6 |
| 3. DESARROLLO | Pág. 10 |
| Esquizofrenia: historia y definición | Pág. 10 |
| Búsqueda del posible concepto articulador subyacente | Pág. 11 |
| Diagnóstico: esquizofrenia | Pág. 20 |
| Diagnóstico de esquizofrenia en Chile | Pág. 21 |
| Adolescencia como construcción cultural | Pág. 22 |
| Adolescencia: concepciones psicoanalíticas | Pág. 23 |
| Qué se abandona, qué se retoma: lo infantil en la adolescencia | Pág. 26 |
| La problemática de la sexuación adolescente | Pág. 30 |
| Pubertad y adolescencia | Pág. 32 |
| Crisis adolescente /problemática de la identidad | Pág. 33 |
| Posibles puentes entre adolescencia y esquizofrenia | Pág. 35 |
| <i>Mirar y ser mirado: reconstrucción de la imagen de sí</i> | Pág. 35 |
| <i>Crisis, fragilidad, enfermar o continuar</i> | Pág. 37 |
| <i>Quiebre psicótico, potencialidad puesta en juego</i> | Pág. 40 |
| <i>Adolescencia desde la metáfora del caminante</i> | Pág. 42 |
| 4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | Pág. 45 |
| Algunas observaciones | Pág. 47 |
| 5. BIBLIOGRAFIA | Pág. 51 |

RESUMEN

La presente memoria constituye una revisión histórico-conceptual de la noción de esquizofrenia y de adolescencia que destaca algunos aspectos de dichos fenómenos que permitirían plantear la existencia de ciertos conceptos puentes entre ellos. A partir de este recorrido conceptual se intenta reflexionar acerca de la importancia que el conocimiento del fenómeno adolescente pudiese tener en la comprensión del fenómeno esquizofrénico. Se realiza una breve revisión, dentro del contexto de salud pública chilena, del tratamiento propuesto en el protocolo de Garantías Explícitas en Salud (GES) para esquizofrenia primer brote, percibiéndose la ausencia de la consideración del fenómeno adolescente en sus intervenciones, lo que lleva a esbozar posibles consecuencias de ello para el tratamiento. Finalmente se sugiere la realización de investigaciones que permitan ahondar el conocimiento de la relación entre adolescencia y esquizofrenia, y otras que indaguen el efecto que podrían tener intervenciones que tomen en cuenta lo planteado.

PALABRAS CLAVES: esquizofrenia, adolescencia, crisis, protocolo de tratamiento GES.

INTRODUCCIÓN

Durante el último siglo la esperanza de vida ha aumentado como en ningún otro siglo, lo que se refleja en las estadísticas de mortalidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000). Sin embargo, desde el punto de vista de la salud, cabe la pregunta acerca de la calidad de esta extensión de vida. Desde esta perspectiva, las enfermedades mentales adquieren una importancia mayor, ya que provocan discapacidades prolongadas tanto en países ricos como pobres. Prueba de ello es el fuerte impacto que tienen patologías como el Alzheimer y las demencias (OMS, 2000).

Actualmente existen instrumentos tales como el AVAD (Años de Vida Ajustados a Discapacidad) que permiten observar en términos porcentuales no sólo el número de defunciones sino también el impacto de las muertes prematuras y las discapacidades en una determinada población, combinando todos estos factores en un sólo indicador de la carga global de morbilidad. Las enfermedades mentales representan aproximadamente el 12 % de todos los AVAD perdidos en el año 1998 a nivel mundial. Cinco de las diez causas más importantes de discapacidad (depresión grave, esquizofrenia, trastornos bipolares, consumo de alcohol y trastornos obsesivos compulsivos) son problemas mentales (Boletín de la OMS, 2000). Dentro de ellos la esquizofrenia ocupa el segundo lugar. Así mismo la esquizofrenia se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre 18 y 44 años (Asociación Mundial de Psiquiatría, 1996, citado en García, A., 2006). Si bien su prevalencia a nivel mundial no supera el 1%, las características de esta patología alteran gravemente las posibilidades de acceso a un empleo y el cuidado de sí mismo, afectando además la capacidad de relacionarse con los otros, siendo el paciente susceptible de requerir cuidados tanto de tipo formal como informal para lograr un adecuado mantenimiento de su salud (García, A., 2006).

En Chile, la preocupación por las enfermedades mentales se refleja en la inclusión de éstas dentro de las prioridades sanitarias para el decenio 2000-2010 definidas por el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) el año 2000. Dichas patologías son consideradas prioridades de salud ya que *“{Ellas} generan una inmensa carga para la sociedad. No sólo por el aumento de su prevalencia, sino porque son responsables de una parte importante del sufrimiento, discapacidad y deterioro de la calidad de vida”* (Ministerio de Salud,

2000b, p.155). Es por ello que la esquizofrenia ha sido incluida dentro de las Garantías Explícitas en Salud (GES). Pero, ¿Quiénes son estos sujetos “esquizofrénicos”?, ¿Quiénes son mayormente los sujetos destinatarios de estas intervenciones?

Actualmente en nuestro país, a partir de la sospecha diagnóstica de esquizofrenia (primer brote), se realizan una serie de gestiones por parte de un equipo de salud multidisciplinario que cuenta con un protocolo específico de diagnóstico y tratamiento elaborado por el Ministerio de Salud (MINSAL). Dicho protocolo alude al hecho que el inicio de la enfermedad habitualmente coincide con el período adolescente. *“El inicio de la enfermedad es, generalmente en la adolescencia, y la prevalencia es de 0,5% en la población mayor de 15 años”* (MINSAL, 2005).

La detección precoz de la esquizofrenia se considera fundamental para un mejor tratamiento; por ello, tanto en Chile como en otros países, se privilegia la atención temprana. Identificar una esquizofrenia de primer brote implica una tratamiento más eficaz de acuerdo a las investigaciones científicas que plantean que éste influiría en la evolución de la enfermedad. Por ello la adolescencia redobla su importancia en relación a la esquizofrenia, ya que no sólo sería el período en que mayormente aparecería el primer brote (75% de los casos tiene una edad de comienzo entre los 15 y 35 años) sino que también podría coincidir con el período prodrómico de la enfermedad (Jiménez O., Castro E., Diéguez J., 1999).

Se estima que en la actual población mundial -1.200 millones de personas- una de cada cinco son adolescentes. De acuerdo con la OMS, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años y la adolescencia tardía de 15 a 19 años (OMS, 2008).

La adolescencia, como la infancia, presentan importantes necesidades y la preocupación por que éstas sean atendidas se refleja en la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño hecha por la mayoría de los Estados, entre ellos Chile. Existen también argumentos económicos para proteger la salud del adolescente, ya que un mejor estado de salud permite su permanencia en los establecimientos educacionales, mejor rendimiento cognitivo, mayor productividad y la protección de la inversión realizada en los niños que llegan a la adolescencia (OMS, 2008).

De acuerdo a los datos expuestos, la adolescencia se configura como un momento particular del desarrollo del ser humano y los problemas de salud acaecidos en ella tienen múltiples consecuencias. Entre éstas, los problemas de salud mental resultan relevantes ya que los trastornos mentales aparecen en edades mucho más tempranas que otras enfermedades crónicas. Esto ha estimulado el interés por la salud mental de los niños y de los adolescentes, al igual que el estudio de los primeros episodios de las enfermedades mentales. De acuerdo a un informe de la OMS -que indica que hay 400 millones de personas que sufren trastornos mentales y problemas psicosociales (como son los derivados del alcohol y las drogas)- aproximadamente uno de cada cinco jóvenes sufre alguno de estos trastornos (OMS, 2008).

En las políticas públicas chilenas de salud mental, los niños y adolescentes aparecen como sujetos destinatarios en los trastornos asociados a la violencia (maltrato infantil), los trastornos hipercinéticos y de la atención, el abuso y dependencia de alcohol y drogas y los trastornos psiquiátricos severos (esquizofrenia) (Abarzua M., González M., 2007).

Esta relación entre esquizofrenia y adolescencia se encuentra en la primera denominación de esta patología como demencia precoz, aludiendo al tipo de manifestaciones propias de ésta, presentes en personas menores de 30 años y mayores de 15 años. Los datos epidemiológicos actuales indican que el diagnóstico de esquizofrenia se concentra en el grupo de edad que comprende entre los 15 y 35 años. Por lo tanto, el terreno de lo “precoz” en relación a la esquizofrenia, puede ser entendido como una alusión al momento inaugural de ésta: la adolescencia.

Si bien existe una preocupación por la adolescencia -por ejemplo datos acerca de las problemáticas en el área de la salud mental de esta etapa vital- tanto en las intervenciones como en la descripción de la esquizofrenia la relación de ésta con la adolescencia no ha sido suficientemente estudiada, más allá de la constatación de que dicha patología se inicia durante este período.

De acuerdo a lo revisado, esta memoria pretende discutir la problemática adolescente considerada como un momento de fragilidad, inédito, que permitiría repensar

una de las patologías mentales más graves que en ella se inicia: la esquizofrenia. Para ello, se revisará el concepto de esquizofrenia y, posteriormente, desde ciertas perspectivas psicoanalíticas el concepto de adolescencia y su relación con la infancia. Finalmente, a partir de las nociones de proceso, fragilidad, crisis y quiebre, se reflexionará acerca de la posibilidad de establecer un puente entre esquizofrenia y adolescencia, considerando que esta última podría mantener con la esquizofrenia una relación más estrecha que la de sólo ser definida como un lugar, topos, en que ésta eclosiona. A partir de estas bases se espera contribuir a la discusión sobre el sentido de las intervenciones para la esquizofrenia de primer brote, propuestas desde la salud mental pública chilena en el protocolo GES.

DESARROLLO

ESQUIZOFRENIA: HISTORIA Y DEFINICIÓN

La esquizofrenia es considerada como parte del conjunto de las enfermedades mentales graves que provocan una modificación profunda y durable de la personalidad, de ahí que se considere dentro de las llamadas psicosis crónicas. Se habla más bien de *las* esquizofrenias, lo que evidencia la dificultad histórica en denominar aquello patognomónico de la enfermedad y las distintas formas clínicas que ésta adopta.

La descripción de la esquizofrenia como enfermedad mental, comienza a partir de la observación de pacientes que eran denominados como “alienados”, en función de describir su rareza y la evolución del cuadro hacia un estado de embotamiento e incoherencia. Dichos pacientes comenzaron a ser familiares para los psiquiatras europeos que trabajaban en los asilos del siglo XIX. Morel los describe como dementes precoces por *“estar afectados de estupidez desde su más temprana edad”*, Hecker los llama hebefrénicos, haciendo alusión al estado demencial que ocurriría en gente joven, Kalhbaun se concentra en describir la psicopatología motora de estos pacientes (catatonia). Finalmente, Kraepelin reúne todos los casos anteriores y los llama demencia precoz. Sin embargo, los observadores de la época coinciden en que esta enfermedad se trataba menos de una demencia que de una “disociación” de la vida psíquica, la que pierde su unidad. Finalmente es esta noción, la de disgregación de la personalidad, disociación de ésta, la que queda plasmada en el concepto de esquizofrenia, nombre con que Bleuler (1911) designa esta patología. Para este autor lo central es el proceso de dislocación que desintegra la capacidad asociativa, alterando el pensamiento y sumiendo al paciente en una vida autística. Esta concepción de la enfermedad amplió su uso, al perder criterios precisos como por ejemplo, su evolución. Esta ampliación del uso derivó en una diversidad de definiciones de esquizofrenia y en una dificultad para definir el trastorno fundamental de dicha patología. Los mismos autores antes señalados difieren en este aspecto. Kraepelin habla de la “inafectividad”, Bleuler del trastorno de las asociaciones, y Mikowski de la pérdida del contacto vital con la realidad. Algunos autores han descrito constelaciones de síntomas específicos tales como el delirio primario que equivale más o menos al “síndrome de automatismo mental” que Clerambault había

descrito como el síndrome nuclear de las psicosis alucinatorias crónicas, grupo en el que se incluye a las esquizofrenias (Ey H., Bernard P., Brisset Ch., 1969).

En cuanto a su patogenia, para algunos autores (Kleist, K.Schnieder, Guiraud, y otros) la enfermedad engendra un mosaico de trastornos yuxtapuestos sin subordinación funcional. Para aquellos influenciados por el pensamiento de Bleuler, la esquizofrenia debe considerarse un proceso que produce directamente una serie de signos llamados primarios, que liberan o condicionan indirectamente la eflorescencia secundaria de aspectos provenientes del inconsciente del sujeto (Ey H., Bernard P., Brisset Ch., 1969). Este último punto de vista, es el resultado de la influencia freudiana en Bleuler y sus seguidores, principalmente en la comprensión que éstos hacen del concepto de narcisismo secundario en Freud. Es a partir de este concepto que consideran la esquizofrenia como una regresión narcisística de la libido, que sería reconducida al propio Yo. "... {los parafrénicos} *Parecen haber retirado realmente su libido de las personas y cosas del mundo exterior, pero sin sustituirlas por otras en su fantasía. Y cuando esto último ocurre, parece ser algo secundario y corresponder a un intento de curación que quiere reconducir la libido al objeto...*" (Freud S., 1914, p. 72).

Si bien su etiopatogenia no es clara, la esquizofrenia no es considerada como un estado lesional, sino más bien como un proceso. Este proceso dinámico está limitado por ciertas condiciones neurobiológicas hereditarias o actuales en los esquizofrénicos. Es decir, hay ciertas condiciones de este proceso tales como herencia, datos tipológicos, caracterológicos y del medio, que poseen un valor etiopatogénico, lo que recuerda la visión dialéctica de las relaciones entre el sujeto y su medio (Ey H., Bernard P., Brisset Ch., 1969).

BÚSQUEDA DEL POSIBLE CONCEPTO SUBYACENTE EN LA ESQUIZOFRENIA

En esta rápida panorámica histórica del concepto de esquizofrenia puede observarse que un punto central de los distintos planteamientos es la falta de acuerdo, y a veces también, de claridad en cuanto a qué es lo central de esta enfermedad. En otras palabras qué hace que dicho sujeto denominado esquizofrénico, lo sea.

Quién primero realizó un intento por buscar aquello patognomónico de esta enfermedad fue Kraepelin, a través del estudio longitudinal de los pacientes llamados hasta ese momento “dementes” y descritos por otros psiquiatras con diversos nombres. En este estudio, Kraepelin destaca las alteraciones en la esfera motora y afectiva de estos pacientes, y la prolongación de esta condición con períodos de remisión incompleta seguidos de agravamientos. Para este autor se trataba de una parademencia que terminaba en un estado deficitario intelectual y una especie de indiferencia ante la vida. Kraepelin es el primero que logra ver un cuadro unitario pese a lo polimorfo de su manifestación, remarcando el hecho que no es una patología que logre ser comprensible por una mera exageración de componentes normales de la vida. *“No hay nada en la vida psíquica normal cuya exaltación o apagamiento pueda traducirse en hechos tan inconcebibles como robo de pensamiento...”* (Roa A., 1994 p. 2).

Kraepelin logra ver la variedad de síntomas, pero también la evolución de ellos hacia un cuadro más o menos común, buscando *“...cual función psíquica indispensable en una mente normal podía estar allí perturbada y dar entonces razón a aquello que asombra”* (Roa A., 1994, p. 3). De la variedad de síntomas observados, los que más le impresionaban eran los propios de la catatonía, que para él estaban presentes aunque fuese como huellas en toda demencia precoz. Entre éstos, la pérdida de la gracia era un signo inicial de la enfermedad, que lo llevó a pensar que en la demencia precoz había un déficit céntrico del ímpetu personal a desarrollarse y que por ello la voluntad se haría débil para comandar la motilidad de acuerdo a fines concordantes. Para Kraepelin incluso síntomas como la disgregación del lenguaje y del pensamiento serían dependientes de esa misma voluntad debilitada o vitalmente comprometida en esta enfermedad (Roa A., 1994).

Fue Bleuler quien, después de Kraepelin, también creyó ver en esta enfermedad cierto aspecto nuclear que explicaría sus diversas manifestaciones. Para este autor fue suficiente la observación transversal del cuadro patológico. Éste se caracterizaría por la disarmonía reinante en el modo de actuar de las diversas funciones psíquicas donde los afectos, razonamientos y deseos no aparecen como una respuesta coordinada y comprensible a la situación del momento. Bajo el término de esquizofrenia, puedan encontrarse distintas expresiones de dicha disarmonía y por ello puede hablarse de “esquizofrenias”, en las cuales los síntomas principales serían los trastornos de las

asociaciones del pensamiento y de la afectividad, la ambivalencia y el autismo. Para Bleuler existiría un proceso orgánico subyacente como origen de la enfermedad. Sin embargo su comprensión acerca de la sintomatología de aquella, refleja su acercamiento al pensamiento psicoanalítico de la época. De esta forma, las perturbaciones de las asociaciones se deberían a influjos de complejos psíquicos inconscientes cargados de afectividad. El autismo en cambio, correspondería a la necesidad del enfermo de distanciarse del mundo exterior, al ver hostil la realidad, e intentar satisfacer en sí lo que la realidad le negaría (Roa A., 1994).

Desde una perspectiva fenomenológica, el proceso psicótico correspondería a una alteración patológica que tendría un sustrato orgánico que interrumpiría el desarrollo de la personalidad, empobreciendo la existencia. En el proceso psicótico se presentarían vivencias dislocadas que parecen surgir al azar sin una razón comprensible. Lo central de la esquizofrenia sería entonces esta aparición de un vivenciar incomprensible. Hay una ruptura de la interrelación natural entre vivencias cognoscitivas, afectivas y volitivas. *“No es tanto el contenido como la forma en que se da el contenido, lo incomprensible absoluto...Sería dicha incomprensibilidad de síntomas, y el marginarse de la existencia que por su biografía e inteligencia correspondería llevar, todo junto a una conciencia lúcida, lo que hace el diagnóstico de proceso esquizofrénico”* (Roa A., 1994, p. 12).

Considerando las formas de aquello que en la segunda mitad del siglo XX se denomina como esquizofrénico, Armando Roa propone síntomas fundamentales de la esquizofrenia. Para este autor lo catatónico, descrito por Kraepelin y los grandes cuadros delirantes y alucinatorios descritos por otros autores, han ido desapareciendo al menos en la cultura occidental y de acuerdo a su percepción clínica lo que ha ido surgiendo en la actualidad como un signo cardinal de la esquizofrenia es la pérdida de la propositividad vital, junto a otros síntomas como el autismo, desgano y la intelección derruida (Roa A., 1994).

La pérdida de la propositividad vital consiste en un estado permanente que viene a instalarse como telón de fondo de los distintos síntomas y actitudes que pueda tomar el esquizofrénico. Se trata de la imposibilidad del paciente para proyectarse, la que puede ocultarse bajo un mero propósito racional, como por ejemplo adquirir un determinado oficio sin que ello se traduzca en un esfuerzo para llevarlo a cabo. Así, la propositividad

racional es como una cáscara de la propositividad vital. A menudo, hay también en este propósito racional una falta de flexibilidad para cambiar y adaptarse a las circunstancias. La propositividad vital otorga sentido y dirección a la existencia, buscando la realización de sí; su ausencia implica una pérdida de la gana. La etimología de esta palabra remite a la condición de ser atraído por algo que se divisa a lo lejos, por lo tanto la falta de gana, el desgano, implica la pérdida de la capacidad de proyectarse al futuro (Silva H., 1998).

Otro síntoma que resulta fundamental o central en la esquizofrenia es el autismo, que Armando Roa define como una lejanía de sí mismo y de los otros. Con esto incluye tanto la concepción de Bleuler de un desapego de la realidad activamente realizado predominado así la vida interior, como la concepción de Mikowski que considera la definición de Bleuler como autismo rico, agregando lo que él denomina autismo pobre, caracterizado por una pérdida del contacto vital con la realidad que puede ser suplida por un racionalismo mórbido sin contrapeso de la afectividad y la intuición, asociado a un empobrecimiento interno. Para Roa el paciente esquizofrénico no sólo es lejano afectivamente hacia los otros sino también parece lejano a su propio mundo interno. Esto se traduciría en un descuido de la imagen y en ese tipo candoroso, ingenuo, desatinado y desinserto de la realidad humana común, propio de estos pacientes. Sin embargo, tal como lo manifiesta el mismo autor, conceptos como autismo son difíciles de operacionalizar, de explicar, y de esta forma parecen evitarse aun cuando se les termina describiendo bajo otro nombre.

Los síntomas que Roa considera centrales en la esquizofrenia se relacionan entre sí y son el producto de una aguda observación clínica. Por lo tanto, aparecen comprensibles para quienes han observado a estos pacientes, pero poco traducibles u operacionalizables como pretenden hacerlo clasificaciones actuales como el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) con fines diagnósticos.

En esta búsqueda que se concentra particularmente en el siglo XIX y XX, de lo medular, de lo propiamente esquizofrénico de los pacientes así denominados, aparece Gatean Gatian De Clérambault. Este psiquiatra “...*procuraba abrazar el misterio hasta su íntima estructura...*” (Renard E., 1942, citado en Poulmarc’h C., 1994, p. 45). Desde un comienzo tuvo la intuición de que existía un principio común generador de todas las

psicosis¹ alucinatorias, su dogma a partir de esta idea fue el del Automatismo Mental, entendiendo por ello una “ *Escisión psíquica (...)Voz interior que inhibe y remplaza a su pensamiento. Sentimientos contradictorios...[expresión de una] escisión de la personalidad que le objetiva su propio yo...*” (Clérambault G.,1920, citado en Poulmarc’h C., 1994, p. 48). Para el autor este mecanismo está en la base de todo delirio y no es un simple conjunto de síntomas que forma parte de la clínica de las psicosis alucinatorias. Las descripciones acerca de este mecanismo cambian en los distintos escritos y sólo una de ellas perduró en tanto diferenciar el gran automatismo mental del pequeño automatismo mental, distinción que separa los fenómenos groseros de los sutiles, estos últimos serían los que sostienen el fundamento clínico de la doctrina.

Antes de describir estos fenómenos del pequeño automatismo mental, es importante destacar tres aspectos de éstos, que son centrales en la perspectiva de Clérambault. Primero, el hecho que irrumpen en un psiquismo hasta entonces intacto; en segundo lugar, que no son producto de un error de juicio bajo el efecto de una particular emoción o afectividad, ni de la reacción frente a una situación; y por último, son el pedestal que espera la estatua que incluso años más tarde pueda ser el delirio. Lo mórbido en este fenómeno no sería su contenido, es decir las palabras o ideas que expresa, sino el mecanismo que las reúne e impone (Poulmarc’h C., 1994).

En cuanto a los fenómenos que constituyen el pequeño automatismo mental, se caracterizan por lo que se ha llamado alucinaciones psíquicas o lo que se conoce como pseudoalucinaciones. Clérambault (1920) atribuye la paternidad de éstos a Baillarger (1890) y Séglas (1914), para quienes son a la vez ideicos y verbales. Baillarger describe que los pacientes “*escuchan como idea unas voces secretas interiores sin lenguaje hablado*” (Baillarger, 1890, citado en Poulmarc’h C., 1994, p. 49), mientras que Séglas remarca que estos fenómenos no tienen un objeto exterior y que corresponden a un dominio psíquico en que el monólogo interior cotidiano ya no es expresión de los propios pensamientos del sujeto y se presentan de manera oscura, enigmática. De esta forma estos autores abandonan la definición clásica de la alucinación entendida como

¹ Debido a que la diferencia entre lo que puede entenderse como psicosis y esquizofrenia, o inclusive el hecho de poner en duda el término de esquizofrenia y sólo hablar de psicosis es un discusión que por su profundidad no puede realizarse en esta investigación, se considerarán las concepciones psiquiátricas clásicas que entienden a la esquizofrenia como una psicosis crónica, como un proceso psicótico que se instala en el sujeto y por lo tanto el término psicosis permite hablar de esquizofrenia.

percepción sin objeto. Es este carácter no sensorial, neutro, de los fenómenos antes descritos, lo que Clérambault destaca como central para el pequeño automatismo mental. Este último es el principio unificador de todas las psicosis alucinatorias, entre ellas la demencia precoz o esquizofrenia la que estaría compuesta por los fenómenos groseros y sutiles del automatismo mental (Poulmarc'h C., 1994).

En cuanto a la causalidad de dichos fenómenos, Clérambault otorga a éstos una explicación patogénica. Utilizando metafóricamente conceptos tomados de la física eléctrica, plantea la existencia de un influjo que alimenta los llamados "datos superiores de la conciencia" (pensamientos, ideas, etc) que viajaría como una corriente principal dentro del cerebro. En el caso del automatismo mental, a este influjo central se agrega un excedente, proveniente de ciertas estructuras de origen patológico presentes en el cerebro. Este excedente de influjo viaja por otras vías y penetra ramificadamente a la corteza y tejidos y añade de manera selectiva determinados agregados ideoafectivos, que llegan a nivel de la conciencia. De esta forma *"...se instala una personalidad secundaria (expresión igualmente metafórica) junto a la personalidad originaria"* (Baillarger 1890, citado en Poulmarc'h C., 1994, p. 52).

Más allá de la explicación organicista de Clérambault, lo que ha sido retomado desde el psicoanálisis son sus descripciones de las psicosis alucinatorias, entre las que estaría la esquizofrenia, y su búsqueda del fenómeno central de éstas.

El redescubrimiento de este autor proviene de uno de sus discípulos, Jacques Lacan. En un principio, él rechazó la doctrina del automatismo mental debido a la causalidad que Clérambault adjudica a este fenómeno. Lacan buscaba dar un sentido humano a las conductas patológicas aprehendiendo la psicosis en su totalidad. Para él, el núcleo delirante no se relacionaba con un déficit o error, es decir no existiría una percepción errónea ni tampoco una falta o disminución de ciertos aspectos de la personalidad del sujeto, sino más bien un desconocimiento de aspectos propios. *"En los sentimientos de influencia y de automatismo el sujeto no reconoce sus producciones como suyas"* (Lacan, 1981, citado en Poulmarc'h C., 1994, p. 57). Desde esta perspectiva retoma el concepto de automatismo mental entendido como aquello que en el sujeto "piensa por sí mismo".

Retomando el caso Schreber, discutido por Freud, Lacan habla de estos fenómenos situados en el límite de la significación que pasan a estar como neutralizados, significando cada vez menos (“machacados”) y que van transmitiendo algo de vacío, tomando las expresiones de Clérambault “residuos, desechos, cuerpos vacíos”, “...*vemos un sujeto habitado y poseído por el lenguaje*” (Lacan, 1981, en Poulmarc’h C., 1994, p. 59). De esta forma, Lacan piensa la fenomenología de la psicosis contenida en esta relación del sujeto al lenguaje, que es promovida por el automatismo mental y que aparta al sujeto del monólogo normal cotidiano propio de la experiencia humana, tornando a éste último extraño, ominoso².

Lacan considera que la sabiduría de Clérambault descansa en el abandono de toda explicación afectiva y en considerar un carácter ideicamente neutro para los fenómenos del automatismo mental, remarcando que lo mórbido del proceso no era el contenido, sino el mecanismo que reúne las ideas y las impone. Para Lacan ese mecanismo será la Forclusión (Poulmarc’h C., 1994).

Continuando con las explicaciones o acercamientos a la psicosis en tanto orden que incluye lo que podría denominarse como esquizofrenia, se encuentran otras miradas psicoanalíticas que también ponen el acento en aquello que ocurre entre el lenguaje y el esquizofrénico.

Octave Mannoni (1973), retomando la observación de Bion acerca del miedo que el esquizofrénico sentiría hacia lo que él llama “pensamiento verbal”, considera la problemática de la relación del esquizofrénico con el lenguaje. Bion entiende el miedo del esquizofrénico al lenguaje desde la posición depresiva kleiniana; es decir, el esquizofrénico realizaría un uso particular del lenguaje para escapar de esta posición.

Según Mannoni, Freud en cambio, se habría concentrado en describir el mecanismo que utilizaría el esquizofrénico al tratar el lenguaje, que consistiría en la acción del proceso primario sobre éste. Los mecanismos principales del proceso primario

² Se considerará el término ominoso (Unheimliche) en su relación con el término familiar, íntimo (Heimliche) y por tanto se considerará lo ominoso no como algo nuevo o ajeno. “*Lo ominoso de la epilepsia, de la locura, tiene el mismo origen. El lego asiste aquí a la exteriorización de una fuerza que ni había sospechado en su prójimo, pero de cuya moción se siente capaz en algún remoto rincón de su personalidad*”(Freud S., 1919, pág 243).

serían el desplazamiento y la condensación, que en el caso del esquizofrénico no se aplican a imágenes, sino a los términos mismos del lenguaje. Para Mannoni la explicación de Freud es parcial, pero coincidiría con la lingüística moderna, pues equivaldría a plantear que el lenguaje del esquizofrénico obedece a las leyes del significante dejando de lado el significado. A partir de esto el autor plantea que el miedo del esquizofrénico al lenguaje puede no tener que ver con las palabras, sino con el sentido que éstas puedan tener. Es decir, que el esquizofrénico no ignora que las palabras tienen una acepción, pero no la admite. De esta forma, el esquizofrénico trata a las palabras como significantes que se deslizan o bien como reducción de significantes; sin embargo nunca llega este significante a asociarse con un significado o a esconderlo a través del desplazamiento, por lo tanto la interpretación en el esquizofrénico no operaría en el mismo sentido que en el neurótico.

¿Por qué el esquizofrénico *“{eliminaría} el significado para retener solamente el significante?”* (Mannoni O., 1973, p. 75). Octave Mannoni propone que lo que hace el esquizofrénico equivale a una especie de “sordera psíquica”, que afecta solamente al significado. Para explicársela pone sus ojos sobre el discurso de su entorno. Es decir, existiría en ese discurso algo que sólo puede oírse si se omite su sentido. Habría en esta operación una necesidad de anular el discurso materno (Mannoni O., 1973).

Octave Mannoni no olvida que existen otros síntomas en este cuadro y que la posibilidad de comunicarse, de otorgarle significado a los significantes que se presentan, no está completamente perdida en estos pacientes, pero intuye que el trastorno del lenguaje podría ser el origen de las otras sintomatologías. Es por esto que explora otros ejemplos en que la relación con el lenguaje es similar a la del esquizofrénico, sin que se le considere patológica. Entre éstos se encuentra el trato que el lingüista da al lenguaje, al centrarse justamente en lo que permanece: *“El significante se mantiene idéntico a sí mismo, pero a pesar de esta constancia, se relaciona con significados que cambian continuamente, por eso la ciencia (como el esquizofrénico) se aferra exitosamente al significante”* (Mannoni O. 1973, p. 79). También se centra en el significante el poeta, al opacar la claridad de un texto en tanto significación. La poesía juega como la música y parece carente de significado. Se disfruta entonces de la combinatoria, repetición y oposición de los significantes puestos en juego. Sin embargo, no pensamos en el lingüista ni en el poeta como en el esquizofrénico, ya que en el uso que éste último hace del

lenguaje, leemos algo patológico interiormente, de lo cual no sabemos más que su aspecto lingüístico. El esquizofrénico a diferencia de aquellos que se mueven o investigan en el significante, no juega con ellos, no hace un “como sí”, simplemente trata los significantes como objetos y también trata a estos últimos como significantes (Mannoni O, 1973).

Tal como Bion lo constata, en las formulaciones incomprensibles del esquizofrénico encontramos un vacío de significación. Es decir, la asociación entre dos términos, su ligazón, no recubre otra asociación, significado, a interpretar. Sin embargo, el esquizofrénico también puede utilizar el lenguaje con significación y esto es lo que hace posible el trabajo con él.

Tal como se ha planteado en los apartados anteriores, la búsqueda de lo propiamente esquizofrénico se ha basado en la observación de ciertas manifestaciones que parecen centrales en dicha patología, las que dan cuenta del carácter de quiebre, de discontinuidad en la relación del esquizofrénico con el mundo. Aparece la ausencia de significado en algunos momentos, la extrañeza frente al monólogo cotidiano que se torna ominoso y también la extrañeza frente a la propia imagen.

Respecto a esto último, como plantea Paul Abely, *“en ciertos estados psicóticos el sujeto experimenta una suerte de transformación en Otro”* (Abely P., 1930, citado en Stagnaro J., 2006, p. 113). Para sostener lo anterior, este autor recoge lo que Delmas (1929) denomina *“el signo del espejo en la demencia precoz”*. Este signo consiste en aquella necesidad que se ha observado en ciertos pacientes de mirarse durante largo rato en una superficie que los refleje, particularmente su rostro. Un aspecto que llama la atención en relación a este signo es que su aparición concurre junto a los primeros síntomas de la patología. Dicha conducta es observada por familiares de estos pacientes, mayormente hombres, y que ignoraban toda relación sexual con el sexo opuesto. La relación de estos pacientes al espejo es diversa, hay un mirarse insistentemente cambiando caras, haciendo muecas y sonrisas. Generalmente dichos pacientes no dan explicaciones o se muestran reticentes a darlas. Una paciente finalmente lo explica así: *“es para volver a encontrarme”*. Si bien el signo del espejo es común a diversas psicosis, en la demencia precoz es más frecuente y parece constituir un signo de alarma en relación al comienzo de la enfermedad. Es difícil saber qué motiva este mirarse, pero en

base a la observación de dicha conducta el autor llega a tres conclusiones. En primer lugar, se trataría de una manera de control de la cara y fisonomía cuando comienzan sentimientos de transformación de la personalidad. Por otra parte podría relacionarse a una base autista ya que en esta imagen encuentran un interlocutor dócil que permite colmar la necesidad permanente de soliloquios en estos pacientes. Por último, habría alguna relación entre este signo y trastornos especiales en la esfera sexual.

DIAGNÓSTICO: ESQUIZOFRENIA

Los recorridos realizados por todos los autores anteriores están basados en la observación de sus pacientes; sin embargo a pesar de dicho intento no existe aún aquello que pudiese llamarse lo esquizofrénico. Existen una serie de hipótesis acerca de qué es lo que ocurre con estos pacientes y cómo entender sus síntomas, que si bien pueden encontrarse en otras patologías, la manera particular en que se estructuran es lo que caracteriza a la esquizofrenia. Es decir no sólo el cómo se dan, sino el conjunto en que se dan. Por lo tanto, la búsqueda de la mayoría de los autores estaría centrada en encontrar aquello que explica esta estructuración particular.

A pesar de las dificultades planteadas por los autores antes revisados, el diagnóstico de esquizofrenia sigue en uso y ésta es reconocida como una de las patologías “madre” de la psiquiatría.

Desde perspectivas anglosajonas se ha intentado definir y operacionalizar el diagnóstico de esquizofrenia. Este intento por delimitarla en términos operacionalizables, que permitan su diagnóstico, ha sido justificado desde los resultados obtenidos con aquellos pacientes que comienzan un tratamiento temprano que considera principalmente el uso de fármacos y secundariamente la reinserción social. El lugar donde ha quedado impresa esta intención son las dos grandes clasificaciones psiquiátricas mundiales, el CIE 10 y el DSM IV. La salud mental pública considera estas clasificaciones como una herramienta que permite incluir la presentación de ciertos síntomas en una patología particular, en un diagnóstico determinado. Dicho diagnóstico de esquizofrenia en nuestro país cuenta con garantías especiales de salud (GES) que implican un protocolo de tratamiento. *“...Lo cierto es que la esquizofrenia es un diagnóstico, por ende una etiqueta clínica que unas personas le dan a otras...a esta etiqueta se le agregaba una connotación:*

la persona a quien se le aplicaba no era como nosotros...Esta etiqueta es un hecho social...no deja de tener consecuencias para la persona etiquetada...El individuo etiquetado es iniciado no sólo en un rol, sino también en una carrera de paciente, por las acciones concertadas de cierto número de personas...” (Laing, R., 1964, citado en Stagnaro J., 2006, pp. 198-199).

DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN CHILE

El rótulo de esquizofrenia en Chile se rige a partir de la presencia de lo que la psiquiatría norteamericana ha denominado síntomas positivos y negativos. Entre los primeros encontramos aquellos que implican la suma de aspectos que antes no existían en la estructura psíquica del paciente tales como: alucinaciones, distorsiones y trastornos del pensamiento, etc. Los segundos corresponden a un menoscabo, una pérdida o disminución de atributos del sujeto: desmotivación, reducción de emociones, etc. Dentro de esta clasificación se considera la existencia de distintos tipos de esquizofrenias que permiten detallar el diagnóstico: esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferenciada, simple y sin especificación.

La definición general de esquizofrenia considerada para el protocolo GES corresponde a la definición que de ésta hace la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros problemas de Salud, publicado por la OMS: *“Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma”* (CIE-10, 2003 p.70). A partir de dicha definición se considera que las capacidades de relación con el medio, el funcionamiento social y la participación en las actividades compartidas se ven disminuidas. El inicio de la enfermedad es, generalmente en la adolescencia, y la prevalencia es de 0,5% en la población mayor de 15 años (MINSAL, 2005). Esto último motiva la revisión de lo que la adolescencia implica.

ADOLESCENCIA COMO CONSTRUCCIÓN CULTURAL

El concepto de adolescencia surge en un determinado contexto histórico y sociocultural en Occidente. Probablemente quien primero utilizó este concepto fue J. Jaques Rousseau en su libro Emilio, para referirse a un período específico del desarrollo humano (Vega M., 2007). *“Nacemos por decirlo así, en dos veces: una para existir, y la otra para vivir. Una para la especie, y la otra para el sexo...”*.(Rousseau, 1759, citado en Doltó F., 2004, p. 15). Es decir, la creación de este concepto y su definición surgen en el momento que resulta necesario nombrar y marcar como etapa evolutiva un momento particular del desarrollo del ser humano. La necesidad de denominar dicho período se explica por determinados cambios históricos, entre éstos la revolución industrial, que lleva a denominar este período como segunda infancia y a prescindir de ella como mano de obra. De esta forma, surgen tratos particulares hacia los adolescentes que consisten en el aumento de la escolaridad hasta los dieciséis años como medida de asegurar una socialización, y un trato legal especial. Los infractores adolescentes no son considerados como los adultos, tampoco como los niños. Quedan en un lugar distinto y a la vez, según la perspectiva de algunos en un no lugar, *“En derecho, el adolescente no cuenta. Si el derecho francés no distingue en principio más que menores y mayores, las excepciones que hacen la regla definen una ambigüedad que pervierte el texto jurídico, el cual no funciona sino por límites...”* (Rassial J.,1999, p. 17).

Los cambios cuantitativos y cualitativos en el cuerpo adolescente permitirían destacar y ubicar a la adolescencia como una etapa dentro de la evolución del sujeto hacia su configuración adulta.

Sin embargo, la concepción evolutiva no logra responder completamente a la pregunta sobre qué determina el fin de la adolescencia y el comienzo de la adultez, pues aquello que establece el estatuto de adulto en la sociedad occidental, en la época en que surge el concepto, no responde a un cierto estado de desarrollo fisiológico, sino que es determinado culturalmente. El matrimonio marcaba la evolución de adolescente a adulto, en el momento en que este concepto surge. Por lo tanto la variable cultural en relación al término adolescencia retorna una y otra vez.

Los etnólogos no consideraron la adolescencia como tema de estudio hasta que los trabajos de Margaret Mead pusieron la mirada sobre el paso de la niñez a la adultez, lo que desde la concepción occidental se entiende como adolescencia y que entre otras cosas está marcado por la pubertad. Un primer punto a considerar es que dicho paso, en otras culturas, siempre varía y cambia radicalmente según se trate de varones o de muchachas. Por otra parte, los tiempos que otras culturas han considerado para este paso son muy variables. Por lo tanto, no resulta posible oponer globalmente los modos de estas culturas a lo que en occidente se denomina adolescencia. Sin embargo, en casi todas ellas *“...La adolescencia y el hogar, o mejor dicho, la educación familiar son por lo común incompatibles. La adolescencia, el paso del estado de niño al estado de adulto, escapa casi en todas partes al estricto control familiar”* (Mannoni O., 1992, p. 135). Otro punto que resulta común a la mayoría de estas culturas no occidentales, es que el paso de niño a adulto está marcado por algún rito de iniciación es decir, existe un soporte cultural explícito para atravesar este tránsito o pasaje a la adultez. Muchas veces estos ritos están directamente relacionados con asumir un lugar en el grupo social, lugar que primeramente se define por ser hombre o mujer.

ADOLESCENCIA: CONCEPCIONES PSICOANALÍTICAS

Sigmund Freud considera el desarrollo del ser humano tanto en su dimensión evolutiva como subjetiva. Es decir, hay una sucesión de acontecimientos que van determinando como el sujeto se va constituyendo. Dicha sucesión no se correlaciona con una tiempo cronológico, sino lógico. De esta manera, Freud establece una doble temporalidad como determinante para el ser humano; en la primera está todo lo que evolutivamente predispone, en la otra las particularidades que conforman al sujeto. Esta doble determinación se refleja, por ejemplo, en su concepción acerca del sepultamiento del complejo de Edipo. *“El complejo de Edipo es vivenciado de manera enteramente individual por la mayoría de los humanos, pero es también un fenómeno determinado por la herencia, dispuesto por ella, que tiene que desvanecerse de acuerdo con el programa cuando se inicia la fase evolutiva siguiente predeterminada...Queda espacio para la ontogenética junto a la filogenética, de miras más vastas”.* (Freud S., 1924, p. 182).

Para Freud la pubertad implica una etapa del desarrollo evolutivo y también, una re-visión y reedición de las problemáticas enfrentadas y parcialmente resueltas en la infancia.

El desarrollo psicoanalítico acerca de la adolescencia, continuó con Ana Freud. Su trabajo se concentra en las características de la infancia, definiendo la adolescencia de manera muy similar a la expuesta por Sigmund Freud. Considera las mismas tareas básicas a lograr: primacía genital y resolución de la elección de objeto sexual, y el mismo desencadenante de ésta: la modificación cuantitativa y cualitativa de las pulsiones. Sin embargo, para Ana Freud el proceso adolescente parece ser la defensa que emprende el Yo en relación a los cambios puberales. *“...Mientras la latencia constituye una tregua en los enfrentamientos entre el Yo y el Ello, la pubertad altera la distribución cuantitativa y cualitativa de las pulsiones; esto genera angustia y entonces el Yo debe instrumentar las defensas de las que dispone, con resultados variables...”* (Vega M., 2007, p. 18). El equilibrio de éstas y su primacía sobre el Ello serán, al parecer, las características de este tránsito.

Posterior a Ana Freud y como postura intermedia entre ésta y la kleiniana, aparece Donald Winnicott. Su postura resulta original al considerar la adolescencia como fenómeno particular, más allá de su denominación como momento posterior a la niñez o enfrentamiento a la pubertad. Para él la adolescencia se define como un proceso que se logra “al pasar sobre el cadáver de los padres”. Es decir, implica la necesidad de tomar el lugar del padre en sentido simbólico y poder superarlo para así ingresar a lo social, saliendo de lo familiar. En palabras de J. J. Rassial constatar que tanto los padres como el mismo adolescente no son más que eslabones en una cadena de linaje. *“Cuando el hijo se mide con el padre, el cuerpo del padre entra en escena, ya no mítico, sino apresado en una cadena simbólica, en el mismo sentido que hay cadena en la lengua...El padre (caído) es designado, al mismo título que el hijo, como eslabón en la cadena de las generaciones...”* (Rassial J., 1999, p. 15).

Ingresar al orden generacional implica confrontar y pasar sobre la generación precedente, cuyos representantes más evidentes son los padres. Esta operación permite el desenmascaramiento de los padres omnipotentes y todopoderosos infantiles. Para que la confrontación generacional suceda es necesario que los padres estén suficientemente presentes, para que así el adolescente, pueda por una parte, confrontar a los padres y,

por otra, vivir ese tiempo de inmadurez característico de esta etapa de la vida. *“La inmadurez es un elemento esencial de la salud en la adolescencia. No hay más que una cura para ella, y es el paso del tiempo y la maduración que éste puede traer”*. (Winnicott D., 1982, p. 189). El crecimiento que implica el paso por la pubertad y el ingreso a la adolescencia se manifiesta en el crecimiento corporal, en ser igual o más grande que el padre, con ello ingresa a la relación una posibilidad de agresividad a manejar. *“Cuando un adolescente empieza a pelearse, a impugnar, empieza también a tomar distancia de todo lo que son los valores e ideales de su familia...Hay un momento privilegiado de esta agresividad donde él tratará de arrojar lejos, a cierto no-Yo, todo lo que hasta ese momento podía aceptar como valores que le transmitían en el discurso familiar...Cuando esta función de la agresividad falla, se produce la agresión, verdadero síntoma de tal falla”* (Rodulfo M., 1986, p. 34).

Uno de los primeros autores psicoanalíticos que concentró su trabajo en el período adolescente propiamente tal, fue Erick Erickson. Su interés por la adolescencia se funda en las diferencias que dicha etapa tiene en las distintas culturas, lo que lo llevó a considerar la problemática de la identidad con igual relevancia que la de la sexualidad en cuanto determinante del período adolescente. En la concepción de identidad ericksoniana está impresa la ambivalencia del término, implicando la objetivación del sí mismo y la experiencia subjetiva de la cambiante continuidad interior. De esta forma, la variante sociocultural cobra importancia. El sujeto estaría atravesado por la cultura desde antes de nacer a la vez que se incorpora a ella gradualmente, siendo necesaria la independencia de los padres para su logro pleno. Para este autor, la construcción de la identidad se da en el continuo del desarrollo, siendo la adolescencia el período de consolidación de ésta, ya que es el momento en que el sujeto intenta integrar lo que sabía de él y su mundo en un continuo con pasado, presente y futuro. De esta forma, el conflicto propio de la adolescencia sería la identidad, que se configuraría como una crisis normal e inevitable de los referentes identitarios. Por ello Erickson la denomina crisis normativa (Vega M., 2007).

Autores psicoanalíticos posteriores consideraron no sólo los aspectos a lograr en esta etapa: elección de objeto, incorporación a la cultura, alejamiento de los padres, sino también aquello que el sujeto abandona en dicha etapa. Es decir, todo lo que dice relación con el duelo del mundo infantil que desaparece y con ello un cuerpo infantil, un tipo de identidad (bi) sexual y una imagen (omnipotente) de los padres (Vega M., 2007).

QUÉ SE ABANDONA, QUÉ SE RETOMA: LO INFANTIL EN LA ADOLESCENCIA

A lo largo de las distintas apreciaciones acerca de la adolescencia, siempre ha permanecido en éstas la idea de una cierta temporalidad evolutiva. Tal como se ha revisado anteriormente, el término adolescencia nace desde una subdivisión de etapas del desarrollo humano realizado durante la época en que la teoría de la evolución estaba en su apogeo. Si bien la variable evolutiva no es la única al momento de pensar en el proceso adolescente, todavía parece válida la pregunta por el desarrollo temporal lineal del sujeto, que subraya la posible diferencia entre el psicoanálisis de niños, adolescentes y adultos, *“...parece ser necesario “soportar la paradoja” (Winnicott) sin tratar de resolverla (esto es reducirla): es igual y es diferente”* (Rodulfo R., 1986, pág 78). Por lo tanto *“es importante la rica tensión diferencial y conflictiva entre el tiempo cronológico y lógico de la estructura, en lugar de reducir o aplastar uno con el otro”* (Rodulfo R., 1986, p. 80).

En cuanto a la dimensión temporal cronológica, marcada por cambios a nivel del cuerpo, por el crecimiento cuantitativo y cualitativo que se va desarrollando, la pregunta por la edad permite pensar *“en qué está el sujeto...¿En qué crisis, punto de capitonado de la subjetividad , tarea vital... se halla abocado y cómo eso influye en la situación analítica que se configura?”* (Rodulfo R., 1986, p. 81).

En el caso particular de la adolescencia, la metamorfosis corporal inaugurada en la pubertad implica el retorno de las crisis de castración e identificatorias y el abandono del mundo infantil.

Para poder captar de qué manera llega el niño, que entra a la pubertad, a enfrentar las problemáticas antes señaladas habría que conocer cómo estaba hasta ese momento constituido este sujeto-niño que entra a la pubertad, qué tareas habrá enfrentado; para conocer que es lo que desde este nuevo cuerpo adolescente se revisita.

El desarrollo del ser humano está íntimamente relacionado con la manera en que la sexualidad se da en él. Tal como lo plantea Freud, la particularidad del ser humano es que su sexualidad se da en dos tiempos, es decir ocurre diferidamente. La sexualidad está en el niño desde que nace, en tanto lo que es necesario para la supervivencia se va

constituyendo también como espacio de goce. Sin embargo, este goce necesita un límite que permite al niño constituirse como sujeto.

Estos límites se van desarrollando durante el primer período de maduración sexual, entre los dos y cinco años, para luego ingresar a la latencia y continuar dicha maduración en la pubertad. Sin embargo, la producción de excitación sexual perdura. Este diferir del desarrollo sexual, permite erigir junto a otras inhibiciones sexuales la barrera del incesto. La sexualidad infantil culmina cuando los genitales toman importancia como órgano, surgiendo paralelamente a ello el complejo de Edipo. El niño intuye que dicho órgano cobrará importancia en el comercio con la madre, aun cuando no tenga claro cómo. Por ello no querrá perderlo y esta posibilidad aparece como cierta al observar los genitales femeninos. Por lo tanto el complejo ofrece dos soluciones, una pasiva y la otra activa, sin embargo ambas implican la pérdida del órgano ya sea como premisa o como castigo. Aquí se enfrenta entonces, el interés narcisista y las investiduras libidinosas de los objetos parentales. Generalmente gana la primera y las últimas pasan a ser sustituidas por las identificaciones, así como la autoridad parental es introyectada perpetuando la prohibición. Las aspiraciones libidinales del complejo son por una parte sublimadas (en identificaciones) y por otra desexualizadas, inhibidas en su meta y mudadas a mociones tiernas (Freud S, 1924). Ingresa el niño a la latencia. Pero al entrar a la pubertad ésta trae cambios que implican la iniciación de la sexualidad adulta, pues se refuerza lo pulsional que ya tenía existencia en lo infantil. Resulta esencial y llamativo en este proceso el crecimiento de los genitales que marca la posibilidad de reproducirse. A partir de este cambio, los estímulos sexuales que permitían un placer autoerótico, pasan a configurarse como aquellos que provocan una excitación sexual que conlleva placer parcial previo, equiparable al infantil, a la vez que tensión. Esto último permite que pueda surgir un placer final, ya no parcial, cuya posibilidad depende sólo de condiciones que se instalan en la pubertad, entre éstas la primacía genital. Sin embargo, la sexualidad infantil no es tan diferente de la adulta ya que en la primera, se empieza a dibujar lo que será fundamental en la sexualidad adulta: la elección de objeto y la importancia de los genitales como órgano rector. De esta forma, lo que se inaugura en la pubertad son los cambios físicos y corporales que impulsarán la sexualidad adulta caracterizada por la elección de objeto y la diferenciación masculino/femenino, definiéndose una zona erógena rectora distinta para cada uno. Al afirmar el primado de las zonas genitales, desde el lado psíquico se consuma el hallazgo de objeto el que es propiamente un reencuentro (Freud

S., 1905), ya que la primera satisfacción sexual estaba conectada a la nutrición y por ello la pulsión tenía un objeto fuera del cuerpo. Cuando el bebé pudo ver a la persona a quien pertenecía, la pierde y la pulsión sexual pasa a ser autoerótica. Sólo después de la latencia se restablece la relación originaria, a la vez que resurge en la pubertad la problemática edípica. La fijación de la libido incestuosa es imposible de ser sustraída por completo, por lo tanto algo de ella queda y resurge en la pubertad, a esto se agrega que la elección de objeto se consume primero en la representación y se despliega en la fantasía, resurgiendo las inclinaciones infantiles que ahora tienen un refuerzo somático. El cambio puberal implica que el sujeto enfrenta nuevamente el Edipo.

Aquel cuerpo infantil y aquel espacio infantil donde los padres eran omnipotentes desaparece frente a la realidad de un cuerpo igual o más grande que el de los padres, *“el adolescente descubre, en un segundo tiempo, que ese padre que se le parece es mortal, en lo real, de una muerte <sin causa> y que esta transmisión se ordena como pérdida...el padre deja de ser el representante único del orden simbólico”* (Rassial J., 1999, p. 15). El adolescente se ve expulsado del paraíso infantil en donde sus padres eran omnipotentes, en cierta medida infinitos. El adolescente no sólo abandona la omnipotencia paterna sino que se enfrenta a su propia omnipotencia infantil, el pasaje adolescente implica enfrentarse con los límites. *“...Uno de los trabajos más difíciles del proceso adolescente se juega en atravesar el largo y difícil camino que conduce en el mejor de los casos, a concluir que el saber no lo encontrará ni en los padres, ni en él, ni en el líder del grupo del que ocasionalmente forma parte, lo cual implica siempre y definitivamente un nivel de renuncia que lleva a que la adolescencia concluya”* (Korembliit M., 2007, p. 294)

Sin embargo, lograr desestimar las fantasías edípicas permite un logro psíquico importante; el desasimiento respecto de la autoridad de los padres (S. Freud, 1905). Esto permitirá enfrentar o asumir otra autoridad, la ley exogámica, que rige a todos, incluidos los padres.

El pasaje adolescente no sólo implica abandonar la omnipotencia infantil, sino también un cambio de la percepción temporal y espacial. El tiempo y el espacio del niño se caracterizan por ser intensivos. El espacio se divide en uno central, cotidiano profundamente conocido, y un manto general que es todo el espacio restante. El tiempo en el niño, se caracteriza por estar constituido de momentos infinitos y desligados entre sí.

Entrar en el proceso adolescente implica que el tiempo y el espacio comienzan a volverse extensivos. Se ingresa al tiempo concebido como movimiento continuo e inexorable, sobre una línea de la cual jamás retorna un punto. Aparece así la percepción de lo irreparable, de lo perdido y entonces puede surgir el sentimiento de la soledad profunda y de la melancolía, ausentes en la infancia (Spranger E., 1968). Aparece un nuevo sentimiento en relación al yo, en tanto se abre una honda sima entre el yo y el no-yo, que implica la percepción de que se está consigo, solo en un abismo. Esto implica el nacimiento de la autorreflexión, principalmente sobre la existencia (Spranger E., 1968). *“El niño se pregunta: ¿Qué había cuando yo no estaba todavía? El adolescente pregunta ¿Por qué existo yo?...”* (Spranger E., 1968, p. 48).

La entrada a la adolescencia no sólo implica un abandono de una estructura infantil que percibe de un modo determinado el mundo, sino también retomar ciertas problemáticas infantiles.

Al acentuarse esta separación entre el yo y el no-yo, se retoma el primer paso por ella, propio de la primera infancia. Siguiendo los planteamiento de Sami Ali (1979), en el tercer momento del narcisismo infantil, el otro se constituye en tanto extraño, lo que produce una primera fisura en lo que se ha llamado el espacio de inclusión recíproca (EIR) que hasta entonces se había constituido entre la madre y el hijo. Esto tiene un largo alcance, implica devenir extraño a la madre, al EIR, devenir uno mismo extraño, punto a jugarse en el cambio corporal adolescente en que se deviene extraño a sí mismo (Rodulfo R., 1986). Esta posibilidad de devenir extraño a sí mismo se sustenta no sólo en la diferencia entre el Yo y el no-yo, sino también en la temporalidad que inaugura este Yo, temporalidad que se hace extensiva en el adolescente. *“Con el yo...irrumpe en la psique la categoría de la temporalidad, y por la misma razón el concepto de diferencia en su aspecto más difícil de asumir: la diferencia de sí-mismo a sí-mismo”* (Aulagnier P., 1994, p. 26). El adolescente vendrá a retomar estos aspectos logrados o no en la infancia, a partir de un cambio real en la imagen corporal, que sólo puede seguir siendo pensada como propia en tanto la categoría de temporalidad haya operado en la infancia. Los cambios corporales puberales, ponen a prueba el paso por estos procesos infantiles en tanto exigen de ellos ya no sólo una diferenciación entre el yo y el no –yo, sino también la posibilidad de soportar la diferencia de sí mismo a sí mismo.

Siguiendo los planteamientos winnicottianos, en la adolescencia se juega la separación con lo familiar. Sin embargo, la posibilidad de separación se ancla también en la dimensión de la ausencia que se juega en el niño a través del paso por el Fort/da. Éste implica la posibilidad de la paradoja presencia/ausencia, que inaugura el lenguaje, permitiendo a su vez la entrada en la temporalidad cotidiana donde se puede mencionar lo que vendrá y lo que se ha ido. Surge entonces la posibilidad de desaparecer sin que esto implique la aniquilación propia ni la ajena. Se puede poner un límite, desaparecer un tiempo para el otro sin por ello dejar de existir. Por lo tanto el adolescente retoma lo que se juega en este Fort/da que le permitirá desaparecer, en cierta medida, para los padres a la vez que ellos desaparecen como ideal de ser, como identificaciones únicas para el hijo. Pero así como el Fort/da es el paso al lenguaje, en tanto permite hacer presente lo ausente, sosteniendo esta paradoja, aparece redoblada esta necesidad en el adolescente de poner palabras, de hacerlas circular en relación a lo que enfrenta: desilusión en relación a la promesa edípica, posibilidad de salir de lo familiar, de poner en juego entonces otros significantes, de crear. La adolescencia es algo más que una simple revisión a posteriori, es además un momento inédito. Existe una posibilidad de creación y colaboración activa en la cultura. En la infancia existe una ocupación personal con las cosas técnicas y no hay creación de valores, sólo elección de medios y realización de los valores creados. En la adolescencia puede surgir el propio valorar. El niño vive a través de la cultura existente, en la adolescencia se abre la posibilidad de añadir y quitar algo al sentido orgánico del mundo. (Spranger E., 1968).

Si bien la adolescencia implica el abandono de un mundo infantil estructurado, revisar y retomar ciertas relaciones establecidas o no en la infancia, surge en la adolescencia algo inédito: la apertura a las posibilidades. *“El entredós de la adolescencia significa también que en su lugar, en ese momento, se entremezclan todas las posibilidades. La adolescencia es menos una crisis a rodear, atravesar y abandonar que la apuesta misma de la elección...Se trataría menos de romper que de asumir que todo debe retomarse y regarantizarse de otra manera”* (Cadoret M., 1994, p. 205).

LA PROBLEMÁTICA DE LA SEXUACIÓN ADOLESCENTE

Entre aquellos aspectos que se actualizan en la adolescencia, se encuentra la problemática de la sexuación. Esta problemática va más allá de los cambios en el cuerpo,

en tanto cuerpo físico o soma, y nos habla de una reconstrucción del cuerpo a partir de la relación al otro.

En la infancia, este cuerpo, imagen del cuerpo, está garantizado por las figuras parentales que hasta ese momento representan imaginariamente al Otro y que con su mirada y vocablos permiten la existencia de este pequeño como sujeto, o más bien como posible sujeto. En la adolescencia en cambio, será el otro sexo el que representará la consistencia imaginaria de este Otro. Es decir, el adolescente debe pasar de apropiarse de su imagen a partir de la voz y mirada materna, a apropiarse de una imagen distinta del cuerpo bajo la mirada del otro, del otro sexo. Por ello, para autores como J. Jacques Rassiál (1999) la adolescencia es el momento lógico del a posteriori del estadio del espejo. La imagen del cuerpo deja de ser sostenida por la mirada de los padres para ser sostenida por la relación hacia un semejante en el cual el deseo está engarzado (Pino P., Valdivieso C., 2001). Este es un segundo momento de identificación crucial, momento que está determinado por la particularidad de nuestra sexualidad humana en dos tiempos. En resumen, hay un salto desde las identificaciones en lo familiar a lo social. Para que esto pueda suceder, es inevitable pasar por un hiato, un momento de vacío en el sujeto, que se instala al quedar en evidencia que la promesa edípica es ilusoria, en tanto no existe un re-encuentro con ese objeto que completa, ese objeto perdido por el infans. No existe tal completud y en ese sentido, toda relación al otro es parcial (Rassiál J., 1999). Para superar este vacío, esta caída de la ilusión, es necesario que el sujeto *“...pruebe la eficacia del Nombre- del- Padre, más allá de la metáfora paterna, para poner orden en la lengua que él habita y por la que es habitado. Más allá del reconocimiento patronímico que podía sostener la infancia... debe operar una validación... del Nombre- del- Padre”* (Rassiál J., 1999, p. 38). Es decir, el sujeto podrá validarla si existe la posibilidad de hacer circular otros significantes sobre esta misma inscripción.

Fundar una identidad fuera de los referentes familiares implica *“...autorizarse a sí mismo, es decir, en varias direcciones, entre las cuales, por ejemplo, la elección de oficio del que hacer profesional, que le de un nombre, y volver a fundar su identidad sobre la huella, desplazada, de la primera inscripción”* (Rassiál J., 1999, p. 40).

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

En términos generales se entiende a la pubertad, en tanto desarrollo evolutivo del sujeto, como lo que engloba los cambios corporales internos y externos que se manifiestan en lo que se ha denominado características sexuales primarias y secundarias. Existe acuerdo en cuanto a que no se puede denominar una edad exacta para el comienzo y término de estos cambios; sin embargo estos siempre conservan un cierto estatuto vertiginoso para el adolescente *“El adolescente nos convoca a vivir y re-vivir un tiempo que da origen a una tensión producida por un cambio excesivamente rápido por un lado, vivido a su vez como dolorosamente lento”* (Flechner S., 2008, p. 123). La potencia que estos cambios tienen en el esquema corporal³, no siempre pueden ser simbolizados en la imagen corporal.

Para Peter Blos la pubertad, con sus cambios corporales, se constituye en la antesala de la adolescencia. Esta última corresponde al intento que realiza el sujeto, su aparato psíquico, de hacer frente a lo acaecido en su cuerpo, de reorganizarse. El autor postula sub-etapas dentro del desarrollo adolescente.

La adolescencia sería un período de maduración de nuevas formaciones, reestructuración psíquica y elaboración de las experiencias para llegar a un Yo estable y a una organización de los impulsos. Sería la suma de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad, al nuevo grupo de condiciones internas y externas que enfrenta el individuo. Desde esta perspectiva, la adolescencia podría entenderse como una lucha contra lo corporal, o más específicamente contra lo pulsional que se manifestaría excesivamente en la pubertad (Blos P., 1985).

Para autores como Phillippe Gutton, la relación entre lo puberal y lo adolescente se aleja de una concepción que remarca solamente la temporalidad evolutiva. *“...Lo puberal debe ser pensado en relación con su anclaje en lo real biológico, que ejerce una presión sobre las tres instancias y choca con la barrera del incesto legada por lo edípico infantil.*

³ Se entiende este término a partir de la diferenciación planteada por Françoise Dolto entre imagen y esquema corporal. *“...Si, en principio, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos (de una misma edad o viviendo bajo un mismo clima) de la especie humana, la imagen del cuerpo, por el contrario, es propia de cada uno: está ligada al sujeto y a su historia. Es específica de una libido en situación, de un tipo de relación libidinal.”* (Dolto F., 2005, p. 21)

Lo adolescens, trabajo elaborativo concomitante o retrasado (no vemos en él dos estadios), es exclusivamente realizable sobre la base del material puberal. Utiliza los procedimientos de la idealización ejercitados ya en la infancia, sobre todo el ideal del yo y las identificaciones. Su fin es una desexualización de las representaciones incestuosas conducente a la elección de objeto potencialmente adecuado” (Guttmann P., 1993, p. 12).

Es decir, lo adolescente puede surgir o no a partir de lo puberal. Este último término permitiría pensar en la existencia de trastornos propios de estos años puberales.

CRISIS ADOLESCENTE/PROBLEMÁTICA DE LA IDENTIDAD

La relación entre las nociones de crisis y de adolescencia aparece en ocasiones tan cercana que podría llegar a constituirse uno en sinónimo del otro. Esta cercanía al parecer coincide con considerar la adolescencia como un momento particularmente frágil para las identificaciones. Autores como Erick Erickson dan cuenta de esta fragilidad entendiendo que la crisis de identidad adolescente, implicaría la rasgadura de investiduras infantiles y, por lo tanto, la necesidad de nuevas investiduras que pueda ofrecer el medio exogámico. La dificultad que este autor observó para encontrarlas, dentro de la cultura occidental, lo llevó a preguntarse sobre el paso de niño a adulto en otras culturas. En ellas, este paso era marcado por ritos, es decir, dicho pasaje era “sostenido” explícitamente.

De esta forma, la problemática de las identificaciones aparece como central en el pasaje adolescente. Por lo tanto, resulta necesaria alguna concepción sobre aquellas.

Dentro de la teoría psicoanalítica, Erick Erickson fue uno de los primeros autores que intentó definir el concepto de identidad y de identificaciones; sin embargo, su definición fue tan amplia que dejó muchas lagunas tanto en la comprensión de las patologías de la identidad y su diferenciación con una crisis de identidad propia de la adolescencia, como en la importancia relativa que tienen los distintos estadios evolutivos de la infancia y adolescencia en la conformación de la identidad (Akhtar S., 1992).

Si se retoma la mirada freudiana acerca de las identificaciones, se debe comenzar aceptando la pluralidad del término, es decir que existen una multiplicidad de formaciones

psíquicas, hechos de lengua, síntomas, sueños, donde se juegan las identificaciones. Esto implica que hay un juego de identificaciones que mueve al yo, mientras éste a su vez hace identificaciones. Esta pluralidad de identificaciones que surgen a espaldas del yo, que lo vuelven maleable, sólo son consumadas a condición de permanecer veladas al yo, operación que generalmente logran realizar las artes. *“...si podemos ser espectadores conmovidos y apasionados de dramas o tragedias como Edipo Rey o Hamlet, es porque las “compulsiones” inconscientes, reprimidas, que en ellos se consuman, pasan por el juego velado de los reconocimientos, por identificaciones despertadas y negadas”* (Florence J., 1988, p. 145).

En cuanto a las identificaciones realizadas por el yo, los planteamientos de Piera Aulagnier (1994) permiten pensar en una historia de identificaciones realizadas por éste. El yo surge a partir del otro, de la palabra del otro que lo nombra, que enuncia a este nuevo sujeto. La madre nombra a su hijo, lo llama, nomina atributos de él, con los cuales constituye su yo. El niño primero repite estos enunciados y sólo más adelante, con la separación de la madre, surge la posibilidad de que catectice anhelos identificatorios. Esto es lo que permite la conformidad entre lo que Piera Aulagnier ha denominado el identificante-identificado. Esto permitirá al niño catectizar un futuro en que tendrá ciertos atributos, es decir cambiará, a la vez que será él mismo, gracias a la existencia de ciertos puntos identificatorios de certeza que se mantienen en este devenir. Para que todo esto ocurra es necesario que aquella idealización del Yo del niño, que ha realizado en un primer momento la madre (el portavoz), sea develada como engañosa, lo cual implica también desidealizar al agente de idealización: la madre (portavoz). Para que esto suceda, el yo infantil debe encontrar un aliado, una ayuda en la propia madre, en caso contrario quedará allí lo que Aulagnier llama potencialidad psicótica. (Aulagnier P., 1994).

De la revisión anterior se desprende la relevancia de las identificaciones en la conformación del sujeto, particularmente del sujeto adolescente, sin embargo existe poca claridad acerca de lo que ocurre con ellas en la adolescencia. *“Las identificaciones tienen toda clase de efectos diversos, buenos o malos, sin contar con que las conocemos muy mal. Pero sabemos que el yo no hace sino identificaciones...La oscuridad de los fenómenos de identificación es lo que hace difícil una teoría psicoanalítica de la adolescencia”* (Mannoni O., 1992, p. 26).

POSIBLES PUENTES ENTRE ADOLESCENCIA Y ESQUIZOFRENIA

Si la adolescencia puede pensarse como *“{la} creación que resultará del entrecruzamiento entre lo singular de la constitución subjetiva y las marcas devenidas de la trama familiar y social”* (Arian A., Torres de Aryan D., 2007,p. 251), es debido a que existe una determinada concepción de sujeto a partir de la cual pueden plantearse determinados cruces entre el proceso adolescente y el primer brote esquizofrénico. Por lo tanto, resulta necesario explicitar esta concepción de sujeto. Desde esta perspectiva, la inmadurez biológica en la que nace el ser humano, implica que no existe ningún plan que predetermine cómo ser sujeto. A partir de este hecho, y siguiendo los planteamientos de R. Rodulfo, se puede proponer la interrelación de dos espacios que irían dibujando la posibilidad de ser sujeto. Por una parte, aquel espacio que remite al hecho de que ese sujeto que aún no nace ya es un sujeto en el mito familiar construido por los padres (y podríamos decir que no sólo por ellos). Por otra, lo que Rodulfo denomina espontaneidad: *“...de esta espontaneidad radicada en los niveles más elementales del ser viviente deriva una nota básica que la experiencia psicoanalítica no cesa de reencontrar: la impredecibilidad, sin la cual no sería concebible el deseo mismo: ¿por dónde irá a ‘saltar’ el sujeto de entre todo lo que le ofrece, malo o bueno, en la red identificatoria del mito familiar?”* (Rodulfo R., 1986, p. 115).

Mirar y ser mirado: reconstrucción de la imagen de sí

El adolescente se enfrenta a un cuerpo puberal extraño tanto para él como para los otros *“El nuevo cuerpo...confronta al adolescente con un extraño inquietante (Cahn, 1999) que necesita ser representado...Lo que vuelve aún más perturbador este fenómeno es que, el cuerpo inquietante extraño es extraño, no sólo al sujeto, sino también a los otros...”* (Levy, R., 2007, p. 365). Estos otros, particularmente el otro del otro sexo, sus palabras, permitirán al adolescente reapropiarse de la imagen de sí que ha cambiado, así como las palabras de la madre permitieron en un primer momento apropiarse de su cuerpo como cuerpo articulado.

En la infancia se habría construido un sistema de representación de sí y de los objetos que permitía la estabilidad de la imagen de sí mismo, que se pierde en este nuevo cuerpo. Son las certezas de sí, las que mantienen la unidad de lo que Aulagnier denomina

identificante-identificado, las que permiten soportar el cambio de sí mismo a sí mismo. Esto no ahorra el paso por distintos tipos de angustias entre ellas de aniquilación, pero permitiría al adolescente moverse en el campo de la acción, tanto para esconderse como mostrarse al otro. Toda su indumentaria, sus tatuajes, piercing, mp3, son acciones donde se juega tanto su subjetividad como el atraer la mirada del otro. La angustia de aniquilación proviene principalmente de la relevancia que tiene para el adolescente el ser visto, en tanto esto constituye una prueba de la propia existencia. *“Es en este interjuego de mostrarse y ser mirado, que se constituye la imagen que el sujeto tiene de sí y que será la “verdad” respecto de sí mismo...Winnicott acuña una frase lapidaria; dice:”cuando miro soy visto; luego existo”* (Levy, R., 2007, p. 368).

Podría plantearse entonces que las largas horas que los adolescentes pasan frente al espejo, corresponden a una búsqueda por marcar en su rostro, en su fisonomía, algo que atraiga la mirada del otro. El adolescente se miraría al espejo escudriñando lo que puede ver el otro en él. Para ello es necesario que pueda soportar la paradoja de que su cuerpo lo constituye como sujeto y a la vez opera como objeto que es visto por otro que, con su mirada, permite su subjetivación. Como plantea Aulagnier el cuerpo es una posesión del Yo y adviene como tal en tanto es catectizado por el mismo Yo y por el otro.

El pasaje adolescente no está exento de diversas angustias, de caminos arriesgados. La adolescencia implica la pérdida de representaciones de sí mismo y de los otros, además del sentimiento de extrañeza en relación al cuerpo, por lo tanto la manera de actuar para lograr mantener el sentimiento de existir, a veces puede ser considerado como patológico. *“Hay adolescentes que frente a la pérdida de la representación de sí y frente al sentimiento de no existir, muchas veces se aferran a lo negativo como única realidad tangible: sufrir, sentir dolor, ser destructivo, es una forma de ser”* (Levy, R., 2007, p. 366).

En el esquizofrénico, es justamente la sensación de no existir la que se impone y con ella una detención de la acción, homologable a la *falta de gana* descrita por Roa, en tanto no hay un movimiento que otorgue sentido y dirección a la existencia. Las acciones que se realizan son rígidas, estereotipadas. Esta sensación de no existencia es la que Benedetti denomina como existencia negativa, que traduciría mejor las experiencias que vivencian los esquizofrénicos. Para Benedetti (1996) el funcionamiento de estos pacientes

puede no mostrar ningún signo de fragmentación, mientras que la sensación de no existencia es evidente. Para el autor, esto se relaciona con la introyección de lo que denomina “áreas de muerte”, que son áreas de interacción familiar en donde *“cierto potencial humano no llega a desarrollarse, ciertas informaciones fundamentales para la vida jamás se configuran, ciertas experiencias que estructuran al Yo desde los orígenes jamás han tenido lugar; de modo que ni siquiera existe represión en el Inconsciente (según la clásica teoría psicoanalítica), sino <zonas mudas>...ausencia de estructuración psíquica...”* (Benedetti G., 1996, pp.26-27).

El adolescente esquizofrénico frente al espejo, se mira para controlarse, para reencontrarse, quizás porque teme no existir. Este acto de mirarse tiene un carácter autístico, no pretende llamar a otro, intenta controlar la vivencia de su propio cuerpo constituido como extraño, en tanto la dimensión de lo extraño implica convertirse en otro, no ser el mismo. No existe la diferencia de sí mismo a sí mismo y por ello la diferencia implica potencialmente ser otro. La palabra del otro, el mirar del otro no es soportable, ni tampoco constitutiva de la reconstrucción de sí mismo.

La mirada del otro en el esquizofrénico tiene el carácter de lo intrusivo, de aquello que hará daño. En el adolescente no esquizofrénico también la mirada del otro es intrusiva, sin embargo es intrusiva y deseada a la vez. Es este mostrarse y esconderse adolescente el que refleja su posibilidad de ponerse en acción de maneras distintas, esta flexibilidad en el esquizofrénico está ausente. El adolescente vive la paradoja, es al mismo tiempo testigo y lugar de las transformaciones del cuerpo. Asiste en él mismo a la emergencia, deseable y temible, de un cuerpo sexuado, siente en él mismo la violencia y la ternura. (Maldiney H., 2001). *“El adolescente se parece a Joseph K. de El Proceso de Kafka, que es de hecho el instigador, promotor, de su propio proceso”* (Maldiney H., 2001, p. 77). Este estado crítico propio del adolescente parece no arrancar en el esquizofrénico. De allí que se piense que el proceso esquizofrénico no es el resultado de una crisis, sino más bien de su imposibilidad.

Crisis, fragilidad, enfermar o continuar

La etimología de la palabra crisis alude a la relación entre la adolescencia y la posibilidad de enfermar. Frente a esto surgen distintas posiciones: la necesidad de la

crisis para que surja de ella una adultez sana, criterios para diferenciar entre crisis patológicas y crisis “sanas” y, por último, la impresión de que dicha crisis está fuertemente determinada por la cultura y que la dificultad en salir de ella se relaciona con las posibilidades que ofrezca aquella para poder finalizar la adolescencia.

La esquizofrenia entonces, podría pensarse como el lugar en donde la relación entre crisis adolescente y posibilidades patológicas toma cuerpo. Retomando a Michelle Cadoret podríamos decir que si bien no se trata de hacer de la psicosis el destino de la adolescencia (Cadoret M., 1994), tampoco habría que desconocerla como un destino posible.

Bleuler (1911) definió como esencial en la esquizofrenia la escisión de la mente, su división, su quiebre, es decir el cambio cualitativo del sujeto. Esta es una de las características que situó a dicha enfermedad en una categoría distinta de otro tipo de psicosis. Hay algo en este enfermar relacionado a un cambio abrupto, a un quiebre con lo anterior, un no volver a ser el mismo.

La crisis adolescente también porta esta acepción de quiebre, de volverse otro, en apariencia, en responsabilidades. Sin embargo, la crisis adolescente puede ser entendida como una crisis que abre un proceso, y por tanto un momento de transición, cuyo tiempo de duración es variable pues depende de la manera en que ese adolescente pueda reconstruirse subjetivamente a través de un reordenamiento simbólico.

Si la crisis adolescente abre un proceso, esto implica que se desencadene, desarrolle y termine. A diferencia del proceso adolescente, la esquizofrenia puede ser entendida como el ingreso en una crisis que no abre un proceso, una crisis que no se desarrolla.

Por lo tanto, la adolescencia puede definirse como un momento crítico a atravesar, mientras que en la esquizofrenia, la adolescencia misma sería el punto absolutamente perdido, agujero negro, irrealizable e interminable, ya que la crisis permanece latente. A partir de lo anterior, podría definirse lo propiamente adolescente como el desarrollo de un proceso crítico, mientras que lo acontecido en el primer brote esquizofrénico correspondería al acceso y por ello excluiría la posibilidad de entrar en la adolescencia.

Esto implica asumir que *“El proceso de crisis es un proceso de cambio (mutación) importante, amplio y profundo. Se desencadena, se despliega y se termina... El acceso, es puramente patológico. Es el fruto generalmente repetitivo de una crisis que se pone en marcha y que no llega a un resultado, que no desemboca”* (Racamier P., 2002 pág 28)⁴.

De esta forma, la crisis adolescente no implica necesariamente el momento en que una enfermedad se cura o definitivamente se asienta⁵. *“Tal vez la adolescencia sea una crisis, pero redoblar en caso de necesidad su sentido entonces negativo, mediante la adjunción de una designación psicótica, sería hacerla su destino”*. (Cadoret M., 1994, pág 205). La crisis en sí no sería patológica, por el contrario, poder entrar en crisis, atravesarla, implica poder ser lanzado en el proyecto de la existencia. *“La marca de la patología no es la crisis, sino por el contrario su imposibilidad. La repetición de un estado crítico no sobrepasado impide el advenimiento de todos los otros acontecimientos. Todas las crisis en adelante no son más que la repetición de la primera que se mantiene indefinidamente de su propia irresolución. No es la crisis sino la Forclusión de todo estado crítico lo que constituye la patología”* (Maldiney., H, 2001, p. 75).

Otra consecuencia de la cercanía entre crisis y adolescencia, es que muchos terapeutas consideran que es mejor no intervenir ya que el movimiento que se produce en ese momento de la vida no da espacio para recibir ningún tipo de intervención. *“Uno no puede analizar en la adolescencia. Es como correr junto a un tren expreso”* (Geleerd E., 1957, en Vega M., 2007, pág 20). O bien se considera tan extremadamente dificultosa que se duda en cuanto a las posibilidades de que pueda llevarse a cabo algún proceso terapéutico. *“...la experiencia demuestra que el tratamiento analítico de adolescentes presenta especiales dificultades en los períodos iniciales, intermedio y terminal. En otras palabras, se trata de una empresa azarosa desde el principio al fin, durante la cual el analista debe enfrentar toda una gama de resistencias de intensidad poco frecuente”* (Freud A., 1957, citado en Vega M., 2007, p. 20).

⁴ “Le processus de crise est un processus de changement important, ample et profond. Il se déclenche, se déroule et se termine...L'accès, lui, est purement pathologique. Il est le fruit souvent répétitif d'une crise qui s'enclenche et qui n'aboutit pas ».

⁵ Esta definición es equiparable a la que corresponde a la primera acepción que dicho término tiene en el diccionario de la lengua de la Real Academia Española; “ Mutación considerable que acaece en una enfermedad, ya sea para mejorarse, ya para agravarse el enfermo” (Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, Vigésima primera edición,1992)

Sin embargo para otros autores, la consideración expuesta anteriormente, implica una dificultad en acercarse a ese momento de fragilidad que implicó el propio paso por la adolescencia. El análisis de adolescentes sería un momento clave para poner en evidencia desde que lado provienen las resistencias. *“Del lado de la práctica, la prudencia de los analistas al recibir adolescentes, en la medida en que este período de crisis, de movimiento, sería poco propicio al trabajo de retorno -a posteriori- del sujeto sobre su propia historia, indica quizás una resistencia de los analistas, puesto que la adolescencia es menos una crisis única que una crisis ejemplar, que el adulto parece querer olvidar para subrayar la barrera ilusoria que lo separaría del niño”*. (Rassial J.J., 1999, p. 13). Todos estos reparos frente al tratamiento de adolescentes afectan y tienen consecuencias en las intervenciones que se diseñan para la esquizofrenia primer brote. Si la adolescencia es considerada como un momento en que no es posible el tratamiento, un momento de espera, entonces cualquier tipo de intervención no tendría mucho sentido, o por el contrario no es necesario pensar en una intervención particular para la esquizofrenia de inicio adolescente. Pero por otra parte, puede pensarse que las características que tiene el pasaje adolescente, debieran llevar a reflexionar aún más en tipos de tratamientos, distintos a los de los adultos y de los niños, particularmente en el caso de la esquizofrenia. Habría que considerar intervenciones que permitan sostener a este adolescente esquizofrénico cuya fragilidad está redoblada. Si bien puede conceptualizarse el brote esquizofrénico como una crisis que no se desarrolla, de todas formas, *“es la respuesta del otro, parental y social, lo que condiciona el daño psíquico, tanto en la infancia como en la adolescencia”* (Aryan A., Torres de Aryan D., 2007, p. 262). Por lo tanto, el esquizofrénico no agota su identidad o no debiese hacerlo, en dicha etiqueta. Las consideraciones acerca de la adolescencia, el conocimiento relativo a sus padeceres, tendría como resultado un acercamiento distinto hacia el paciente.

Quiebre psicótico, potencialidad puesta en juego

El quiebre psicótico, el proceso esquizofrénico en su acepción jasperiana, alude a su aparición abrupta. Sin embargo, considerando la relación entre esta patología y la crisis adolescente antes mencionada, podría plantearse que la esquizofrenia no sólo irrumpe, sino que también interrumpe la acción y el ingreso a la crisis adolescente. Desde esta perspectiva podría entenderse, la preferencia del esquizofrénico por el significativo como una forma de quedarse con aquello que permanece intacto, con lo que no cambia.

El irrumpir del quiebre psicótico, alude a la falta de indicios que anticipen poco a poco el cuadro patológico, que permitan en cierta medida comprenderlo. El proceso esquizofrénico irrumpe en un psiquismo intacto dirá Clerembault (1920). Sin embargo, se podría cuestionar esta condición y plantear la existencia de una organización psíquica particular previa. Es decir, como lo plantea Aulagnier en la infancia puede instalarse una potencialidad psicótica. Existiendo la posibilidad de que ésta se despliegue en la pubertad, ya que se reintensifican procesos de estructuración anteriores, primarios y secundarios, con las particularidades propias de este momento vital. Existirían entonces aspectos de la infancia, que si fallan o faltan, podrían preparar el terreno para la instalación o eclosión de un cuadro psicótico en la pubertad o en la adolescencia (Aryan A., Torres de Aryan D., 2007). Entre estos aspectos infantiles se encuentra la necesidad de la instalación de un “cuerpo imaginado” por parte de la madre para su hijo. Este será el primer cuerpo unificado del sujeto en su historia personal, fundamental para la organización del psiquismo y para la constitución del Yo. Cuando en la pubertad el cuerpo sexuado se siente como cuerpo que está extraño, la fantasía con que la madre esperó al niño (cuerpo imaginado) le permite al adolescente sostenerse en la angustia de sentir que su cuerpo se deforma, inclusive que podría fragmentarse.

Es necesario también, que los primeros encuentros del bebé con la madre se den con placer, para que se constituyan pictogramas de encuentro. En la psicosis están ausentes o distorsionados tanto los elementos que dan cuenta de la propia existencia como del placer asociado. El pictograma en este caso es el de rechazo que a su vez se intenta negar-rechazar. Este afán de negar el rechazo entorpece la captación de la alternancia temporal presencia-ausencia. En la pubertad el efecto de esto, puede manifestarse a través del sentirse paralizado ante situaciones nuevas y no poder ensayar otras formas de vínculo (Aryan A., Torres de Aryan D., 2007).

La predisposición psicótica en definitiva podría llevar a que los encuentros y vínculos nuevos que surgen en la adolescencia, no puedan tramitarse de una manera distinta. Es decir, que vuelvan a repetirse los modos de significación y reacción ante lo enigmático que hasta entonces han operado (Aryan A., Torres de Aryan D., 2007). En ese sentido podríamos retomar el planteamiento anterior de que en la adolescencia algo se interrumpe, algo no circula, no cambia, no se pone en juego. Es como si frente a este reencuentro, no pudiese realizarse un movimiento inédito en relación a los otros. No

existirían suficientes garantías para hacerse valer de manera distinta. Sin embargo, resulta necesario recordar que la psicosis no es sólo el despliegue de algo que ya estaba desde los inicios y que esperaba su momento para brotar. Existen situaciones actuales que generan encuentros o desencuentros que pueden precipitar la psicosis, *“la psicosis nunca es reductible a la proyección de una fantasía sobre una realidad neutra. No es que falte la proyección fantaseada, pero se requiere de un potenciamiento entre la fantasía y lo que aparece en la escena de la realidad para que se desencadene una psicosis...así como el Yo no es un destino pasivo de la madre, la psicosis tampoco lo es”* (Aulagnier P., 1986, citado en Aryan A., Torres de Aryan D., 2007. Pp. 260-261).

Adolescencia desde la metáfora del caminante

Retomando la importancia que tienen las identificaciones, la posibilidad de la conformidad entre el identificante-identificado que señala Aulagnier, podría plantearse la metáfora del caminante como una aproximación al recorrido que la crisis adolescente pone en juego y que en la esquizofrenia no logra tomar curso.

Para entender el recorrido que realiza el caminante, es necesario distinguir esta figura de la del viajero. El viajero, cuyo prototipo podría ser Ulises, tiene una finalidad, un telos. En el caso de Ulises es el retorno, en el caso del viajero romántico la búsqueda del Yo o de la amada. En todos estos viajes el fin es el reencuentro. El viaje mismo permite narrar una historia de viaje, narrar la propia vida, generándose así una identidad. El viaje permite narrar la identidad del Yo, *“el viaje romántico es siempre búsqueda del Yo, señala Argullo, “viajar afuera para viajar hacia adentro”* (Cragolini M., 2000, p. 53).

La conciencia del carácter trágico de la existencia, de la imposibilidad de reunir lo separado, de realizar el reencuentro, de encontrar aquel hilo perdido, lleva a pensar que el lugar del viajero es ningún lugar. Es decir, la condición misma del hombre sería la del exiliado, del que sale no hacia un lugar determinado, sino que parte absolutamente. *“Es una experiencia del “ni... ni...” que hace patente que el lugar del viajero es **ningún lugar**: ni la Grecia de los dioses huídos, ni la Germania buscada. El “ni... ni” instauro un no-descanso, una no-seguridad, un viaje interminable para el hombre. Un viaje desgarrador en el que las heridas no se curan por síntesis o por reconciliación. Tal es el carácter del viajero nietzscheano”* (Cragolini M., 2000 p 53). Para describir este tipo de viajero

Nietzsche utiliza la palabra **Wanderer**: El caminante. Caminar, ir haciendo camino al andar, implica que el viaje mismo no tiene meta. Sin embargo, este caminar, este cruce por el desierto de la soledad, es lo que el adolescente debiese hacer para abandonar la casa de los padres. Caminar, ser un caminante, implica que durante ese vagar se crea un modo de pensar, se estructura y construye una subjetividad. Este caminar implica el encuentro con una multiplicidad de perspectivas y con los otros, amigos con los que se asiente y disiente, realizándose una relación de proximidad y distancia que permite hacer patente el cruce de las fuerzas propias con la de los otros. Por ello para Nietzsche es relevante la figura de la sombra del caminante, en tanto ésta es la presencia de la alteridad que acompaña y también del doble de uno mismo (Cragolini M., 2000).

Retomando el concepto de máscara grecolatina, éste implica una superficie que sostiene la existencia. *“Por eso los griegos supieron ser profundos: cuando se enfrentaron con el abismo de la existencia no buscaron un fondo, supieron “sostenerse” en el ámbito de la superficie, de los pliegues, de la piel”* (Cragolini M., 2000, p. 59). Esto es lo que intentará el adolescente, pues él enfrenta los límites, descubre la inexistencia del encuentro. El mismo caminar implica tomar noticia de esta situación, y arribar a este conocimiento, puede ser quizás el fin de la crisis adolescente. Reconocer la ausencia de profundidad, implica la posibilidad de ir diseñando máscaras que transforman sentidos, que generan sentidos precarios. Por ello la posición del adolescente puede reconocerse en el discurso filosófico, *“Con la imagen de la caverna, Nietzsche está señalando que la filosofía no trae la luz a ningún fondo, sino que como filosofía de fachada- **Vordergrundphilosophie**- hace advenir mundos, crea perspectivas, crea máscaras. Las perspectivas son las ficciones interpretativas para configurar lo real, las máscaras son las ficciones interpretativas de la identidad. No hay detrás de la filosofía de fachada, de la perspectiva, una filosofía última, sino que hay abismo... Las máscaras permiten plantear en determinado momento un mínimo de conservación, para luego desestructurarlo. Por eso tenemos trescientas máscaras, “trescientas razones delanteras”: las máscaras son deconstruidas tanto por el juego mismo de fuerzas como por una actitud, en cierto modo”* (Cragolini M., 2000, p. 61).

La adolescencia entonces enfrenta los límites a la vez que abre la posibilidad de crear sentidos, que no es más que el manejo en la superficie. Así como el viajero, el adolescente también necesita encontrar lugares de hospitalidad en el continuo cambio, y

estos lugares no sólo provienen de lo que se haya consolidado o no en su infancia, necesita también de aquellos otros que le acompañen a soportar lo provisorio. El pasaje adolescente implica entonces la acción, ponerse en camino, crear máscaras, tomar la palabra⁶.

El adolescente esquizofrénico no logra emprender este viaje. Caminar es cruzar un desierto solitario, pero para ello se necesita una cierta estructura que permita el movimiento hacia un futuro que no por incierto disgrega el sí mismo. Sin embargo, esta dificultad de caminar y pensar en la propia estructuración, se verá redoblada cuando no existe espacio para la palabra que permita acompañar el inicio de una crisis que no logra desenvolverse. La metáfora del caminante, logra traducir en cierta medida la dificultad y lo angustioso del pasaje adolescente, esto permitirá entender las distintas reacciones que aparecen en él, inclusive la imposibilidad de reaccionar, de responder a ese llamado.

El adolescente esquizofrénico, no solamente estaría imposibilitado para comenzar este caminar sino que además le falta aquella sombra de sí mismo que en el adolescente no esquizofrénico la constituyen los otros significativos del medio exogámico. El adolescente esquizofrénico no cuenta con éstos, pues no tiene aquellas certezas que constituyen ese identificante-identificado que menciona Aulagnier; por lo tanto no logra arrancar y salir del medio familiar, perpetuándose entonces un mismo modo de significación, no pudiendo surgir aquello que la crisis adolescente trae: la resignificación y la búsqueda de nuevas definiciones para el sujeto. El adolescente esquizofrénico tampoco puede permanecer totalmente en el medio familiar y por ello se repliega en un espacio más reducido, en su habitación, donde probablemente los aspectos más productivos de la psicosis puedan ser intentos por poner en acción algo, por movilizarse, dar respuestas a la falta de certezas básicas que permiten seguir siendo el mismo a través de los cambios y, a partir de ello, poder proyectarse en un futuro incierto, en un ejercicio de caminante.

⁶ “Desde el punto de vista de su génesis, la máscara aparece en íntima relación con la tragedia en el mundo de los griegos. Es ese elemento (*prósopon*) que después los latinos van a denominar “*persona*”, y que se utilizaba en la representación de las tragedias para amplificar la voz. Por lo tanto, no tenía una función de encubrimiento, y, además, el hecho de que el término “máscara” se genere a partir de una conexión estrecha con la voz, está indicando la cercanía entre máscara y palabra, algo aludido en *Más allá del bien y del mal*: “toda palabra también es una máscara” (Cragolini M., 2000 p.57)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La construcción del recorrido anterior, ha puesto ciertos elementos de relieve cuya elucidación permite establecer ciertas relaciones entre el fenómeno de la adolescencia y el de la esquizofrenia. Dicha relación se sustenta, por una parte, en una comprensión del fenómeno adolescente como momento vital que arranca desde el cambio puberal y que implica una reestructuración psíquica para la cual los cambios actuales deben ser simbolizados, lo que depende tanto de condiciones propias de la historia subjetiva, como de la relación a los otros cercanos y a lo sociocultural. Y por otra, de una concepción de la esquizofrenia como padecer que irrumpe en el sujeto e interrumpe principalmente la relación a los otros y las cosas. El eje que permite reflexionar estos dos fenómenos es el de crisis, entendida a partir de su acepción etimológica que la describe como posibilidad de enfermar definitivamente o de curarse. La adolescencia implicaría necesariamente poder entrar en crisis, la que no está exenta de sufrimientos e incluso de aspectos patológicos, pero permite iniciar un proceso de reestructuración psíquica, encontrarse con lo límites y, por tanto, potenciar una acción de simbolización. La esquizofrenia en cambio, implicaría la falta de una estructuración psíquica que permita realizar el viaje adolescente hacia lo exogámico y la creación de procesos de simbolización. Es este recorrido relacionado con la esquizofrenia y la adolescencia el que permite discutir acerca del lugar que esta última ocupa en el tratamiento de esquizofrenia primer brote en el protocolo GES.

Adolescencia esquizofrénica, posibilidades de tratamiento

A partir de la sospecha diagnóstica de esquizofrenia primer brote en Chile, se realizan una serie de gestiones por parte del equipo de salud multidisciplinario. Las intervenciones a seguir se realizan en tres momentos. Primeramente, se tienen 30 días para realizar el proceso diagnóstico que consta de evaluaciones de conducta, descartar otras patologías y realizar una serie de exámenes médicos. Si pasados esos 30 días no ha sido descartado ni confirmado el diagnóstico, se ingresa al proceso diagnóstico definitivo, que durará 6 meses. El segundo paso entonces es la confirmación diagnóstica en la cual se aplicarán tres escalas (PANSS, GAF, CGI) y un diagnóstico multiaxial del paciente. Lo anterior permite el ingreso al tercer momento, que corresponde al protocolo de tratamiento. Este último implica una *“evaluación del sujeto y elaborar un plan individualizado de intervención, previo consenso con el usuario y su familia...dependiendo*

del diagnóstico presunto...se realizará la elección de las intervenciones terapéuticas” (MINSAL, 2005, p. 13). Estas intervenciones dependen de la fase de evolución de la enfermedad que puede ser: aguda, de recuperación o de integración social. Durante las tres fases las intervenciones se dividen en farmacológicas y psicosociales. A esto se agregan recomendaciones acerca del lugar más idóneo para el tratamiento según las condiciones clínicas: trastornos conductuales significativos, baja adherencia a tratamiento, riesgo vital o de agresión a terceros, serán institucionalizados. Todos los otros casos tendrán manejo ambulatorio (MINSAL, 2005).

Las intervenciones psicosociales son consideradas como *“...aquellas acciones realizadas por el equipo de salud mental tendientes a facilitar la integración del individuo afectado por la enfermedad en su entorno natural...deben ser realizadas en un modelo biopsicosocial, complementarias con el tratamiento médico farmacológico, considerando siempre el pleno respeto de los derechos del individuo...La premisa básica es impedir la desvinculación social de la persona. De esta forma el sujeto mantiene un rol social valorado y se evita el deterioro de sus habilidades y se minimiza la discapacidad...”* (MINSAL, 2005, p. 11). Las intervenciones, ponen el acento en lo que se ha denominado el entorno del paciente, entendido como la familia y sus redes sociales. La idea es lograr que estas redes se mantengan lo más parecidas a lo que eran antes de la enfermedad, es decir se intenta lograr que la persona permanezca dentro de sus “ambientes naturales”.

En cuanto a las especificaciones de las intervenciones, ellas dependen de la fase del tratamiento. En la fase aguda las intervenciones serían de apoyo y contención hacia el paciente y su familia, junto a un trabajo psicoeducativo que intenta un acercamiento hacia la definición de dicha enfermedad, tanto para pacientes como familiares. En la fase de recuperación las intervenciones con el paciente contemplan por una parte, la evaluación de sus capacidades, habilidades y la búsqueda de inserción social de acuerdo a las mismas, y por otra, reflexionar acerca de lo que le sucede, definir tareas y metas concretas para realizar junto al paciente. Se contemplan también intervenciones psicoeducativas grupales con otros pacientes para reforzar y desarrollar habilidades sociales y lograr el manejo de situaciones ambientales estresantes. Finalmente, se realiza una preparación para la reinserción laboral o educacional. Las intervenciones familiares contemplan la entrega de los recursos necesarios para que se pueda manejar, controlar y

superar la crisis que implica un hijo con esta enfermedad, a través de psicoeducación y grupos multifamiliares (MINSAL, 2005).

Algunas observaciones

Las intervenciones terapéuticas que describe el protocolo GES presenta como principal problema la ausencia de referencia acerca de la etapa vital de los destinatarios de este tratamiento, que sólo son aludidos en tanto dato estadístico. Lo anterior puede llevar a que el diagnóstico tenga como efecto constituirse en un catálogo que implicaría para el adolescente esquizofrénico considerarlo como única identificación social posible.

Si bien la esquizofrenia puede entenderse como la imposibilidad de vivenciar la crisis adolescente, debido a una historia de subjetivación que ha fundado una estructura psíquica frágil, no puede olvidarse el aspecto evolutivo en la constitución del sujeto. Es decir, ese sujeto no es sólo esquizofrénico también es adolescente, pertenece a una generación aun cuando no siempre pueda contactarse con ella. El quiebre psicótico entonces, también implica un encuentro o desencuentro con algo actual, con un entorno, con un espacio, que ofrece o no un acompañamiento.

Plantear una integración del esquizofrénico a su “entorno natural”, implica a lo menos una pregunta acerca de cuál sería este entorno natural y como se vincula con el adolescente esquizofrénico. Es decir, considerar las redes sociales más allá de aquellas tomadas en cuenta en las intervenciones del GES, constituidas por la salud y los familiares.

Desde la perspectiva de esta memoria, se ha considerado la respuesta del otro, parental y social, como lo que condiciona el daño psíquico tanto en la infancia como en la adolescencia. Sin embargo, la respuesta del otro social podría constituirse también en una posibilidad de amparar este daño. Por lo tanto habría que indagar cual es el lugar que le otorga el otro social, en tanto sistema de educación o medio laboral, y la relación que establece con este adolescente diagnosticado como esquizofrénico. Habría que preguntarse por ejemplo: cómo ocurre la reinserción en un medio laboral que funciona dentro de la lógica económica neo liberal, en la cual este sujeto esquizofrénico es pobre o nulamente productivo y por tanto implica un gasto; si este gasto se asume y quién lo

asume; y cómo esta lógica afecta al paciente, si es que lo hace. Por lo tanto, hablar de “entorno natural” en el que debiese permanecer el esquizofrénico, involucra una mirada y un protagonismo de ese otro social, que no se agota en las intervenciones realizadas desde la salud mental, y por ello debiera al menos problematizarse tal concepto de entorno.

En otro nivel, plantear una reinserción del paciente esquizofrénico adolescente en dicho entorno, implicaría también una pregunta acerca de la situación en que están sus compañeros de generación. Es decir, una revisión de aquello que la adolescencia pone en juego: el movimiento desde lo familiar a lo social. Los adolescentes esquizofrénicos no sólo coinciden en un diagnóstico, sino también en una etapa vital que implica una serie de problemáticas que ponen en juego diversas angustias y posibilidades de tramitarlas. Esta mirada no debiese faltar en quienes trabajan con jóvenes esquizofrénicos.

Mucho de lo que el proceso adolescente implica se juega en la relación con el otro de la misma generación. En este sentido, plantear intervenciones grupales solamente psicoeducativas sería no considerar la necesidad de deliberar, de expresar de alguna forma lo que ese adolescente esquizofrénico experimenta. En cierta medida considerar intervenciones grupales más allá de lo psicoeducativo, implica darle espacio a la individualidad del paciente puesta en juego dentro de una grupalidad constituida por sus pares. Esto abre un espacio de cuestionamiento que ya existe en los adolescentes esquizofrénicos que se encuentran en las instituciones de internación y fuera de ellas, la pregunta es si es escuchado y cómo se le escucha, la pregunta es si puede ser escuchado.

La esquizofrenia es una enfermedad difícil de definir y mucho más de vivenciar tanto para el paciente como para quien trabaja con él. Sin embargo, reconocer en el primer brote a un sujeto que sufre, y que además ha pasado por la pubertad y se encuentra en la latencia o no de una crisis adolescente, puede aportar a las intervenciones a diseñar.

Un ejemplo de la toma de noticia de esta particularidad del esquizofrénico de primer brote, es el trabajo que realiza el hospital de día para adolescentes de Pudahuel. Este servicio trabaja con el área de Salud Mental Occidente y recibe pacientes que ya han

sido diagnosticados como esquizofrénicos. Los pacientes que asisten a este hospital tienen entre 13 y 18 años. En este servicio, el rótulo de esquizofrénico no agota al sujeto que ingresa. Existen espacios grupales de talleres y una asamblea para que estos jóvenes puedan hablar acerca de su convivencia en el lugar, de lo que piensan de su enfermedad y cómo la entienden.

Otro aspecto relevante en la comprensión de la adolescencia y el tratamiento de la esquizofrenia primer brote tiene relación con el diagnóstico diferencial. Generalmente cuando existen dudas diagnósticas comienza una revisión de aquellos cuadros psiquiátricos patológicos que pudiesen confundirse con la esquizofrenia. Sin embargo, en esta revisión falta una mirada al fenómeno adolescente y a su crisis que puede tomar diversos caminos, incluidos los patológicos que no necesariamente son definitivos.

Las intervenciones del protocolo GES incluyen un trabajo con la familia del paciente, sin embargo éstas se limitan a grupos psicoeducativos, sin considerar la relevancia que tiene el espacio familiar tanto en el mundo del paciente esquizofrénico como en el proceso adolescente. Es decir, la crisis adolescente no sólo pone en juego aspectos del adolescente, sino también de los padres de éste.

En el caso del adolescente esquizofrénico, existe una repetición de ciertos modos de significación que podrían redoblar la dificultad de éste para realizar algún tipo de movimiento hacia lo exogámico. A la vez que el medio familiar no logra tolerar, ni sostener muchas veces, un lugar que permita dicho movimiento fuera del mundo endogámico.

De acuerdo a las reflexiones expuestas en esta memoria, existen muchos aspectos que la adolescencia pone en juego y que motivan la pregunta acerca de cómo éstos suceden en el joven esquizofrénico y las repercusiones que dicha perspectiva tendría en el protocolo de tratamiento.

Por ello, investigaciones teóricas centradas en indagar protocolos de tratamiento de otros países y constatar si consideran el fenómeno de la adolescencia en el diseño de las intervenciones, complementarían esta memoria. Así también, revisiones teóricas centradas en problemáticas propias de la adolescencia, como la elección de profesión u

oficio que involucra la salida del mundo familiar, y como puede entenderse o realizarse tal elección en el adolescente esquizofrénico.

Se considera que la realización de estudios cualitativos que permitan rescatar la concepción que el paciente esquizofrénico primer brote tiene de la adolescencia, podrían complementar y a la vez problematizar la perspectiva teórica construida en esta memoria.

Por último, se sugiere la realización de investigaciones cuantitativas comparativas entre protocolos de tratamiento que consideran aspectos de la adolescencia y aquellos que no, en el tratamiento de la esquizofrenia primer brote.

BIBLIOGRAFÍA

Abarzua M. y González M. (2007). Salud mental infanto-juvenil como problemática pública. *Revista de psicología*. 16 (nº2), 79-95.

Abely, P. (2006). El signo del espejo en las psicosis y más especialmente en la demencia precoz (1930). En J.C. Stagnaro (Comp.), *Alucinar y delirar*. Buenos Aires: Polemos.

Akhtar, S. (1992). *Broken Structures: Severe Personality Disorders and Their Treatment*. Londres: Rowman and littlefield Pub inc.

Aryan, A. y Torres de Aryan D. (2007). Notas para la comprensión de la predisposición psicótica en la pubertad y la adolescencia. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. 29 (nº2), 255-276.

Aulagnier, P. (1994). *Los destinos del placer*. Buenos Aires: Paidós. (Orig. 1979).

Benedetti, G. (1996). *La esquizofrenia en el espejo de la transferencia*. Buenos Aires: Edelp.

Blos, P. (1985). *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: J. Moritz. (Orig. 1962).

Cadoret, M. (1994). ¿La crisis psicótica de la adolescencia?... En Varios autores, *El abordaje de las psicosis después de Lacan*. Buenos Aires: Kliné.

Cragolini, M. (2000). La metáfora del caminante en Nietzsche. De Ulises al lector nómada de las múltiples máscaras. *Ideas y valores, Universidad Nacional de Bogotá, Colombia*. (nº114), 51-64.

Dolto, F. (2004). *La causa de los adolescentes*. Buenos Aires: Paidós. (Orig 1997).

Dolto, F. (2005). *La imagen inconsciente del cuerpo*. Buenos Aires: Paidós (Orig 1984).

Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1969). *Tratado de psiquiatría*, :Masson.

Flechner, S. (2008). Pacientes adolescentes en riesgo: un desafío para el analista. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*. 8, 121-139

Florence, J. (1988). La identificación en la teoría freudiana. En M. David-Ménard (Ed.), *Las identificaciones: confrontación de la clínica y de la teoría de Freud a Lacan*. (pp.141-174). Buenos Aires: Nueva Visión.

Freud, S. (1998). Lo ominoso. *Obras Completas* (Vol.17 pp.217-251) Buenos Aires: Amorrortu (Orig. 1919).

Freud, S. (1998). La metamorfosis de la pubertad en Tres ensayos de teoría sexual. *Obras Completas* (Vol.7 pp.189-211) Buenos Aires: Amorrortu (Orig. 1905).

Freud, S. (1998). Introducción al narcisismo. *Obras Completas* (Vol. 14 pp.67-98) Buenos Aires: Amorrortu (Orig. 1914).

Freud, S. (1998). El sepultamiento del complejo de Edipo. *Obras Completas* (Vol.19 pp.179-183) Buenos Aires : Amorrortu (Orig. 1924).

García, A. (2006). *Valoraciones de las necesidades en el paciente esquizofrénico ante la pérdida del cuidador principal*. Diseño de Investigación, Unidad Docente de Salud Mental, Las Palmas, extraído el 5 de Agosto de 2008 desde <http://www.mec.es/universidades/dcs/files/Salud-Mental.pdf>.

Gutton, P. (1993). *Lo puberal*. Buenos Aires: Paidós (Orig. 1991).

Jiménez, O., Castro, E. y Diéguez, J. (1999). Actualización bibliográfica. *Reseña de revistas. Detección e intervención precoces en la esquizofrenia*. *Psiquiatría Pública*. 11 (nº1), 54-57.

Korembli, M (2007). ¿Termina la adolescencia? Algunas consideraciones teóricas acerca del final de la adolescencia y la caducidad del saber. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. 29 (nº2), 277-295.

Laing, R. (2006). *¿Qué es la esquizofrenia?* (1964). En J.C. Stagnaro (Comp.), *Alucinar y delirar*. Buenos Aires: Polemos.

Levy, R. (2007). Adolescencia: el reordenamiento simbólico, el mirar y el equilibrio narcisístico. *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*. 29 (nº2), 363-375.

Maldiney, H. (2001). *Existente, crise et création*. París: Encre Marine.

Mannoni, O. y Mannoni, M.(1987). *Cuadernos de Sigmund Freud: el estallido de las instituciones*, Buenos Aires: Nueva Visión. (Oirg. 1973)

Mannoni, O. y otros autores. (1992). *La crisis de la adolescencia*. Barcelona: Gedisa. (Orig. 1984).

Ministerio de Salud (Minsal). *Guía Clínica Primer Episodio Esquizofrenia*. Santiago: 1st Ed. Minsal.

Organización Mundial de la salud (OMS) (2003). *Guía de Bolsillo de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la 10ª edición (CIE 10) de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (n.d.). *¿Por qué debemos invertir en la salud y el desarrollo de los adolescentes?* OMS, extraído el 5 de Agosto de 2008 desde http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/adolescent/es/index.

Pino, P. y Valdivieso C. (2001). *Aproximaciones psicoanalíticas al concepto de la adolescencia*. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Psicología, Universidad Diego Portales.

Poulmarc'h, C. (1994). Gaëtan gatian De Clérambault. De los delirios pasionales al automatismo mental, una clínica posible de las psicosis. En Varios autores, *El abordaje de las psicosis después de Lacan*. Buenos Aires: Kliné.

Rassial, J. J. (1999). *El pasaje adolescente*. Barcelona: del Serbal (Orig. 1996).

Recamier, P. (2002). À propos d'adolescence et psychose. *Adolescence*.48 (nº2), 23-30.

Roa, A. (1994). De la demencia precoz a la esquizofrenia. Criterios conceptuales y síntomas patognómicos. *Revista de psiquiatría clínica*. 31 (nº2), 1-21.

Rodulfo, M. y Rodulfo, R. (1986). *Clínica psicoanalítica en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Lugar.

Silva, H. (1998). Los síntomas fundamentales de la esquizofrenia en la obra de Armando Roa. *Revista de psiquiatría clínica*. 35 (nº1), 45-50.

Spranger, E. (1968). *Psicología de la edad juvenil*. Madrid: Revista de Occidente (Orig.1925).

Vega, M. (2007). *Escritos psicoanalíticos sobre adolescencia*. Buenos Aires: Universitaria de Buenos Aires.

Winnicott, D. (1982) *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa (Orig. 1971).

