

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

***Conductas sexuales de riesgo en un adolescente
farmacodependiente. Estudio de caso***

Autor: Magdalena Jiménez Aldrete

**Tesis presentada para obtener el grado de:
Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia**

**Nombre del asesor:
Arturo Monroy Gutiérrez**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN UN ADOLESCENTE
FARMACODEPENDIENTE. ESTUDIO DE CASO.

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE LA
INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

RVOE MAES-971001

CLAVE 16PSU0023Y

PRESENTA
MAGDALENA JIMÉNEZ ALDRETE

ASESOR DE TESIS:
DR. ARTURO MONROY GUTIÉRREZ

MORELIA, MICHOACÁN

SEPTIEMBRE DE 2007

A pesar de todo; la vida que es dura
también es milagro, también aventura...
A pesar de todo irás adelante,
la fe en el camino será tu constante.
A pesar de todo, dejándola abierta,
verás que se cuele el sol por tu puerta.
Siempre hay un motivo, si encuentras el modo,
de sentirte vivo, a pesar de todo...

Eladia Blázquez

“El pluralismo de los métodos terapéuticos es deseable, a condición de no ir jamás en contra de la dignidad personal de los drogadependientes. La noción de la libertad a adquirir, como fin en sí de la cura, debe estar presente en todo momento”

Claude Olievenstein

Agradezco a Dios la oportunidad de culminar un ciclo más en mi vida tan lleno de vivencias y aprendizajes infinitos.

Gracias Javier, que junto conmigo haz ido viviendo este proceso y apoyándome con todo tu amor... y a ti, mi pequeño Santiago que eres esa luz que ilumina mis días más oscuros revitalizándome a cada momento para poder continuar en el camino.

Papá, Mamá... hermanos, a ustedes también les agradezco su apoyo amoroso e incondicional para transitar en esta aventura.

A todas las personas que estuvieron ahí, animándome a seguir y no claudicar... las llevo en el corazón.

Daniela, gracias por haberme permitido acompañarte en tu crecimiento y diferenciación... por hacer que siga creyendo en la vida y sus cambios, a pesar de todo.

En especial agradezco a mi asesor, Arturo Monroy, por su tiempo y sinceridad para mostrarme que con paciencia y dedicación las cosas se pueden lograr... lo hicimos, a pesar de la distancia.

Resumen

En esta investigación se analiza la adolescencia como una fase del desarrollo del ciclo vital de los seres humanos, así como las características y retos al transitar el camino hacia la adultez. Los cambios presentados se dan en las áreas física, cognitiva, emocional, social y psicosexual. Durante este tránsito, los adolescentes se ven expuestos a situaciones diversas que los ponen en condiciones vulnerables como el consumo de drogas y los comportamientos sexuales riesgosos.

Asimismo se propone la psicoterapia psicoanalítica como una estrategia de apoyo para los adolescentes en riesgo; este medio permite analizar historias de vida y enfocarse a los relatos significativos de: falta de información de tipo sexual, sucesos de estimulación social para ejercer tempranamente su vida sexual, ambiente familiar poco estimulante para la manifestación de cariño así como una relación parental difícil para dicha manifestación, aunque estas dificultades traían antecedentes infantiles. La relación madre – hijo (a) representaba un lazo muy particular que repercutía en el desarrollo posterior de la vida del paciente consumidor al igual que la exposición ambiental al consumo de drogas.

Al ser entrevistados los adolescentes consumidores de drogas no se percataban del riesgo al cual estaban expuestos cuando tenían relaciones sexuales sin ningún tipo de cuidado ni protección, pensaban que no pasaba nada o simplemente que la pareja con la que estaban no representaba ningún riesgo. Algunos adolescentes que lograban darse cuenta cuando se les señalaba lo peligroso que podía resultar este tipo de práctica, entraban a un proceso reflexivo encaminado a las posibles consecuencias de su práctica sexual, además de profundizar un poco más en el significado que adquiriría para ellos el ejercicio de su sexualidad genital.

Se utilizó una metodología de estudio de caso en el que se pretende tratar de manera más profunda la historia de vida de la paciente buscando el completo entendimiento de su

naturaleza, circunstancias, contexto y características. El objetivo del presente trabajo es presentar el proceso psicoterapéutico breve orientado psicoanalíticamente de una adolescente consumidora de drogas con conductas sexuales de riesgo con la finalidad de promover conductas de autocuidado por medio del fortalecimiento del Yo en un tiempo limitado, así como describir los significados inconscientes de los comportamientos riesgosos. Se emplearon técnicas de recolección de datos como la Historia clínica y la entrevista semidirigida; para el análisis de resultados se emplearon el expediente clínico, notas de evolución para registrar el contenido de cada sesión y su meta terapéutica así como las notas de seguimiento de la supervisión del caso para realizar la interpretación del mismo.

Se describen las fases del proceso psicoterapéutico y lo acontecido en él, es decir, vivencias y estados emocionales despertadas por la problemática actual de la adolescente; matizada por la transferencia y contratransferencia. Dentro de los resultados obtenidos se descubrieron significados particulares de su conducta como las dificultades para tolerar límites, disfunción familiar, frustración así como la relación ambivalente con la madre. Se identificó que el ejercicio de la sexualidad de la paciente es de tipo narcisista al usar a las personas para satisfacer de manera parcial sus necesidades afectivas. En el proceso terapéutico se manifestaron resistencias, predicciones de su actuar así como las potencialidades necesarias para lograr un desarrollo integrado. Se logró el objetivo terapéutico de favorecer las conductas de autocuidado en la paciente dejando el consumo de drogas y las conductas sexuales de riesgo.

Se constató que, la presencia y disponibilidad constante, por parte de la terapeuta, facilitó la colaboración y compromiso de la paciente para trabajar y vivenciar confianza en la experiencia terapéutica, condición básica en la psicoterapia de adolescentes.

CONTENIDO

Resumen	i
Introducción	vi
Justificación	vii
Capítulo 1. Adolescencia. Perspectiva psicoanalítica	1
El periodo de latencia	1
Preadolescencia	2
La elección de objeto adolescente	3
Adolescencia temprana	4
La adolescencia propiamente tal	6
Adolescencia tardía	16
Postadolescencia	17
Capítulo 2. Sexualidad. Perspectiva psicoanalítica	19
Conductas sexuales de riesgo en la adolescencia	24
Capítulo 3. Farmacodependencia.	28
El significado individual de la farmacodependencia	32
Los adolescentes y las drogas	35
La figura materna y su relación con la farmacodependencia	37
La figura paterna y su relación con la farmacodependencia	40
La farmacodependencia y los vínculos familiares	42
Capítulo 4. Abordaje psicoterapéutico breve en el consumo de drogas con adolescentes...	47
Fases y elementos básicos del proceso psicoterapéutico con orientación psicoanalítica	

Consideraciones psicoterapéuticas en el abordaje con adolescentes consumidores de droga	58	
Capítulo 5. Metodología de la investigación		62
Planteamiento del problema	62	
Objetivo general	62	
Objetivos particulares	63	
Hipótesis de trabajo	63	
Tipo de investigación	64	
Técnicas de recolección de datos	64	
Diseño de la investigación	66	
Fundamentación epistemológica	66	
Procedimientos y técnica de análisis	68	
Capítulo 6. Resultados: reporte de caso		69
Historia clínica	69	
Clave psicodinámica	71	
Proceso psicoterapéutico	74	
Primera sesión	74	
Segunda sesión	76	
Tercera sesión	77	
Cuarta sesión	80	
Quinta sesión	84	
Sexta sesión	84	
Séptima sesión	84	
Octava sesión	84	
Novena sesión	87	

Décima sesión	.....	92
Décimo primera sesión	.....	94
Décima segunda sesión	.....	97
Décima tercera sesión	.....	101
Décima cuarta sesión	.....	104
Décima quinta sesión	.....	108
Décima sexta sesión	.....	111
Análisis del proceso psicoterapéutico	.....	115
Capítulo 7 Conclusiones y aportaciones	.....	126
Referencias	.....	133

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa con grandes cambios y retos en todas las esferas de la vida de las personas; estos cambios generan crisis e inestabilidad emocional, por lo que el riesgo de usar droga como elemento de equilibrio es sensiblemente mayor en esta etapa, en comparación con la etapa adulta (Castro, 1991, en Nuño, 2004). Un aspecto que llama la atención de manera particular es el área de la sexualidad; los cambios operados en ella sumergen a los jóvenes en cuestionamientos y reflexiones que muchas veces no pueden manejar adecuadamente, por lo que buscan salidas a todos los conflictos presentados.

Consumo de drogas y conductas sexuales riesgosas frecuentemente se encuentran presentes en la adolescencia, situación que es necesaria abordar en los jóvenes ayudando a promover comportamientos más sanos.

En el capítulo 1 de este trabajo se presenta lo concerniente a los aspectos del desarrollo normal adolescente. El capítulo 2 se habla sobre el concepto de Sexualidad desde un enfoque psicoanalítico así como la explicación de los comportamientos sexuales de riesgo.

El apartado 3 contiene lo relacionado al fenómeno farmacodependencia y la inclusión del significado desde lo individual y familiar. El capítulo 4 plantea la manera de abordaje psicoterapéutico breve orientado psicoanalíticamente para el consumo de drogas con adolescentes.

El capítulo 5 explica la metodología empleada así como el diseño de la investigación y fundamentación epistemológica al trabajar mediante un estudio de caso y su análisis.

En el capítulo 6 describe el reporte del caso así como su análisis. El capítulo 7 plantean las conclusiones obtenidas así como las aportaciones desprendidas del trabajo.

JUSTIFICACIÓN

La adolescencia es un periodo que trae consigo cambios importantes a nivel biológico, psicológico y social. El adolescente comienza el proceso de independencia de los padres, a vivenciar y explorar los afectos, la creatividad y la sexualidad fuera del núcleo familiar. Si bien es cierto que las tasas de morbilidad y mortalidad son bajas en adolescentes, la realidad es que al salir del núcleo familiar, los jóvenes se encuentran expuestos a factores de riesgo psicosociales que pueden interferir en su desarrollo; algunos de estos riesgos lo son el tabaquismo, alcoholismo, drogas ilícitas, accidentes, violencia además de enfrentarse a su sexualidad y evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (González, C. y Col., 2000).

El presente trabajo de investigación surge como una inquietud a raíz de observaciones clínicas hechas en el trabajo con pacientes consumidores de drogas y en la labor realizada en el área preventiva de la salud con adolescentes y con padres de familia en el Centro de Integración Juvenil de León, Gto.

En dicho trabajo se observaba que los adolescentes presentaban conductas sexuales de riesgo al tener relaciones sexuales sin protección, varias parejas sexuales, contactos homosexuales tanto en hombres como en mujeres, embarazos precoces y una conducta sexual alterada bajo el influjo de las drogas.

En México (Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, 2000), a la población joven en general se le percibe como sana, pero los reportes indican que el consumo de alcohol y otras sustancias en los adolescentes va en aumento. Por citar algunos indicadores se encontró que la exposición al tabaco es de 9% aunque sólo el 42% de los jóvenes nunca había fumando, la prevalencia aumenta conforme se incrementa la edad llegando a un 25% a los 19 años. Situación similar se presenta con la exposición al alcohol

pues en promedio jóvenes de 10 y 19 años presentan una prevalencia de 11%; desde los 15 años 10% de jóvenes consumen alcohol y a los 19 la prevalencia aumenta a 31%.

Medina-Mora (2000) observó una tendencia a la alza en el uso de drogas entre los jóvenes y variaciones en el uso de otras drogas como la cocaína, aunado a otros factores como la disponibilidad de la droga, pobreza, desintegración familiar, entre otros.

La encuesta Nacional de Adicciones del 2002 destaca que en nuestro país 215,634 adolescentes entre los 12 y 17 años han consumido drogas y la edad de inicio es a los 14 años. También informó que la droga de uso, sin considerar el alcohol y el tabaco, es la marihuana, seguida de los inhalables y, en tercer lugar, la cocaína.

En los Centros de Integración Juvenil, de los 4676 casos que ingresaron a tratamiento en el 2002, 30.5 % reportó tener entre 15 y 19 años de edad, donde la edad de inicio de la mayoría de los pacientes se ubica entre los 10 y 14 años de edad equivalente a un 43.7%, lo cual es el periodo de la adolescencia temprana (Ortiz, 2005).

El uso de drogas trae consecuencias negativas que a los jóvenes les es difícil asociar a simple vista, puesto que su efecto más inmediato es de placer y no de malestar influenciado por las creencias que tienen acerca del consumo (Zúñiga, A. Bouzas, A., 2004); perciben una disminución de la ansiedad y cambios en la sensopercepción que no es vivenciado como desagradable. Entre los efectos negativos se encuentran los siguientes (Espada, 2003): Intoxicación aguda; problemas escolares; accidentes de tráfico; problemas legales; problemas afectivos; relaciones sexuales no planificadas y sin protección que pueden llevar a Infecciones de Transmisión Sexual como el VIH-SIDA así como embarazos no planeados (Santos, 2003).

Las investigaciones recientes indican que la iniciación temprana de las relaciones sexuales en los adolescentes representa un factor de riesgo adicional, puesto que la tasa de cambio de pareja sexual es más elevada entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad (Santos,

2003). El rubro de la sexualidad atrae fuertemente la atención debido a que es una de las áreas de grandes cambios en la adolescencia que de no ser orientada pertinentemente puede desencadenar graves daños a la salud; por ello es importante la comprensión de los comportamientos riesgosos, sus relaciones entre ellos, los factores mantenedores y el acercamiento a nuestros jóvenes para así brindarles la oportunidad que requieren en el despliegue de sus potencialidades a favor del sano desarrollo.

CAPÍTULO 1

Adolescencia. Perspectiva psicoanalítica

A principios del siglo XX seguía la creencia que los niños y las niñas no tenían sexualidad, se pensaba que se activaba con la pubertad así como el interés por el sexo opuesto. Cuando algún menor presentaba cualquier conducta que fuera en contra de estas creencias, se le consideraba que tenía graves signos anormales, precocidad sexual o degeneración.

Sigmund Freud, (1905/1996, p. 1216) en sus escritos sobre la sexualidad expresa que con “...la pubertad comienzan las transformaciones que han de llevar la vida sexual infantil hacia su definitiva constitución normal. El instinto sexual, hasta entonces predominantemente autoerótico, encuentra por fin el objeto sexual.” es decir, se logra consolidar la sexualidad genital.

Para su estudio, la adolescencia se divide en fases que permiten entender los cambios que los jóvenes van sufriendo en su transitar.

El período de latencia

Esta fase cobra gran importancia para el inicio y desarrollo de la adolescencia pues este periodo ayuda para que el niño esté preparado para la prueba de distribuir toda la carga de energía en todos los niveles del funcionamiento de la personalidad, los cuales se elaboraron durante este periodo (Blos, 1962).

En esta etapa, como su nombre lo expresa, la sexualidad permanece calmada, y lo que cambia es el fortalecimiento y aumento del control del yo y del superyo sobre la vida instintiva dando como resultado una variedad de actividades del yo como lo son funciones adaptativas, sublimatorias y defensivas. Poco a poco, el niño y la niña comienzan a reemplazar la dependencia por los sentimientos de valía y significación que obtiene en los padres por un sentido de

autovaloración que proviene de los logros y autocontrol ganando la aprobación social y objetiva. Esto es lo que se llama cambio en la catexis de un objeto externo a uno interno.

La inteligencia debe desarrollarse a través de una clara diferenciación entre los procesos del pensamiento primario y secundario a través del empleo del juicio, la lógica y la generalización. Las funciones yoicas deben estar lo suficientemente fuertes para tolerar las regresiones y la desintegración que se vive bajo el impacto de la vida diaria para defenderse con menos ayuda del mundo externo.

Preadolescencia

Durante esta fase existe un aumento cuantitativo de los instintos que hasta entonces habían permanecido en calma, esto conduce a una catexis indiscriminada de todas aquellas metas libidinales y agresivas de gratificación. Anna Freud (1949, p.198) expresa que “Los instintos componentes de la sexualidad infantil que regresan de la represión traen consigo las fantasías del período preedípico y edípico, dirigidas hacia la madre y hacia el padre como primeros objetos de amor del niño pequeño...” El niño o la niña se vuelve más difícil de controlar y enseñar, rebelde e inaccesible; la curiosidad sexual comienza a aparecer en términos de función y procesos del aparato reproductor pero la relación con su propio cuerpo sigue aun mistificada.

Generalmente, ante la gratificación de los instintos, el superyo reprobatorio hace su aparición por lo que el yo tiene que recurrir a la búsqueda de soluciones que le son conocidas como lo son el empleo de los mecanismos de defensa: represión, formación reactiva y desplazamiento. Algo nuevo que aparece y resulta de gran ayuda para el desarrollo es la socialización de la culpa originado de la madurez social lograda durante el periodo de latencia; se utiliza para colocar la culpa en el grupo o específicamente en el líder como instigador de actos prohibidos.

El conflicto central de esta etapa puede verse reflejada en la conducta que presentan tanto las chicas como los chicos. La negación de la angustia de castración en los muchachos hace que se vuelvan hostiles y burlones cuando están en compañía de las muchachas, además de establecer relaciones exclusivamente con personas de su mismo sexo, manifiestan cierta inestabilidad emocional, al tener comportamientos de niño chiquitos, solicitudes de atención por parte de la madre y del padre. (Secretaría de Salud, 1999). En las chicas se observan actitudes de “marimacha” como en un intento de la negación de la femineidad producto de la aparición de fantasías fálicas que poco a poco van desapareciendo. Ellas se defienden de la fuerza represiva hacia la madre preedípica, en la medida que van desapareciendo estas fantasías suelen reaccionar con comportamientos de gran madurez, llegan a tener novio y actitudes exhibicionistas

La elección de objeto adolescente.

En este estadio se da el cambio meramente cuantitativo de los impulsos con la aparición de una nueva cualidad; es decir, la pregenitalidad pierde cada vez más el papel de una función satisfactoria siendo relegada a una función de iniciación por lo que da lugar al surgimiento de un nuevo componente instintivo, que es la anticipación de placer. Ante esta crisis, el yo se percata de estos cambios y elabora una organización de modo jerárquico en sus funciones incluyendo mecanismos de defensa. Estos dos aspectos y su consolidación al final de la adolescencia es lo que Blois (1962, p. 109) llama “...Carácter; esta estructura firme, que emerge de estas fases- que en verdad está construida sobre los logros del periodo de latencia- no se completará sino hasta la fase de postadolescencia”.

Los objetos libidinales cambian de preedípicos y edípicos a objetos heterosexuales no incestuosos, es lo llamado “remover al objeto” (Anny Katan 1937, en Blois, 1962). Se debe dar la

renuncia de los primeros objetos de amor, los padres como objetos sexuales para dar cabida a sustitutos parentales y a otras figuras que ayuden a tal renuncia.

El papel del adolescente va cambiando de pasivo a activo, y claro esta, de manera gradual y parcial, con la intención de alcanzar un equilibrio y que la modificación de los impulsos y los intentos de ponerlos en armonía con el yo, el yo ideal, el superyo y el aspecto somático de la pubertad. La ambivalencia se refleja claramente, así como el narcisismo y las fijaciones.

Los cambios puberales producen en el adolescente experiencias parecidas a las vividas en la fase de separación - individuación hacia el segundo año de vida, según M. Mahler (1975), donde el niño comienza a distinguir claramente entre el “yo – no yo” y la progresiva estructuración de un primer Yo Corporal, es decir, el Yo del preadolescente es básicamente Corporal, y pretende elaborar un “...cuerpo total, completo, se asume ahora como una entidad totalmente diferenciada (dicotomía “yo – no yo”), pero a su vez, el adolescente se encuentra ante la imperiosa necesidad de estructurar un nuevo Yo corporal y conformar al mismo tiempo una nueva identidad...” (Aguirre, 1998, p. 65)

Adolescencia Temprana

La característica distintiva de esta fase radica en la falta de catexis en los objetos de amor incestuoso, y como consecuencia su libido se encuentra libremente flotante esperando ligarse a algo. Esta falta de catexis trae como consecuencia una debilidad en el superyo y el autocontrol amenaza con romperse, cuando esto sucede, aparecen conductas delictivas ya que se da un empobrecimiento del yo, es percibido por el adolescente como sentimiento de vacío y tormento interno, lo que conduce a buscar alivio inmediato.

La falta de catexis de los objetos familiares de amor trae como consecuencia la búsqueda de otros, de esta manera se inicia la separación definitiva de las ligas objetales tempranas (González, 1989), es decir, los amigos adquieren importancia exigiendo una mayor idealización en ellos a través de la admiración y amor que el mismo individuo desea poseer y por este medio se apodera de ellas. Situación que es parte de la formación del yo ideal, por lo que el yo ideal no solamente remueve al superyo de la posición tan segura que había tenido hasta el momento sino que también absorbe la libido narcisista y homosexual.

El yo ideal (Blos, 1962) que representa el amigo puede ceder bajo el deseo sexual y llevar a un estado de homosexualidad con voyeurismo, exhibicionismo y masturbación mutua, es decir, las fantasías masturbatorias surgen como un alivio a la angustia de castración; los temas sadomasoquistas heterosexuales de las fantasías pasan a ser algo molesto y el alivio se encuentra en el cambio hacia la elección de objeto homosexual. Los sentimientos eróticos que acompañan estas amistades producen temor y culpa y son motivo de rupturas repentinas, justificando que lo que el amigo tiene, quizá no es tan maravilloso percibiéndolo como alguien ordinario.

La evolución que sigue el varón en este proceso de consolidación del yo ideal es el siguiente: se da la identificación con el padre estableciéndose una instancia controladora que da vida a una nueva dirección y significado; también es capaz de regular y mantener la autoestima, situación que es llamada equilibrio narcisista al presentar cada vez menos fluctuaciones en la manera de percibirse (González, 1989). Las sensaciones de grandiosidad y perfección que el niño adquiere de su padre, en la adolescencia temprana también son tomadas pero ahora por el yo ideal.

Las mujeres experimentan una extraña sensación de vaguedad en relación con el tiempo y el espacio "...esta vaguedad hacia la realidad y en la percepción yoica es un aspecto

concomitante de la ambigüedad bisexual... la posición bisexual de la muchacha en la adolescencia temprana está relacionada íntimamente al problema del narcisismo.” (Blos, 1962 p.130) y la declinación de esta tendencia marca la entrada en la adolescencia.

En esta fase las chicas presentan gran facilidad para tener un sustituto como pueden serlo las identificaciones temporales, existe gran peligro de que estas conductas las lleven a actuaciones, como lo puede ser el tener relaciones sexuales prematuras para lo cual no están preparadas y causar situaciones muy traumáticas y regresivas que pueden terminar en desviaciones del desarrollo. Para tratar de controlar esto, las chicas encontrarán seguridad en las amistades, fantasías, intereses intelectuales pero sobretodo tener acceso emocional con sus padres, en especial con la madre o su sustituto (González, 1989).

Freud, (1923) en El Yo y el Ello señala la importancia de la relación que juega el propio cuerpo en el desarrollo de la personalidad, pero principalmente, para la percepción y prueba de realidad. Sin embargo, muchas veces el yo no puede con las irrupciones del ello debido a su debilidad, por lo que tiene que recurrir a ciertos mecanismos de defensa.

La adolescencia propiamente tal

En esta fase, progresivamente, el Yo adolescente va convirtiéndose en un Yo psicológico, por lo que la búsqueda de relaciones objetales adquiere nuevos matices; el hallazgo de un objeto heterosexual es posible por el abandono de las posiciones bisexual y narcisista, en forma gradual el impulso sexual se va afirmando y va produciendo una angustia conflictiva en el yo por lo que los mecanismos de defensa y adaptativos pasan a ser parte importante de la vida mental. Al respecto, Anna Freud (1936, p. 169) afirma que: “Entre las diversas actitudes que el yo suele asumir frente a la actividad instintiva, hay dos que, al parecer especialmente acusadas en la pubertad, causan viva extrañeza en el observador y explican algunas de las típicas

particularidades de este periodo: me refiero al ascetismo y a la intelectualización del adolescente”.

El ascetismo es aquel mecanismo que prohíbe la expresión de los instintos, los y las jóvenes temen a la cantidad de sus instintos y en general desconfían del placer y del goce en sí mismos especialmente si es de matiz sexual, pues parece que el adolescente castiga punitivamente su cuerpo sexuado. Sin embargo, el rechazo del instinto no deja ninguna escapatoria a la gratificación sustitutiva y entonces el mecanismo de defensa se vuelve restrictivo del yo y el adolescente se entrega a todo lo que anteriormente era considerado prohibido, según lo expresado por Anna Freud (1936). Ejemplos claros de esto es evitar satisfacer el hambre, el cansancio, el frío y por supuesto la masturbación.

La intelectualización favorece al conocimiento activo y permite la descarga de la agresión en forma desplazada. En general los y las adolescentes presentan un insaciable deseo de meditar, sutilizar y platicar alrededor de temas que requieren abstracción, incurren en temas como el amor, el matrimonio, la libertad la vocación, etc. o la rebelión contra el sometimiento a la autoridad. Es “... el intento de apoderarse de los procesos instintivos asociándolos con representaciones accesibles a la conciencia... lo que constituye una de las adquisiciones más decisivas y primarias del yo humano...” (Freud, 1936/1976. p. 179), de esta manera el adolescente puede manejar sus fantasías agresivas y sexuales de forma permitida y sin tanta ansiedad. La madurez intelectual es lo que permite el surgimiento y manejo de estas ansiedades (Secretaría de salud, 1999)

Otro aspecto muy importante en esta fase es la función que asume la fantasía (Blos, 1962), por medio de ella el o la adolescente puede llenar el vacío emocional sentido cuando los nuevos impulsos instintivos no pueden estar por más tiempo unidos a objetos antiguos y aún no pueden

unirse a nuevos objetos; es muy común usar personas en presuntas relaciones y fantasear cierta situación con ellas, especialmente para dotarlas con cualidades con las que los jóvenes intentan ejercitar sus propias necesidades libidinales y agresivas para desligarse de los objetos de amor.

Otro mecanismo defensivo importante es la identificación, que es usado para preservar el dominio sobre relaciones de objeto en el tiempo del retiro al narcisismo. Anna Freud (1936) expresa que no son identificaciones en el término usado para los adultos; son identificaciones primitivas como las encontradas en los estudios de la vida temprana antes de que algún objeto amoroso haya existido y previenen de una regresión libidinal total al narcisismo por medio de la asimilación del objeto para enriquecer el yo empobrecido.

Gradualmente se va dando el cambio hacia el amor heterosexual debido al retiro de las representaciones de los objetos primeros en el yo lo que produce una disminución de la energía en el ser. En el varón, este cambio lo lleva a una elección narcisista de objeto basada en el yo ideal, en la mujer, se observa una gran perseverancia en la posición bisexual con una sobrevaloración del componente fálico. La formación de la identidad sexual es el logro final de la diferenciación del impulso adolescente en esta fase.

El cambio catéctico hacia nuevos objetos hace que exista una alteración de la economía libidinal ya que la gratificación ahora es buscada en un objeto en lugar de buscarlo en la misma persona. Este retiro de catexis objetal induce a una sobrevaloración del ser, a un aumento de la autopercepción a expensas de la percepción de la realidad, a una sensibilidad extraordinaria, engrandecimiento; puede ser llevado a una pérdida de contacto con la realidad. Quizá al haber una hipercatexis de los sentidos ayuda al yo a agarrarse al mundo de los objetos que constantemente está en peligro de perder.

López (1988, p.89) lo llama Sobresaturación sensorial, que inicialmente, se pone al servicio de la vinculación con la realidad “...La sobreestimulación congestiona el procesamiento de percepciones, produciendo sensaciones de confusión que son amenazantes a la estabilidad del aparato psicológico. Estas sensaciones de confusión, voluntariamente provocadas, son buscadas por el joven como alternativa preferible al estado confusional afectivo que es producto del retraimiento de sus cargas afectivas de las figuras del presente.”

Los estados del yo autoinducidos de intensidad afectiva y sensorial, permiten al yo experimentar un autosenntimiento para proteger la integridad de los límites y su cohesión; promueven la vigilancia del yo sobre la tensión instintiva. Un ejemplo de esto lo ofrece las conductas de gran esfuerzo, dolor y agotamiento que presentan los y las adolescentes, además de brindar nuevas sensaciones al Yo corporal. El consumo de drogas, el gran énfasis de la belleza del cuerpo, el placer erótico – sexual y el baile, supone en los adolescentes el retorno al paraíso perdido, sin tiempo y meramente hedonista. Todo esto los conduce a una pérdida del juicio de realidad y conciencia del Yo, para propiciar un culto a lo sensorial, para sentir el cuerpo por el cuerpo (Aguirre, 1998).

El yo tiene que avanzar gradualmente en su fortalecimiento al ceder en la aceptación de los impulsos. Este progreso es paralelo al aumento de los recursos del yo al canalizar la descarga de los impulsos por una pauta altamente diferenciada y organizada. Es importante señalar que esto no se da mientras los objetos tempranos de amor continúen luchando por la supervivencia y es aquí donde se dice que la fase de la adolescencia propiamente dicha tiene dos tareas a resolver: revivir el complejo de Edipo y renunciar a los primeros objetos amorosos. Todo esto es un proceso de renuncia y encuentro de nuevos objetos, lo cual sumerge al y la adolescente a dos estados afectivos típicos de esta etapa: duelo y enamoramiento.

Aberastury (1990) divide el primer estado afectivo en tres aspectos:

1. duelo por el cuerpo infantil
2. duelo por la identidad y el rol infantil
3. duelo por los padres de la infancia.

En el duelo por el cuerpo infantil el y la adolescente se enfrentan a las modificaciones corporales incontrolables y a las necesidades impuestas por el mundo externo; se enfrenta a nuevas exigencias de convivencia las cuales en un principio son vividas como una invasión. Ante tal situación, el y la adolescente se defiende con la retención de muchos de los logros infantiles pero sin dejar de lado el placer y el afán por alcanzar su nueva condición. Pierde su identidad corporal de niño y tiene que encontrar otra tanto en el plano consciente como inconsciente, dejar su bisexualidad para dar paso a la masculinidad o feminidad.

El duelo por la identidad y el rol infantil se refiere a los cambios que el y la adolescente enfrenta ante la estructuración de su nuevo yo corporal llevándolo, como ya se mencionó, a la búsqueda de su identidad. Tiene que dejar de ser a través de los padres para llegar a ser él o ella misma y a una ideología propia; abandonar su dependencia infantil y simbiótica con la madre.

Ante todos estos cambios el y la adolescente tienen que enfrentarse a otro duelo que es de los padres de la infancia, sus objetos edípicos. Siente la amenaza inminente de perder la dependencia infantil en momentos en que aún es necesaria, se vuelve necesario realizar ensayos y pruebas de pérdida y recuperación de los objetos internos. Algunos mecanismos defensivos son la desvalorización de los objetos para eludir los sentimientos de dolor y pérdida, otro proceso que sigue el adolescente es la búsqueda de figuras sustitutivas de los padres a través de las cuales se va elaborando el retiro de las cargas afectivas.

Blos (1962) plantea que en la adolescencia se da un segundo proceso de separación individuación; uno de los principales tópicos es el desplazamiento progresivo de las figuras parentales infantiles o sus sustitutos, de aquí la importancia de este duelo.

En este duelo, el y la adolescente trata de retener en su personalidad las representaciones de los padres que le han brindado protección y satisfacción, al tiempo que busca la independencia y al igual que en los otros duelos, el proceso es gradual pues tiene que ir dejando esas representaciones parentales ya conocidas, ese modo de relación infantil para integrar en su actual patrón relacional y conductual las nuevas figuras de los padres. Laufer (1995 en Melgoza, 2002) expresa que para que se logre el paso a la adolescencia influye la relación con los padres; los cambios que ésta relación deben tener tienen que brindar soporte adecuado para que al adolescente le brinden la oportunidad de hacerse más independiente emocionalmente de ellos.

El enamoramiento es un componente más familiar de la vida del adolescente e indica el acercamiento de la libido a nuevos objetos; se caracteriza por un sentimiento de estar completo, acoplado con un singular autoabandono. El encuentro del amor heterosexual implica el fin de la posición bisexual de las fases anteriores en las cuales las tendencias ajenas al sexo necesitaban constante carga contracatóxica pues amenazaban con hacerse presentes dividiendo la autoimagen. Estas tendencias pueden satisfacerse sin restricción en el amor heterosexual sólo desplazando al compañero del componente del impulso ajeno al sexo. Como expresa Blos (1962, p.152) "... el componente sexual inapropiado ha adquirido egosintonicidad al convertirse en propiedad del objeto de amor que a su vez es catexizado con libido de objeto".

En esta evolución del autoerotismo a la heterosexualidad, se puede describir un vaivén permanente entre la actividad del tipo masturbatorio y los comienzos del ejercicio genital, donde el contacto genital es más bien de tipo exploratorio y preparatorio que la verdadera ejercitación

genital que se da con la correspondiente capacidad de asumir el rol parental adquirido en la adultez. Al ir aceptando su genitalidad el y la adolescente inicia la búsqueda de la pareja en forma tímida pero intensa.

El enamoramiento apasionado y el de primera vista presenta todo el aspecto de los vínculos intensos pero frágiles; también aparece el amor idealizado hacia una figura inalcanzable como los actores, deportistas, etc. que en realidad son un claro sustituto parental al que los y las jóvenes ligan sus fantasías edípicas.

A esta fase pertenece la experiencia única, el amor tierno. Predominan la preocupación por preservar el objeto de amor, y el deseo de pertenecerse exclusivamente el uno al otro, por lo que la pareja no representa solamente una fuente de placer sexual; más bien, significa un conglomerado de atributos sagrados y preciosos, que llenan a los y las jóvenes de admiración. El vínculo debe restablecerse en el nivel de las fantasías edípicas y, en consecuencia, tanto para el hombre como para la mujer, las primeras fantasías de recuperación del vínculo originariamente perdido pueden hacerse si se establecen sobre un modelo genital.

Son entonces las fantasías de penetrar o de ser penetrada el modelo de vínculo que se va a mantener durante toda la vida ulterior del sujeto como expresión de lo masculino y femenino. Por eso "... las figuras de la madre y del padre son fundamentales y esenciales. La ausencia o déficit de la figura del padre va a ser la que va a determinar la fijación en la madre, y por lo tanto, va a ser también el origen de la homosexualidad, tanto del hombre como de la mujer" (Aberastury, 1990. p. 77).

Sin embargo, no debe de alarmar que estas expresiones de homosexualidad que presentan los y las jóvenes pueden ser la manifestación de una proyección de la bisexualidad perdida y

anhelada, en otro individuo del mismo sexo; es decir, la primera elección de un objeto de amor heterosexual está comúnmente determinada por algún parecido físico o mental con el padre del sexo opuesto, o por algunas disimilitudes chocantes. Las relaciones amorosas que los adolescentes comienzan a establecer, muchas veces están orilladas por la ansiedad provocada por los propios cambios de la etapa de su segunda separación individuación (Melgoza, 2002).

El progreso del adolescente varón a la heterosexualidad es propiciado en gran parte por la ayuda de una unión emocional profunda con un pareja amorosa que lleve la mitad de la carga del proceso de polarización. Si no se abandona la organización de los impulsos de la primera adolescencia, puede darse un matrimonio prematuro o relaciones sexuales transitorias como en un intento de saltarse una fase específica de la adolescencia en sí. Si ocurre esto, se puede ver la unión insuperable a la madre amamantadora. Esta fijación durante la adolescencia puede tomar la forma de esfuerzos homosexuales pasivos que casi siempre están latentes en actuaciones heterosexuales, y como ya se mencionó, no siempre quiere decir que sea homosexualidad declarada.

En esta fase adolescente se logran tareas dentro de un cuerpo que ha llegado a la madurez física sexual lo que consecuentemente lleva a que el desarrollo emocional sea encaminado en dirección a relaciones de objeto estables en ambos sexos, fuera de la familia y hacia la formación de una identidad sexual irreversible.

En este aspecto, es importante mencionar el papel que la sociedad y el medio ambiente adquieren, ya que los y las jóvenes tienen que adaptarse aloplásticamente para procurarse la satisfacción de sus necesidades instintivas, y además dar expresión a esas energías libidinales y agresivas. En este aspecto, se necesitará de una forma sublimada, elaborar el rol social y privado;

esto es un proceso que empieza a formarse durante la adolescencia en sí, pero que de ningún modo termina en esta fase. (Blos, 1962).

Cuando el conflicto edípico se mueve hacia su solución, la retracción de la libido, de los padres “puede vincularse sólo con el cuerpo del adolescente y dar lugar allí a sensaciones hipocondríacas y sentimientos de cambios corporales que son clínicamente conocidos por las etapas iniciales de la enfermedad psicótica” (A. Freud 1958, en Blos, 1962), por eso es que Gutton (1993, p. 43) expresa:

“...la escena puberal no puede acaecer sino sobre el teatro de un yo suficientemente consolidado y al que introduce desde la transicionalidad a la escena puberal. –el yo aprende a arreglárselas sin el objeto físicamente presente (parcial en su primera experiencia), para aplacar la angustia de castración puberal. Se dota de medios para renunciar a la complementariedad sexual absoluta, para no enfeudarse al deseo del otro como sujeto – fetiche y desprenderse de la presencia real del progenitor, contorneando el incesto y su prohibición”.

En esta fase de pérdidas, los jóvenes presentan estados afectivos depresivos. Para Gutton (1993) la depresividad es lo que pone el límite del principio de sustitución parental, de restauración del objeto; sería la común sensibilidad de imperfección del reemplazo, como si fuese una fuerza atractiva opuesta al trabajo de sustitución. De esta manera la depresión dotaría al afecto depresivo de representaciones, que es lo que necesita.

La productividad creativa representa un esfuerzo para completar las tareas urgentes de transformaciones internas, acrecienta la infatuación con el ser; frecuentemente se ve acompañado por la emoción y lleva a la convicción de ser una persona escogida y especial.

La actividad creadora sublimada puede ser descrita en términos esenciales: 1) es altamente autocentrada, es decir, narcisista; 2) está subordinada a las limitaciones de un medio artístico y por consecuencia, esta parcialmente orientada hacia la realidad; 3) funciona dentro de la modalidad de “dar vida a una nueva existencia” al ser; y 4) constituye una comunidad con el medio ambiente y está, por lo tanto, relacionada parcialmente con objetos.

Esta actividad creadora es un proceso complejo, cuyas partes componentes pueden trabajar en conjunto en relativa armonía o ser dominadas completamente por un componente creativo. Así la creatividad puede satisfacer necesidades narcisistas, ser apoyo en la realidad, reemplazar objetos de amor o puede preparar la canalización de un don innato en un modo de vida perdurable. La creatividad se ve favorecida por una intensa introspección, por descatectización libidinal del mundo objetal y por una gran necesidad de que se realicen las transformaciones internas (González, 1989).

La creatividad puede desplegarse más fácilmente si los y las adolescentes tienen acceso a la educación, sin embargo, se ha visto que aquellos adolescentes que no tienen mucho acceso a ella, rehuyen del retraso y se esfuerzan por alcanzar la adultez por la ruta más corta, no obstante participa en este proceso creativo tomando fantasías prestadas y prefabricadas así como de emociones estereotipadas del medio masivo, como lo son las películas y revistas.

Se puede decir que el final de la adolescencia en sí, trae una nueva calidad a los anhelos hacia posibles seres; en términos generales se puede decir que llega a su fin con la delineación de un conflicto idiosincrásico y la constelación de impulsos que durante el final de la adolescencia se transforma en un sistema unido e integrado, es llegar a un arreglo final que el y la joven sienten subjetivamente como su modo de vida ‘...Durante el final de la adolescencia emerge una

claridad de propósitos autoevidentes, y un conocimiento del ser que se describe mejor con las palabras “este soy yo” (Blos, 1962. p. 190).

Adolescencia tardía

La adolescencia tardía es primordialmente una fase de consolidación. Donde se puede encontrar varios aspectos a elaborar:

- a) Un arreglo estable y altamente idiosincrásico de funciones e intereses del yo
- b) Una extensión de la esfera libre de conflictos, llamada autonomía secundaria
- c) Una posición sexual irreversible (constancia de identidad) con supremacía genital
- d) Una catexis de representaciones del yo y del objeto relativamente constante
- e) La estabilización de aparatos mentales que automáticamente salvaguarden la identidad del mecanismo psíquico

Blos (1962, p. 193) expresa que “La adolescencia tardía es un punto de cambio decisivo y, por consecuencia, es un tiempo de crisis, que frecuentemente somete a esfuerzos decisivos la capacidad integrativa del individuo y resulta en fracasos de adaptación, deformaciones yoicas, maniobras defensivas y psicopatología severa.”.

Los conflictos de la infancia no son eliminados al final de la adolescencia, sino que se restituyen específicamente, se tornan yo – sintónicos, es decir, se integran al mundo del yo como tareas resolutivas de la vida centrándose en las autorrepresentaciones del adulto.

Otro punto central de esta fase es la estabilización de la autoestima, que expresa la discrepancia o la concordancia del concepto de deseo del ser y la autorrepresentación (Jacobson, 1953 en Blos, 1962). La consolidación de la personalidad trae mayor estabilidad y nivelación al

sentimiento y la vida activa del o la joven, efectuándose una solidificación del carácter, es decir, que prevalece una cierta constancia en las formas que escoge el yo para resolver sus tareas y los objetos. También la capacidad de pensamiento abstracto, construcción de modelos y sistemas son característicos de esta fase así como el sentido de identidad, identidad del yo, o sentido del ser. Es necesario que el Yo combine los retardos parciales con expresiones de estabilidad como el trabajo, el amor y la afirmación de una ideología, así como tomar conciencia de si mismo como un ser social (González, 1989)

Postadolescencia

Es una fase intermedia entre la adolescencia y la edad adulta, la realización de los fines en términos de relaciones permanentes, roles, y selecciones del medio ambiente, se vuelven los más importantes. El yo fortalecido por el rechazo de los conflictos instintivos, se vuelve ahora visible y crecientemente absorbido por estos esfuerzos. Durante esta fase, emerge la personalidad moral con su énfasis en la dignidad personal o autoestima, más bien que en la dependencia superyoica y la gratificación instintiva. El yo ideal ha tomado posesión en varias formas de la función reguladora del superyo, y se ha convertido en heredero de los padres idealizados de la infancia (González, 1989).

La confianza antes depositada en los padres ahora se une al ser y todo tipo de sacrificios son hechos con el fin de sostener el sentido de dignidad y autoestima.

En esta fase pueden existir bloqueos y uno de ellos es el referido por Blos (1962) como “fantasía de rescate”, que en lugar de vivir para dominar las tareas de la vida, el o la adolescente espera que las circunstancias de la vida dominarán la tarea de vivir, esperan que la solución de sus problemas provengan del medio ambiente. Esto indica que la sobreevaluación de los padres ha sido transferida al medio ambiente y que la dependencia original no ha sido abandonada.

Se espera que el o la adolescente se enfrente de la mejor manera a las tareas que le impone su etapa; la plasticidad y fluidez de desarrollo, típica de la adolescencia, disminuye con el tiempo, está, desde luego, restringida a un término limitado de tiempo. El varón tiene que reconciliarse con la imagen paterna y la mujer con la imagen materna, esto, para alcanzar la madurez; una falla en esto dará como resultado soluciones regresivas, deformaciones yoicas o un conflicto con la realidad.

CAPÍTULO 2

Sexualidad. Perspectiva psicoanalítica

Durante mucho tiempo se pensaba que la sexualidad se refería a la procreación o que “lo sexual” es lo relacionado con las diferencias de sexo y a la genitalidad. Sin embargo, Freud (1905) en Tres ensayos para una teoría sexual desmitifica a la sexualidad y amplía dicho concepto a partir del estudio de la sexualidad infantil y de las perversiones.

Según el diccionario de psicoanálisis, la palabra sexualidad

“No designa solamente las actividades y el placer dependientes del funcionamiento del aparato genital, sino toda una serie de excitaciones y de actividades, existentes desde la infancia, que producen un placer que no puede reducirse a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental (respiración, hambre, función excretora, etc.) y que se encuentran también a título de componentes en la forma llamada normal del amor sexual” (Laplanche, 1993. p. 401).

Dicho de esta manera el concepto es muy amplio pues involucra toda una serie de manifestaciones conductuales, biológicas y emocionales; esta ligada a las experiencias personales, a la crianza, influencias socioculturales, valores y prejuicios adquiridos, etc. Si se parte de una visión diacrónica del desarrollo al situarse en los albores de la adolescencia, los niños y niñas al final de la infancia cuentan ya con su biografía sexual resultado de su propio proceso de sexuación, constituido por el desarrollo de las bases biofisiológicas que es resultado de la programación genética que debe darse hasta ese momento, en interacción con la socialización de la sexualidad derivada de la regulación social propia de la cultura occidental. De esta manera, la adolescencia es una etapa particularmente intensa en el proceso de sexuación (Gómez, 2002).

La sexualidad tiene distintas dimensiones como lo son el sexo, el sexo de asignación, identidad de género y el papel sexual.

El sexo es una característica biológica que permite identificar a hombres y mujeres por sus diferencias corporales y los hace aptos complementariamente para la reproducción, esto se explica por el par 23 de cromosómico; XX para la mujer y XY para el hombre.

Desde el nacimiento, debido a la apariencia de los genitales tanto de los niños como de las niñas serán investidos con los atributos de lo social y cultural a lo que se le llama el sexo de asignación; es decir, en función de esta asignación se comenzará a educar a ese nuevo ser humano de acuerdo a la época y de lo que cada grupo social considera adecuado para cada sexo.

Otra dimensión importante es el género y ha sido considerado como una construcción social simbólica por el hecho de nacer con órganos sexuales femeninos o masculinos; es entendido como el conjunto de rasgos, características y conductas sociales y culturales apropiados para el hombre y la mujer (Pick, 1997). A partir de esto, la identidad de género comienza a desarrollarse; se refiere a la percepción interna de sentirse hombre o sentirse mujer y que proporciona un tinte importante en la manera en como cada persona vive su sexualidad. Es la identificación psicológica que el niño o la niña va desarrollando con uno u otro sexo.

El rol o papel sexual es el comportamiento que cada persona adopta con base a lo requerido socialmente en función de su sexo, como lo son el tipo de juego, forma de vestir, expresiones afectivas y tipo de actitud. Ante estas exigencias cada individuo se enfrenta ante estereotipos impuestos que si no son desmitificados a la larga pueden producir gran confusión e insatisfacción ante el reconocimiento de su sexualidad. La sexualidad es la manera de estar en el

mundo como un ser sexuado y es el resultado de lo acontecido en el camino de la propia sexuación (Gómez, 2002).

Vives (1986) manifiesta que la sexualidad es aprendida y conformada en la infancia; este proceso de conformación se da por la interacción del niño con las figuras parentales y las personas más cercanas, en tiempos precisos y definidos. Existen factores que determinan la organización del erotismo y sus derivados, o por el contrario, su detección, bloqueo o desviación.

Se han delimitado seis factores especialmente importantes que inciden en la organización de la pulsión sexual como básicos: 1. en la función que brinda el estímulo sexual; 2. según el momento de vida en que esta interacción ocurre; 3. intensidad de la experiencia; 4. cualidad de la misma; 5. grado de participación que la persona tiene durante la experiencia, y 6. relación con el destino del evento y sus posibilidades de evocación y elaboración (Vives, 1986).

Estos factores adquieren importancia para la conformación de la sexualidad adolescente, es decir, la manera en cómo la expresión sexual es integrada y llevada a la adultez. Durante la infancia, el niño es expuesto a estímulos de carácter sexual como lo son visuales, táctiles, auditivos, etc. por parte de sus padres y de las personas más cercanas a su entorno familiar. Si esta estimulación es proporcionada con amor, delicadeza y ternura el niño los interiorizará simple y sencillamente como besos, caricias, voces melodiosas y agradables que satisfacen su necesidad emocional de cariño, a la vez que serán experiencias factibles de asimilar y elaborar por el psiquismo adecuada y oportunamente. De esta manera, la sexualidad y el amor podrán ser interiorizadas como experiencias gratificantes, libres de culpa y gozosas.

En el desarrollo de la sexualidad es importante mencionar la aparición y conformación del deseo sexual, constituido por tres aspectos: el impulso que representa la base biofisiológica del deseo sexual, el motivo que hace referencia a su articulación psicológica y el anhelo anclado a su representación socio-cultural.

La configuración del deseo sexual en la adolescencia, se explicaría a través de los siguientes factores imperantes en el ambiente: estímulos que tienen valencia erótica como el cuerpo desnudo, determinados movimientos, bailes, etc.; a través de la imagen que el adolescente tiene de su cuerpo y su capacidad funcional sexual además de la impresión que de él tienen las demás persona, influye en el nivel y orientación de su excitación sexual (Moraleda, 1980). Importante también es la intensidad de la activación, donde la excitación que cada persona puede alcanzar va de acuerdo a su personalidad y la capacidad de regulación. Otro factor es el referido a los contextos socioculturales que activan o inhiben el deseo poniéndose en marcha cuando surge en situaciones apropiadas que reúnen condiciones de seguridad, intimidad, etc., e inhibiéndose en otras si son percibidas como inadecuadas o peligrosas; esto va dando como resultado la adquisición de las pautas de comportamiento sexual acordes al medio social. Moraleda (1980) expresa que el elemento emotivo o tendencia erótica es básico en el desarrollo del impulso sexual en la adolescencia, puesto que no basta la maduración genital, sino que ésta se integre en un desarrollo emocional correcto para dar paso relaciones objetales completas.

Poco a poco, el deseo sexual adolescente va despertando para integrarse a su desarrollo general, así que el comportamiento sexual de los adolescentes pasa por dos momentos bien diferenciados como lo son el autoerotismo y el erotismo dirigido hacia los demás (Gómez, 2002).

Erikson y Kernberg (1956, en Estrada, 1997) plantean que para que un adolescente normal establezca relaciones amorosas heterosexuales y se enamore es necesario el logro de la identidad del yo, ya que deja ver la capacidad de establecer relaciones objetales completas. La identidad es “una toma de conciencia del individuo de su constancia de sí mismo y continuidad en el tiempo y también del reconocimiento de esta identidad del sí mismo y continuidad individual en otros” (Erikson, 1959 en Kernberg, 2002 p. 21).

El adolescente normal presenta crisis de identidad que obedece que la sensación interna de ser él mismo, repentinamente y con los cambios físicos, no es congruente con lo que recibe del medio ambiente puesto que empieza a ser tratado como joven adulto.

La importancia del logro de la identidad en la adolescencia radica en el hecho que tiene que integrarse el desarrollo de la ternura, la gratificación genital completa y profundidad o encuentro consigo mismo; es decir, la sexualidad quedará integrada en el individuo para que sus relaciones amorosas y personales produzcan un sentimiento de trascendencia además de adquirir nuevas percepciones y conciencia de sí mismo, de su cultura y del entorno (Estrada, 1997).

Conjuntando lo expuesto anteriormente se dice que “la sexualidad es inherente al ser humano pues se da desde el nacimiento hasta la muerte; es todo aquello que somos, sentimos, pensamos y la percepción íntima y personal de sentirnos como hombres y como mujeres, incluye las diferencias corporales, los cambios físicos, el deseo sexual, el cariño y respeto por nosotros mismos además del vínculo afectivo y la capacidad de dar y recibir amor” (Jiménez, 2000. p.3).

Conductas sexuales de riesgo en la adolescencia

Es importante definir el concepto de conducta de riesgo en la adolescencia, por lo que resulta necesario comenzar aclarando qué es un riesgo. Se dice que un adolescente está en riesgo cuando alude a la posibilidad de configurar o contraer enfermedades que lo inhabiliten física, psicológica, social o jurídicamente; y también cuando es susceptible de manifestar habitual o sistemáticamente comportamientos individuales o colectivos que pongan en juego la seguridad social, que amenacen la vida de otros (Casullo, 1998). Desde esta perspectiva, se puede observar que todo riesgo supone un aspecto vincular, pues implica tener en consideración a las otras personas del entorno sociocultural así como los valores legitimados de mayor peso en un momento sociohistórico determinado. Por su parte, Dulanto (2000) coincide al aseverar que el riesgo puede tener alcances tanto en el ámbito individual como social. En la dimensión individual se puede encontrar que tiene relación entre las consecuencias de la conducta de riesgo y los siguientes aspectos del individuo: la personalidad del sujeto surgida durante la adolescencia, el juicio crítico, la autoestima, la voluntad existencial y el logro de habilidades y destrezas a través del esfuerzo. En la dimensión social existen factores asociados como la escolaridad baja y enseñanza deficiente, limitaciones al acceso de espacios de convivencia juvenil, el medio social que no garantiza la inserción de los jóvenes a campo laboral, entre otros.

Desde una conceptualización más general, Pita (2003) expresa que un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociado con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo tanto biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales y económicos pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciéndose un fenómeno de interacción.

Los comportamientos de riesgo desempeñan un papel significativo en la transición adolescente en la medida que pueden ser funcionales para lograr la autonomía y dejar de ser dependiente especialmente de los padres, permitir el cuestionamiento de normas y valores vigentes, aprender a afrontar situaciones de ansiedad y frustración, ayudar a anticipar experiencias de fracasos, lograr la estructuración del self y para afirmar y consolidar el proceso de maduración (Jessor, 1991 en Casullo, 1998).

Una conducta de riesgo es definida por Idobro y colaboradores (1998) como las acciones, sean activas o pasivas, que involucran peligro para el bienestar y que traen consigo consecuencias negativas para la salud o comprometen aspectos de su desarrollo; entre las conductas de riesgo que mantienen tendencias crecientes hasta hacerse un hábito o dependencia se encuentran el consumo de alcohol, tabaco, uso de drogas, delincuencia, deserción escolar, relación sexual precoz y alteraciones metabólicas entre las más frecuentes. En su estudio, los autores encontraron cuatro conductas de riesgo: la repetición o reprobación escolar, fumar, tomar licor y tener relaciones sexuales precoces, demostrando estadísticamente que existen factores familiares que actúan en un momento determinado logrando modificar o impedir la presencia de dichas conductas de riesgo en los estilos de vida de los adolescentes. Así mismo expresan que el papel de la familia y particularmente de los padres continúa invariable y que los vínculos de amor, confianza y dedicación de gran importancia para proteger ante cualquier conducta de riesgo que influya en los adolescentes.

La sexualidad representa uno de los grandes cambios en la etapa adolescente por lo que los jóvenes están expuestos a riesgos psicosociales, incrementa el interés por el sexo y suele darse la primera relación sexual; sin embargo, llegan a presentar conductas que atentan contra su sano e íntegro desarrollo, quizá lo hagan a fin de manejar de una manera inconsciente las ansiedades y

conflictos emocionales, así como el estar expuestos a eventos negativos de la vida que de no ser prevenidos, pueden derivar en adicciones, problemas emocionales o trastornos psicosociales como la delincuencia, entre otros (Castro, 1995).

Se plantea que para que el primer encuentro sexual sea considerado saludable, debe cumplir algunos requisitos: planeado, es decir, previsto con anticipación; deseado por ambos miembros de la pareja; con protección ante riesgos de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual (ITS); y que sea disfrutado, resultando gratificante para los dos (Mitchel y Wellings, 1998 en Espada, 2003). Los principales aspectos que caracterizan las relaciones sexuales en la adolescencia son la edad de inicio, tipo de práctica sexual, el número de compañeros sexuales y los conocimientos sobre los riesgos asociados. En México, la edad de inicio es de 15.7 años promedio (González, 2005); aunque las mujeres alcanzan antes la madurez sexual, suelen ser los varones quienes se inician primero (Weinberg, 1998 en Espada, 2003). Entre las conductas sexuales en la adolescencia, las más frecuentes son: masturbación, sexo oral, sexo vaginal y coito anal (Espada, 2003). Mediante la masturbación, el adolescente busca la descarga de la tensión sexual fuera de toda relación real y afectiva con otra persona; aunque su ejercicio es autoerótica, ya se manifiesta abierta a la heterosexualidad debido a las imágenes o fantasmas sexuales con la que se acompaña, estos fantasmas sirven de expresión de los deseos más íntimos del sujeto (Moraleda, 1980).

El sexo oral, sexo vaginal y coito anal suelen darse tanto en el contexto homoerótico y las relaciones heterosexuales. Según la etapa adolescente que curse el joven, es la cualidad que adquieren éstas prácticas sexuales.

Espada (2003) menciona que, los adolescentes cambian de compañero sexual con más frecuencia que los adultos, situación que incrementa la probabilidad de contraer una infección de

transmisión sexual En cuanto a los conocimientos sobre los riesgos asociados se encuentra que el 47.2 por cien de la población de 12 a 19 años carecen de conociendo acerca de las formas de prevención de infecciones de transmisión sexual (Secretaria de Salud- Instituto Nacional de Salud Pública, 2000 en Santos, 2003), apreciándose que, a menor edad mayor desconocimiento sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos, por lo que los jóvenes se encuentra más vulnerables a eventos riesgosos.

La conducta sexual está influenciada por las opiniones, hábitos y costumbres de los padres, la clase social a la que se pertenece y la edad que se tiene, por lo que es variable de una persona a otra. La falta de información repercute en la manera inadecuada de manejar la sexualidad, las conductas de riesgo desencadenan graves consecuencias, una es el embarazo precoz, quizá porque las jóvenes se sienten tristes, solas, asustadas, inseguras o enojadas y en el caso de los varones que embarazan a sus parejas porque se sienten solos y quieren formar una familia a la que sientan que pertenecen y que les pertenezca (Pick, 1997). La gran variedad de parejas sexuales que pueden tener y el abuso de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas conlleva a la aparición de problemas psicosociales y psiquiátricos (Secretaria de Salud, 2000.)

CAPITULO 3

Farmacodependencia. Perspectiva posmoderna.

El ser humano es un ser individual y colectivo y como tal es producto de su misma sociedad por lo que cada marco social genera su “sujeto”, para Galeano y Guinsberg (2001) cada época produce ciertas patologías. La sociedad contemporánea está marcada por los grandes cambios generados por los procesos de globalización, lo que se ha sido denominado posmodernismo (Aksenchuk, 2006) llevando a una transformación del espacio simbólico cultural. La realidad social se ve modificada y cada época engendra sus psicopatologías; el hombre de nuestra época ha aumentado sus tendencias individualistas, es decir, su narcisismo o egocentrismo (Galeano, 2001) donde todo gira en él mismo y sus intereses. Esto no significa que este fenómeno no haya existido, pero la diferencia estriba en el hecho de lo exacerbado, características y magnitud que ha adoptado en la actualidad por lo que las personas buscan como hacer frente a tal realidad por medio de distractores o calmantes, que ayuden a atenuar el sufrimiento y encontrar la felicidad. Freud (1929), en *El malestar en la cultura*, habla de este aspecto que aún es aplicable para nuestra cultura y época; expresa que para encarar la vida, las personas hacen uso de calmantes los cuales los hay de tres tipos: distracciones poderosas que ayudan a percibir la miseria humana como pequeña, satisfacciones sustitutas que ayudan a reducir y reorientar los fines instintivos y el químico, es decir, la intoxicación produciendo sensaciones placenteras además de que modifica la sensibilidad corporal de modo que impide percibir estímulos desagradables.

Pareciera que el nuevo malestar en la cultura (Aksenchuk, 2006) es el resultado de la ilusión de que todo dolor, angustia y padecimientos puede ser resueltos con objetos, colocando en

lo más alto la omnipotencia de la ciencia. Así, la pretensión del sujeto adicto a acallar el malestar de esa forma se legitima en nuestra sociedad cada vez más hedonista.

De esta manera, la farmacodependencia, que ha ido en aumento, se convierte en un padecimiento de este nuevo siglo; es una expresión de este tiempo que avanza de manera vertiginosa y desorganizada, "... síntoma que denota las carencias de nuestra sociedad y nuestras familias; que nos dice que debajo de él hay un vacío que se ha intentado llenar en forma errónea con drogas" (Monroy, 2004).

Pareciera que en la posmodernidad existe cada vez mayor dificultad para asumir las consecuencias de los actos, los hechos se dan tan rápidamente que se pasa del deseo al acto. Son preocupantes "... en este fin de siglo, las "patologías del acto"(drogadicción, alcoholismo). Esta destitución de la palabra pone en jaque nuestro instrumento privilegiado. El "borramiento" que en la posmodernidad se impone sobre la función mediadora de la familia, cuya especificidad es establecer los primeros lazos afectivos y moderar, a través del discurso que en ella se origina, la violencia que la cultura ejerce sobre el sujeto, esto produce efectos devastadores." (Blanco, 2003). Existe cada mayor dificultad para tolerar la frustración, ya que las personas, especialmente los jóvenes, están creciendo en un contexto distinto marcado por la satisfacción inmediata de deseos ayudado por la era tecnológica, los lazos afectivos débiles, aspectos sociales imperantes hedonistas. El mundo virtual crea un espacio donde tiempo y distancia van perdiendo su significado, tornándose confusos y ambiguos .La violencia está presente en sus formas más crueles, como destrucción del otro y, sobre todo, como autodestrucción. Las patologías son como el signo de la época actual y la mezcla de ellas arroja resultados de rasgos y diagnósticos cada vez más severos en el adolescente, sumándose a su realidad problemas en la separación – individuación aunado a otras problemáticas, por ejemplo, que el joven en lugar de ser adicto, es

un poliadicto "...y probablemente esté en el comercio de las drogas, sufriendo la opresión y el hostigamiento de sus jefes" (Estrada, 2002).

La farmacodependencia ha adquirido un sentido diferente del que tenía a principios de siglo; en los años 60's la característica principal de la sociedad fue la reacción y oposición a ciertos paradigmas modernos en la política y la cultura, formando nuevos códigos sociales y culturales dando mayor apertura a ideas que hicieran sentir que el mundo debía de cambiar así que los jóvenes representaban esa imagen del potencial trasgresor de la vanguardia política y por tanto, el consumo de drogas, la manifestación del cambio. Los años 70's e inicios de los 80's marcaron el inicio del fin del consenso sobre la "verdad moral" y de la promesa de abundancia material; empiezan a manifestarse micro ambientes sociales que giran alrededor de estilos musicales y estéticos así como del consumo de drogas, por ejemplo el uso de la marihuana, como una expresión cultural. Asimismo, son los años marcados de un "*hedonismo* identificado con aquellas tendencias culturales que no prefieren esperar de las energías de organización política la elaboración de ambientes más "cálidos" de interrelación social", (Gadea, 2004).

Los movimientos políticos, sociales, expresiones culturales, estéticos además del apresurado desarrollo tecnológico pueden ser considerados los antecedentes de la era posmoderna que va haciendo que las nuevas generaciones se caractericen del cambio acelerado (Calvo, 2001, citado en Mondéjar, 2003). La era posmoderna va ganando espacio, en ello se puede observar cómo poco a poco las sustancias generadoras de adicción van revistiendo todos los ámbitos de la vida humana; sustancias a las cuales se les confiere la idea de ser solucionadoras de problemas o por lo menos negación de los mismos. Pareciera que todo se espera del objeto, no de la persona; persona que se ve forzada a elegir, a reconocer no su deseo, sino objetos para su deseo (Aksenchuk, 2006).

En el ámbito social, las personas se van construyendo con base a las expectativas que la sociedad ofrece; como tal, el adolescente actual se enfrenta a las expectativas de la sociedad postmoderna, por mediación de la familia y otros modelos, de tal modo que éste adolescente no es igual al de hace unas décadas. Paul Verhaeghe expresa cómo en los últimos cien años, todas las funciones que conformaban el corazón de la familia han sido desplazadas hacia el exterior de esta: educación, cuidado de ancianos, autoridad (Verhaeghe, 2001 en Mondéjar, 2003) por lo que los jóvenes aprenden a construir su mundo con lo que el contexto les ofrece.

Dentro de estos cambios se puede apreciar un aumento en el consumo de drogas ilegales por parte del género femenino; hace más de una década éste consumo tenía una expresión básicamente masculina. Las investigaciones con estudiantes demuestran que cada vez más existen menos diferencias del consumo de drogas entre hombres y mujeres (Centros de Integración Juvenil, 2007). Ante este panorama, es necesario entender a los adolescentes desde un contexto actual; contexto que está al servicio de la tecnología, de la incorporación de las personas al sistema productivo y consumista. Las adicciones se vuelven un problema social cuando el yo se descontrola y pierde el dominio de sus objetos, es entonces que aparece el exceso, el adicto problemático; la homeostasis del mercado se ha roto y debe intervenir la fuerza social reparadora. Cuando estos problemas acontecen, la sociedad se encuentra con el síntoma (Aksenchuk, 2006).

Este contexto acelerado, virtual, matizado de abandono, desprovisto cada vez más de cobijos afectivos y amorosos hace que los jóvenes tengan un temprano acercamiento al mundo de la adicciones (Monroy, 2004).

El significado individual de la farmacodependencia

Para las personas que no pueden llegar a tener un control adecuado de su propia vida las adicciones representan una singular función, llegando a convertirse en adictas. En las personas adictas existe un gran apremio por satisfacer sus deseos de manera inmediata, son impulsivas además de manifestar una necesidad de lograr seguridad y evidencia de la autoafirmación, y como tal, esencial para la existencia misma de la persona.

Un adicto es una persona para quien la droga tiene un significado sutil e imperativo. Inicialmente se pudo haber buscado en el uso de drogas o fármacos nada más que consuelo, pero termina por usar o tratar de usar el efecto de la droga para la satisfacción de otra necesidad, que es interna.

“... La persona se hace dependiente de este efecto, y esta dependencia, en cierto momento, se hace tan abrumadora como para anular todo otro interés. De esta manera el problema de la adicción se reduce a la cuestión de la naturaleza de la gratificación específica que las personas de esta clase obtienen, o tratan de obtener, de su sedación o estimulación químicamente inducida, y de las condiciones que determinan el origen del deseo de esta gratificación” (Fenichel, 1968. p.424)

Las personas que son adictas tienen una predisposición a reaccionar a los efectos del alcohol, la morfina y otras drogas, de una manera específica, es decir, de tal forma que tratan de usar estos efectos para satisfacer el arcaico anhelo oral que es al mismo tiempo anhelo sexual, una necesidad de seguridad y una necesidad de conservar la autoestima por lo que el origen y la naturaleza de la adicción no depende del efecto químico, sino de la estructura psicológica de las persona.

Un factor decisivo para la adicción es la personalidad pre – mórbida. Las personas que se vuelven adictos son aquellas para las que la droga tiene un significado específico, es decir, la esperanza de realización de un deseo tan profundo y primitivo que es apremiante y más intenso de satisfacer los anhelos instintivos —ya sean sexuales o de otra índole- que en las personas normales (Fenichel, 1968)

Debido a esto, este placer, o esperanza de placer, hace que la sexualidad genital carezca para ellos de interés. La organización genital se quiebra iniciándose una extraordinaria regresión. Los diversos puntos de fijación determinan cuáles de la sexualidad infantil – complejo de Edipo, conflictos de la masturbación, y en especial impulsos pregenitales – pasarán a primer plano, y así la libido queda trasformada en una energía amorfa de tensión erótica sin características diferenciadas.

Estas personas se encuentran fijadas a una finalidad narcisista pasiva y sólo muestran interés en el logro de su gratificación, nunca en satisfacer a su pareja, por lo que para ellos los objetos no son sino proveedores de suministros; desde el punto de vista erógeno, las zonas dominantes son la zona oral y la piel. La autoestima y la existencia misma dependen de la consecución de alimento y calor (Fenichel, 1968).

El efecto de la droga reside en el hecho de que lo sienten y viven como alimento y calor; es decir, reaccionan a las situaciones que crean la necesidad de sedación o estimulación, no toleran la tensión ni el dolor, la frustración y las situaciones de espera. Aprovechan cualquier oportunidad para escapar con mayor rapidez y pueden sentir el efecto de la droga como algo mucho más gratificante que la situación original interrumpida por el dolor o la frustración precipitantes. Todos los demás impulsos van siendo gradualmente reemplazados por el anhelo de la droga desapareciendo todo interés por la realidad, excepto lo que se relacione con el hecho de

procurarse la droga. Su contacto con el medio externo se reduce a la inyección hipodérmica, la persona se ve obligada a recurrir a dosis más elevadas a intervalos más cortos por lo que la falta de efecto intensifica el anhelo y al no ser satisfecho, la tensión se hace más insoportable y el consumo de la droga tiene relación con el hambre y el sentimiento de culpa. A nivel fisiológico y psicosocial es lo denominado Tolerancia que se refiere al “decremento de la respuesta a una droga que ocurre como consecuencia de la administración continuada con el propósito de alcanzar el efecto anteriormente logrado” (Centros de Integración Juvenil, 1997, p. 309).

El efecto de la droga tiene una raíz fisiológica pero inevitablemente raíces psicológicas. Si los adictos se percatan de su progresiva desintegración mental, lo perciben como un peligro pero carecen de otros recursos para enfrentar estos peligros por lo que aumentan la dosis de la droga. Piensan que la manera de protegerse puede ser peligrosa cayendo en un círculo vicioso insalvable, pues cuando el consumo de la droga puede ser considerada como el último recurso para evitar la caída en la depresión, es comprensible pensar que la caída sobreviene cuando el efecto de la droga se ha vuelto insuficiente (Fenichel, 1968).

La personalidad del adicto cuenta con rasgos muy distintivos, entre los cuales se encuentran los siguientes (Román, 2003):

- Sentimientos de vergüenza debido a la tolerancia y anestesia al dolor que provoca la droga.
- Perfeccionismo: autocrítica implacable que la droga hace que la persona se sienta perfecta o en el caso de drogas “aplacadoras”, la libera de esforzarse por ser perfecta.
- Avidez de poder y control para compensar los sentimientos de vergüenza e impotencia.
- Obsesión por uno mismo manifestada a través de la adicción.
- Carencia del sentido del sí- mismo, por lo que se busca en la droga cierta “identidad”.

- Necesidad de llenar el vacío y la droga es utilizada para ello.
- La droga ayuda a eliminar la autocensura y permite al usuario ser él mismo.
- La adicción suministra un punto de referencia para la culpa, un modo de actuar en consecuencia.
- Las conductas adictivas proporcionan un terreno en el cual manifestar la ira o evadirla.
- Existe una depresión subyacente y la droga la contrarresta.
- La adicción suministra una constante actividad o bien reduce la tensión.
- Temor a asumir riesgos apropiados y responsabilidades, existe temor al fracaso y al rechazo.
- Inculpa a otros asumiendo un rol pasivo de víctima y evitando hacerse responsable de sus actos y se crea una excusa para recurrir a los alteradores del estado de ánimo.
- En el autoengaño se arraiga el mecanismo defensivo de la negación
- La conducta compulsiva brinda un modo de evitar tener que fijar fronteras.
- Necesidad de gratificación inmediata.
- Problemas con la intimidad, sentimientos de soledad y falta de pertenencia

Los adolescentes y las drogas

Los adolescentes se encuentran expuestos al consumo de drogas, y en nuestro medio, la marihuana ha pasado a ser usada como primer droga de uso ilegal, dejando de lado el tabaco y el alcohol. Las drogas producen la ilusión de una intensa vinculación con la estimulación externa y con el grupo. Sin embargo, bajo el influjo de la droga, esta estimulación se encuentra gravemente distorsionada por los impulsos y afectos vinculados con los objetos internos. Estas vinculaciones promueven mayor regresión, y con mayor peligro en la vinculación con la realidad. En adolescentes con funciones yoicas defectuosas y su sentido de realidad debilitado, la sobrecarga inducida con el uso de drogas produce fácilmente un rompimiento psicótico.

La drogadicción o el uso frecuente de drogas en general, se encuentra asociado a trastornos de personalidad de mayor o menor seriedad y en sí misma constituye una categoría diagnóstica. López (1988) expresa que en la práctica clínica se encuentra que los adolescentes con patología severa del desarrollo, incluyendo psicosis y trastornos fronterizos, son los que mayor propensión tienen a caer en la utilización de alcohol u otras drogas; y son éstos los que mayores riesgos corren, desde el punto de vista psicológico, en la exposición a efectos tóxico de las drogas.

En la etapa adolescente aparecen nuevas funciones cognoscitivas y la propensión a la búsqueda de nuevas estimulaciones. Esta búsqueda puede dar pie al encuentro con la droga y la utilización de ésta para un saciamiento patológico del apetito perceptual incrementado por la adolescencia misma.

Diversas evidencias (Inheler y Piaget, 1958 en López, 1988) indican que la capacidad de síntesis y de integración, la formación de conceptos de la que dependen no sólo el funcionamiento intelectual normal, sino las relaciones interpersonales orientadas por el sentido de realidad; son las que los jóvenes requieren en su máximo y más preciso funcionamiento cognitivo para alcanzar el nivel de maduración normal que corona la resolución de la adolescencia (Trad, 1993). Estas funciones son las que están afectadas por el uso de drogas lo que puede llevarlos a un abandono del proceso de maduración. “Es muy probable que la necesidad de estimulación sensorial que tiene el adolescente para mantener contacto con el mundo real y como mecanismo defensivo y restitutivo frente a la regresión propia de la adolescencia, encuentre saciamiento a través del uso de drogas...” (López, 1988. p.96)

Se ha visto que los primeros acercamientos a la droga es por medio de la relación con algún amigo o compañero que ya la hayan probado y son los que lo inician; generalmente el

consumo primero se lleva a cabo por invitación de alguien con quien el joven tiene un vínculo cercano, es decir, un amigo y no un vendedor o un desconocido como se piensa (Devries, 1996).

Las drogas como la marihuana, L.S.D., mezcalina, etc. que producen estados psicológicos alterados con disfunción perceptual y cognoscitiva provocando trastornos del pensamiento, representan un serio problema agregado de que estos estados alterados interfieren con las funciones de síntesis y de integración, de las que depende la resolución de la adolescencia (López, 1988).

La figura materna y su relación con la farmacodependencia

La mujer presenta dos expresiones básicas de su femineidad, por una lado como realización femenina de tipo genital, y por otro lado como realización femenina de tipo maternal. Ambas expresiones pueden estar ausentes o bien, presentarse asociadas u operando alternativa y antagónicamente. En la primera fase de la vida de todo ser humano, se puede advertir que la madre es el progenitor principal, pues a través de la femineidad maternal y de la función de amamantar es la primera fuente de nutrición, seguridad, confort y supervivencia del bebé. La madre, mientras cuida del bebé, también ella necesita cuidados para sí, pues aunque es ya una madre, conserva dentro de sí algo de hija dependiente (Ackerman, 1958).

Según Mahler (1979), el potencial materno está determinado por su historial personal, por la madre que tuvo y por la niña que fue. También va recibiendo apoyo de su compañero, pediatra, de sus familiares y de los valores de una sociedad que, auténticamente, considere valiosa la maternidad. La mujer desea realizarse como madre, pero también es importante señalar que a través de la maternidad se siente segura y trata de repararse como mujer, utilizando la maternidad para compensar su frustración en el papel de pareja. Luego entonces, a través de la maternidad, la mujer es valorada socialmente supliendo así la indiferencia de su pareja. En nuestra cultura

mexicana, la satisfacción genital y procreativa resultan antagónicas, por lo que la mujer poco satisfecha en el aspecto genital, busca compensar esta carencia con una maternidad prolífica, proporcionando a los hijos la protección y apoyo que no recibe de su compañero (Ramírez, 1975).

Al establecer relaciones con el sexo opuesto, las mujeres generalmente buscan asumir las características de su padre. La imagen que se tenga del padre en la infancia perdurará durante toda la vida y dará estructura a los afectos, sensaciones y sentimientos, al mismo tiempo que conservará toda su intensidad en la futura madre. Si esta imagen fue internalizada con rasgos de seguridad, bondad y aceptación, de la misma manera la proyectará a sus hijos (González, 1989). De acuerdo a esto, la historia individual y la imagen paterna es clave para una mejor identidad e identificación, así como para una adecuada integración familiar, ya que genera satisfacciones o represiones en función de que el padre cumpla o no con su responsabilidad, consistencia y constancia en el hogar.

La madre es determinante en la figura del padre que el hijo introyectará, pues si ésta es transmitida como tierna y cariñosa, el niño introyectará ternura en función de su padre, mientras que si la madre configura al padre como frío y amenazante, el hijo le temerá. La función simbiótica de la madre es necesaria para el cuidado del infante procurándole cuidado físico y emocional dando lugar poco a poco a la diferenciación estructural que ayuda a la organización del individuo y su adaptación (Mahler, 1972). Si esta función no es cumplida pertinentemente se corre el riesgo de presentar dificultades en los límites entre madre e hijo por lo que el proceso de separación – individuación se vea obstaculizado (Mahler, 1972). Para el establecimiento de los límites y promoción de la diferenciación es indiscutible la presencia del padre ya que cumple un papel esencial en la identificación psicosexual de los hijos; en la niña moldea su femineidad y en

el varón su identificación plena con éste, si el padre se muestra distante puede que se presenten dificultades para la separación y la identificación de los hijos, independientemente de que los hechos hayan acontecido hace mucho tiempo, su vitalidad como fuente de insatisfacción y motivo de conducta es actual haciéndose presente en la vida adulta (Freud, 1912 en Alveano, 1998).

De acuerdo a esto, resulta oportuno hablar sobre algunos rasgos de la madre del farmacodependiente. Se ha encontrado que estas madres se caracterizan por una necesidad permanente de cubrir toda sensación de falta o carencia en su hijo, pretenden completarse con él, intentando darle un imposible goce sin límites, que ella misma busca recuperar en su relación con él. Estas madres se muestran extremadamente disponibles ante la ausencia del padre cuya presencia ordenadora y posibilitante del deseo y la subjetividad reclama (Román, 2003).

Otras características presentes en estas mujeres son: tendencia a la sobreprotección, oscilando entre el todo y la nada que se traduce a presencia o ausencia, tal parece que no conocen el punto medio, repercutiendo en el desarrollo de los hijos al hacer una proyección en éstos de sus agresiones, frustraciones y tristezas. También presentan una personalidad con tendencias depresivas que son proyectadas en su hijo a través de la protección constante – inconstante. Son mujeres exigentes y controladoras, que necesitan y mantienen fuertes relaciones simbióticas con sus hijos y mantenerlos enfermos emocionalmente para su propia supervivencia psíquica; se da un distanciamiento de su compañero al ser considerado como débil e ineficaz, esto a su vez les permite un total control sobre los hijos y con ello buscan formar alianzas de rivalidad para luchar contra él (Cardeña, 1982).

Una madre que no ha renunciado a su propia madre, cuya individuación es precaria e insuficiente, aparece frecuentemente en el discurso de los adictos. Por su parte, estas madres

intentaron satisfacer con ese hijo su imposible deseo de llenar su propia falta de ser. Lo tomaron también como único objeto de deseo, en algún momento más o menos prolongado de su existencia, y se ofreció a sí mismo como único objeto de deseo del hijo. Esta madre en su deseo inconsciente no deseó que este niño o adolescente fuera un sujeto, con sus propios deseos, sino una cosa pues no quiere que se desarrolle como alguien distinto e independiente de ella (Kalina, 1988).

La figura paterna y su relación con la farmacodependencia

Las funciones del padre son complejas y están influidas por una gran variedad de factores. Uno de estos es el factor Histórico, que está representado por la aparición progresiva de la masculinidad en la personalidad del padre, condicionada por la historia de su vida y por un tipo particular de preparación emocional para las tareas específicas de la paternidad. Otro tipo de factores son los actuales y se reflejan en: 1) la reciprocidad de los roles familiares que se dan en pareja; la integración emocional del hombre a las relaciones entre marido y mujer, padre y madre, padre e hijo y la reacción adaptativa del hombre a la configuración psicosocial de su familia como una unidad, y 2) la integración de las capacidades masculinas en los roles extramatrimoniales del trabajo en otras funciones de roles sociales (Ackerman, 1958)

El papel que desempeña el padre en la educación de los hijos después de los dos años- y antes- es tan importante como el de la madre, debido a que en la medida que el niño madura, aprende a caminar y hablar y desarrollarse en sus capacidades la interacción con su padre representa la más temprana separación del niño con su madre y su primera adaptación al extraño. Simboliza la disposición del pequeño para extender sus relaciones a otros miembros de la familia, lo prepara progresivamente para el encuentro con el mundo externo. El contacto con el padre,

personifica el desafío, a la comunidad externa a la familia, pues el niño que teme al padre, también teme al extraño (Ackerman, 1958).

La familia es una unidad social y emocional en la que la imagen paterna tiene gran influencia en la formación y desarrollo psíquico de los hijos, puesto que contribuye fuertemente a que se identifiquen con su figura, mientras que la ausencia provoca ciertas anomalías en el desarrollo, moldeando los mitos, hábitos, costumbres, ritos y comportamientos en su vida futura. Un padre será importante dependiendo del adecuado desempeño de su imagen, lo que lograría en la medida en que él mismo tenga desarrollo óptimo de sus funciones y colabore con los miembros de la familia a que también ellos posean un repertorio de funciones maduras, es decir, un yo fuerte (Alveano, 1998). El padre ejerce la instauración de la ley, es decir, del superyo; es un mediatizador de la relación entre la madre y el niño interponiendo la prohibición. Para Lacan (1958, en Bleichmar, 1997) esta función es la que rompe la relación diádica madre-bebé, imaginaria, para dar lugar a la castración. Para que esta mediatización se lleve a cabo, la madre tiene que permitir que suceda por medio de la inclusión del padre y la asunción de su ley pues solo así el niño asumirá la castración para que el padre real, al imponer su ley, sea transformado en padre simbólico (Bleichmar, 1997).

En la cultura mexicana, es característico la indiferencia del padre, es decir, su ausencia afectiva, por ello la niña no cuenta con alguien a quien depositarle, durante el conflicto edípico, las cargas amorosas, dificultando la triangulación edípica al tener que desplazarse hacia otro objeto. El niño varón no se hace hombre por el simple hecho de su físico, para ello es necesaria la presencia del padre, éste imita y desea ser como su padre, logrando mediante este proceso identificarse con él, y es así como acepta la masculinidad. La instauración del superyo sufre dificultades al no asumir la castración ni la ley del padre ya que el hijo que no disfrutó de la

presencia regular del padre, consistente, capaz y afectuosa, está desprovisto de la posibilidad de esperar tranquilamente algo; sus deseos “actuales” reflejan sus deseos infantiles que fueron frustrados y reprimidos por lo tienen que ser satisfechos de inmediato dejando ver que su tolerancia a la frotación esta afectada (Alveano, 1998). La relación padre – hijo es un proceso bilateral, donde los hijos ejercen una influencia sobre el padre así como éste ejerce influencia en el desarrollo de los hijos; los hijos influyen de manera directa sobre la forma en que su padre los trata, determinando así, el modo en que son socializados.

En la historia de muchos adictos la figura del padre no es identificada como fuerte y como compañero para ser el sostén emocional de la esposa no siendo capaz de responder ante la relación simbiótica madre-hijo, ya que de esta manera evita hacerse cargo de las necesidades y exigencias de su pareja y/o hijo. Debido a esto, se establece una triangulación perversa, es decir, una desviación del conflicto o negación parcial aceptada siendo así que la función del padre se debate entre hacerse presente y/o ausente (Monroy, 2004).

La farmacodependencia y los vínculos familiares.

Los años más importantes para la formación del niño transcurren en el seno de la familia, en ella establece sus primeras relaciones objetales, estructura su personalidad, se siente protegido y seguro, o en el caso contrario, en el seno de la familia se originan las angustias, inseguridades que acompañan a los individuos en su vida. En ella, el adolescente es conectado con el mundo y transforma al niño en adulto (Estrada, 1997).

Cardeña y Vernet (1982) han enumerado como funciones de la familia con respecto al individuo las siguientes:

1. Proveer alimento, abrigo y satisfacción de necesidades materiales además de suministrar protección ante los peligros externos.
2. Abastecer unión social.
3. Ayudar al desplegamiento de la identidad personal ligada a la familiar.
4. Moldear los roles sexuales.
5. Ejercitar la integración en roles sociales y la aceptación de la responsabilidad social.
6. Fomentar el aprendizaje

La familia constituye un principio organizador en todos los niveles desde la cobertura de necesidades de supervivencia hasta las de integridad y bienestar de salud mental para el buen desarrollo del infante. Cuando un niño presenta trastornos psicológicos, es necesario preguntarse de la relación con la familia; los síntomas se manifiestan siempre cuando los padres son inadecuados, hostiles o rechazantes y en la medida en que no dan amor y seguridad a sus hijos (Estrada, 2000).

Al hablar de las familias con consumidores de drogas, se puede encontrar una problemática sociofamiliar, debido a que aparecen una serie de potenciales patógenos que se van desarrollando; la familia generadora de adictos conciente o inconcientemente presenta incapacidad para satisfacer las necesidades de dependencia de los hijos, los padres más bien procuran satisfacer sus propias necesidades utilizando a su hijo de manera hedonista debido a que no reconocen la realidad emocional del niño, dando como consecuencia que éste aprenda a reprimir su verdadero yo, es decir, comprometiendo su integridad y vitalidad emocionales erigiendo en su lugar un falso yo. El niño experimenta su propio yo como invisible y por lo tanto

impotente; de esta manera, sus sentimientos, percepciones e ideas se anulan a efectos de sostener los mitos familiares.

Kalina (1988) afirma que cuando en una familia se presenta una problemática de consumo de drogas es porque existen los siguientes factores:

- Una estructura preadictiva. Las adicciones y su concepción es ideológica, constituyen la problemática de una cantidad de individuos que están destinados a no ser, empero, ellos quieren ser y lo intentan a través de una identidad negativa. Gran parte de las familias hacen poco por sus miembros adictos, a los que considera son los “victimarios”, se da una especie de gran pacto para dejar morir a la mayor parte de ellos, porque si no hay que destinar inmersos esfuerzos como modificaciones sociofamiliares para recuperarlos.
- Una historia de malentendidos. Una historia que culmina con la supuesta autodefinición: “soy un adicto”, los roles esperados e ilusionados y los asumidos no siempre se definen con tanta claridad, por lo tanto surgen malos entendidos. Cuando en una pareja surgen diferencias en las expectativas al formar una nueva familia, evidentemente afectan a los hijos, ya que en esta dinámica, se busca el sacrificio del hijo farmacodependiente, éste neutraliza las demandas del producto del cambio de roles, es decir, ayuda a la familia a seguir funcionando. La interacción familiar se establece en comunicaciones verbales y no verbales, confusas, por lo que continuamente se emiten mensajes hacia los hijos, buscando al “elegido” al “hijo droga”, instaurándose el fenómeno interaccional de adaptación socio familiar de “hacer la vista gorda” (Kalina, 1988, p. 49).
- Problemática en los límites. Se trata de dejar claro los roles de cada uno de los integrantes de la familia, el significado del No tiene que ver con que la familia del adicto mantiene una estructura narcisista, es decir, una estructura simbiótica y amalgamada donde la

delimitación del self de uno no está lo suficientemente clara de la delimitación del self del otro, predominando la invasión de uno y otro, anulando los límites entre sí.

En estas familias predomina la manipulación como medio de interacción, el adicto es un manipulador por excelencia pues lo ha aprendido de la familia. Detrás de la manipulación se esconde la ansiedad, puesto que la familia no tiene límites y también busca las soluciones rápidas, es decir, es intolerante y no tiene capacidad de demora (Román, 2003). La mentira, los dobles mensajes, la falta de confianza en las palabras y el predominio del lenguaje de acción, el modelo tóxico adictivo, los pactos perversos, etc. son todos fenómenos que van configurando una estructura psicopatológica que genera uno o varios hijos que tienen profundos sentimientos de abandono, vivencias depresivas y que en la droga encuentran una ilusión de integridad y muchas veces hasta la identidad “Soy un adicto” (Kalina, 1988).

Kalina (1988) expresa que el hijo-droga al transitar en el proceso de desimbiotización recibe permanentemente mensajes contradictorios que le dicen: “no te desimbiotices”, “quédate conmigo”, “no seas”, o “se alguien que es un no-Ser”. En vez de ser un Ser para la vida debes ser un Ser para mi y por lo tanto para todo el sistema Vivo o muerto.

En estas familias siempre está presente el modelo adictivo, con o sin drogas. La mayoría son familias de fumadores, alcohólicos o consumidores de otros fármacos; se caracterizan por fumar o beber ante cualquier situación de ansiedad y con cualquier tipo de racionalización recurriendo a las soluciones rápidas para todo.

Washton y Boundy (1989 en Román, 2003) plantean rasgos de interacción como comunicación disfuncional, violencia sorda, intimidación, triangulación de la comunicación, carencia de modelos para la resolución de problemas, traumas, ausencia de alegría y diversión, es decir, la falta de límites, las conductas impulsivas y adictivas conllevan a intensas relaciones

narcisistas madre – hijo, con rasgos incestuosos, además que en esta etapa adquieren un nivel emocional tan violento que en ocasiones se llega a la actuación como una especie de culto hacia la familia, por lo que el adicto puede llegar a tener accidentes o sobredosis que lo pueden llevar a la muerte.

CAPITULO 4

Abordaje psicoterapéutico breve en el consumo de drogas con adolescentes.

La psicoterapia psicoanalíticamente orientada requiere del conocimiento adecuado del desarrollo psicológico humano, ya que ha de promover en el terapeuta convicciones que respalden las técnicas psicoterapéuticas directivas y concretas especialmente si hablamos de adolescentes con una problemática particular, a su vez, la psicoterapia psicoanalítica se interrelaciona estrechamente con las hipótesis del desarrollo de la personalidad y la psicopatología. Garma (1993, p.480) manifiesta que la “finalidad del tratamiento psicoanalítico es liberar al paciente de sus síntomas, angustias e inhibiciones, haciéndolo, además, más capaz de gozar y más eficaz en su trabajo”.

La psicoterapia de orientación psicodinámica se encarga de comprender el efecto que tienen las experiencias específicas de la vida sobre las personas; intenta comprender las percepciones actuales y que han sido distorsionadas por el pasado y que llegan a afectar los sentimientos y comportamientos actuales y de las respuestas derivadas de ellos. Bellack (1965), plantea que la psicoterapia se ocupa de los cambios de aquellas estructuras que necesitan cambiar para permitirle a las personas vivir mejor adaptadas, con menor sufrimiento subjetivo y menos peligro para otros.

Las intervenciones psicoterapéuticas son efectivas si el terapeuta está bien entrenado para proporcionar acciones específicas que promuevan el proceso terapéutico ordenado y previsible; esto es lo llamado técnica. La técnica psicoanalítica se refiere “a los procedimientos de intervención clínicos, terapéuticos e interpretativos que permiten definir el marco de la cura psicoanalítica. Junto a la reflexión sobre la transferencia, la contratransferencia, la regla fundamental y la abstinencia, y en el interior mismo de las modalidades de aparición del análisis

didáctico y de control” (Lagache, 2005, fuente 7). Para Bellack y Small (1965) la técnica sirve para guiar al terapeuta en varios pasos: Escuchar al paciente entendiendo sus comunicaciones acerca de sus distorsiones para hacer una interpretación ayudando al insight y promover una nueva gestalt. Se pretende que aplique el conocimiento por insight a una amplia gama de situaciones reales fuera del consultorio, también es importante el aprendizaje a través de la identificación e introyección del terapeuta. A través de la escucha, el terapeuta puede delimitar la demanda implícita o explícita y así identificar la relación de ésta con el deseo del paciente (Balanzario, 1984).

La psicoterapia breve con orientación psicoanalítica puede lograr, mediante el esclarecimiento de los aspectos básicos de una situación determinada, un fortalecimiento de su capacidad de adaptación realista con los significantes de la situación. La intervención se realiza en un tiempo limitado y fijado por las circunstancias: ofrece un clima permisivo, vínculos interpersonales nuevos, regulados que permiten la catarsis de las fantasías y temores provocados por la situación, se opera manteniendo en mente un foco específico.

Las intervenciones comprenden: pedidos de información y emisión de la misma, con características que permiten acercarse al diálogo, señalamientos, confrontaciones, aclaraciones e interpretaciones. El rol que se establece es cálido, no crítico, no se busca producir cambios en la estructura de la personalidad, pero sí de fortalecer las defensas del yo que faciliten su adaptación y recuperación durante la experiencia. (Fiorini, 1982).

Fases y elementos básicos del proceso psicoterapéutico con orientación psicoanalítica

La psicoterapia breve con orientación psicoanalítica cuenta con elementos básicos que de ser manejados adecuadamente permiten realizar intervenciones efectivas, estos elementos son: fases del proceso, alianza de trabajo, regresión, la resistencia, transferencia y contratransferencia.

Etchegoyen (1988) plantea que durante el proceso psicoanalítico se diferencian tres etapas con características definidas: inicial, media y final.

En la primera se inicia con la sesión primera y está caracterizada por los ajustes que se dan entre terapeuta y paciente al poner de manifiesto las expectativas de cada uno. La relación del paciente con el terapeuta da inicio incluso, antes de la primera entrevista (Albuerne, 1995). Inicia en el momento en que el paciente se percata que necesita ayuda para aliviar sus angustias, el dolor emocional y otros síntomas; se estructura la fantasía de cura en la cual se manifiesta con toda su intensidad las necesidades y el miedo inherentes a la personalidad del individuo (González, 1989). Constantemente se encuentra que los adolescentes o sus padres desean que la psicoterapia sea una cura mágica y que el terapeuta alivie de inmediato sus malestares otorgándole un poder prodigioso; al mismo tiempo, emerge la desconfianza por temor que el psicoterapeuta sea un charlatán que no provee de ayuda necesaria y que sólo aproveche la situación para obtener dinero y volverlos dependientes de él. De aquí la importancia de saber la fuente de referencia y la manera en que el adolescente fue canalizado a tratamiento. Es necesario valorar el funcionamiento de la personalidad del adolescente y la naturaleza de la problemática que lo indujeron a buscar ayuda; implica conocer su estilo caracterológico de adaptación a las experiencias, actitudes hacia figuras importantes en su vida y la manera en que los sucesos han influido en su desarrollo. Con éstos resultados se hace conveniente elaborar una formulación diagnóstica tanto clínica como dinámica para obtener una visión general del paciente adolescente donde se especifiquen los síntomas principales, alcances y limitaciones de su personalidad así como las fuentes básicas de conflicto y preocupaciones (Weiner, 1992).

En este encuentro personal el entendimiento empático o rapport es fundamental, ya que brinda el soporte o sentimiento esperanzador al paciente de que puede confiar y ser

comprendido; también implica que el psicoterapeuta ha podido experimentar en sí mismo la sensación de confianza y la posibilidad de comprender al adolescente, lo cual es básico para favorecer la aceptación (González, 1989).

Para Coderch (1987, en Albuérne, 1995) en esta etapa inicial, es necesario aclarar la estructuración del marco de trabajo terapéutico, relacionado con la frecuencia y duración de las sesiones, manera de llevarlas a cabo, el pago, duración del tratamiento así como la naturaleza de la confidencialidad, es lo conocido como el contrato terapéutico. En la psicoterapia este tipo de pacto es básico, en vista que constituye una parte importante al sentar los compromisos entre las partes, por parte del paciente, se compromete a colaborar con el terapeuta como se le pida; por parte del terapeuta, a tratarlo de maneras que se consideran aceptadas y aprobadas debido al carácter profesional (Menninger, 1974). Con el paciente adolescente, el contrato terapéutico no sólo se establece con él, sino además con los padres o encargados. Los aspectos del contrato deben quedar claros para evitar manejos resistenciales y obstrucciones al tratamiento; Osorio (1977, en González, 1989) explica que es necesario que el terapeuta trabaje con los padres durante las entrevistas iniciales con el propósito de motivar, interesar y comprometerlos a una labor responsable y favorecedora de cambios. Además quedará estipulado en el contrato que el paciente actuará con sinceridad, los padres respetarán el espacio terapéutico y el terapeuta guardará discreción profesional de lo ocurrido en el proceso sin comprometer la integridad del adolescente; es importante que cualquier intervención o duda que los padres requieran sea informado al paciente para preservar la confidencialidad, “Un buen contrato beneficia y hace más profesional a quien lo establece, además de protegerlo, y, por supuesto, beneficia también al paciente (González, 1989, p. 102).

Es necesario alentar al adolescente al trabajo psicoterapéutico, y esto sólo puede darse si desde el inicio la alianza de trabajo se da adecuadamente. La alianza de trabajo, para Greenson (1976, en González, 1989), es la parte racional y relativamente no neurótica que tiene cada persona frente al psicoterapeuta. El paciente adolescente aporta a la alianza de trabajo su deseo consciente o inconsciente de cooperar con el terapeuta. Aporta también su disposición a aceptar la ayuda del terapeuta para superar sus dificultades internas, también su aceptación de la necesidad de tratar los problemas internos y hacer un trabajo analítico que enfrente las resistencias internas o externas (González, 1989). La evaluación de la interacción médico paciente durante la fase inicial para formar la alianza de tratamiento, obtiene significados diagnósticos en relación con la gravedad del desorden, también proporciona significados pronósticos relacionados con el método de tratamiento; esta evaluación clínica de la capacidad del paciente para tolerar y cooperar con el terapeuta resulta esencial para desarrollar el proceso terapéutico (Sandler, 1973).

Es necesario recordar que en esta etapa es muy difícil de establecer la alianza de trabajo debido a que la personalidad se encuentra en movimiento y, por consiguiente, presenta diferentes necesidades a resolver de acuerdo a la fase en la que el adolescente se encuentre. Otra causa es que, técnicamente, se encuentran involucradas otras personas aparte del paciente como los son los padres, hermanos, amigos, tutores, etc. con los cuales también se debe cuidar la alianza de trabajo.

De acuerdo con González (1989), se deben cuidar en el establecimiento de una alianza psicoterapéutica adecuada los aspectos del desarrollo, además de los de la psicopatología particular del adolescente. El terapeuta de adolescentes ha de poseer determinadas características, como la disponibilidad para permitir y alentar la vinculación del paciente con su persona como un

objeto de transición, aptitud específica para responder afectivamente a las necesidades emocionales del chico, debe poseer características de personalidad que le permitan desarrollar una relación real para favorecer cambios en el paciente y estar adiestrado en el manejo técnico del material que surge en la situación terapéutica (López, 2001).

La segunda fase, la intermedia, es la más larga y en la cual se realiza el trabajo principal; Etchegoyen (1988) expresa que inicia cuando el paciente ha comprendido y aceptado las reglas del análisis, como son la interpretación, hablar en un ambiente permisivo no directivo, hablar de sí mismo, el contrato de trabajo, etc. Su duración es variable de acuerdo a la sintomatología y hasta que el paciente mejore su habilidad para comprender y controlar su conducta; es aquí donde el terapeuta puede iniciar la aplicación de los procedimientos técnicos como la interpretación de contenidos y conductas, señalar las resistencias, manejo de la transferencia y contratransferencia. El terapeuta adoptará una actitud flexible y adaptable a las necesidades del tratamiento; en la comunicación verbal debe ajustar su lenguaje al del paciente para facilitar la comprensión entre ambos (Albuerno, 1995).

La principal técnica para comunicar comprensión en psicoterapia es la interpretación (Weiner, 1992). Para que la interpretación resulte eficaz, es necesario decidir qué interpretar, cuándo hacerlo y cómo estructurar la secuencia interpretativa. La finalidad de la interpretación es hacer que el paciente se dé cuenta de algún aspecto de su funcionamiento psicológico del cual no era previamente consciente; el terapeuta debe ayudarlo a tener un insight, es decir, proveerlo de la posibilidad de comprender lo que le sucede (Sandler, 1973). Le ofrece la posibilidad, por una parte, de hacerse consciente del vínculo que existe entre sus ansiedades, sus defensas y las fantasías inconscientes; por otra , de sus dificultades en el trato con las personas alrededor, en el trabajo, familia y orientación en su vida (Coderch, 1987, en Albuerno, 1995).

El terapeuta debe ofrecer las interpretaciones con oportunidad y en la dosis apropiada, debe proporcionarla cuando esté razonablemente seguro que son adecuadas y pueden constatarse con base en aspectos ya tratados en la terapia. La dosis apropiada está en función de la frecuencia y viabilidad para que el paciente pueda asimilarlas. Weiner (1992) expresa que para estructurar una secuencia interpretativa se tienen que efectuar una serie de intervenciones graduales que vayan preparando el terreno para cada interpretación; estas secuencias van desde las construcciones, clarificaciones, confrontaciones hasta la interpretación misma. La secuencia debe avanzar de acuerdo a un propósito, ser congruente con los datos y de un modo que permita al paciente hacer objeciones o preguntas acerca de la naturaleza de la evidencia. Ante estas intervenciones, podrá confirmar al terapeuta el estar de acuerdo con lo que le ha explicado, podrá aparecer material que había permanecido reprimido o bien, verbalizará material que no estaba reprimido pero que había sido omitido (Coderch, 1987, en Albuérne, 1995).

En el proceso psicoterapéutico, el paciente puede mostrar incapacidad o renuencia temporal para ajustarse a los términos del contrato terapéutico; son fuerzas y elementos que se oponen al tratamiento y beneficiarse de él, lo cual es denominado resistencia (Sandler, 1973). La resistencia se origina en cuatro clases de motivación que se oponen al deseo consciente del individuo: resistencia al cambio, resistencia caracterológica, resistencia al contenido y resistencia de transferencia (Weiner, 1992). La primera hace referencia a la dificultad para abandonar los patrones actuales de vida, o tal vez a que no se acomodan a los nuevos patrones surgidos por el efecto de la terapia ellos a pesar de lo gratificante que pueda resultar. El segundo tipo de resistencia puede surgir cuando el paciente opta por estilos opuestos para manejar la experiencia afectiva y cognitiva propuestos en la psicoterapia, en la cual se pretende una integración de ambos tipos de experiencia, debido a la fijeza de los rasgos del carácter que pueden persistir aún

cuando los conflictos que les dieron vida originalmente hayan disminuido o desaparecido y que permanecen de manera aceptable por el paciente (Sandler, 1973). La resistencia de contenido alude al hecho de omitir o discutir ciertos aspectos de la persona y de sus experiencias, situación que puede ser dolorosa, vergonzosa o deprimente compartirla con el terapeuta. La cuarta se relaciona con las ideas y sentimientos desarrollados acerca del terapeuta; en ocasiones estas resistencias requieren más atención que los problemas por los cuales se solicitó la ayuda (Weiner, 1992). Es el tipo de resistencia relacionada con el actuar del terapeuta que no sea el interpretar; son los impulsos del analista de actuar según el papel que el paciente, en una parte de su personalidad, desea que el terapeuta realice (Racker, 1960). La identificación de estas actuaciones inconscientes son importantes para su manejo técnico a favor del conocimiento y ayuda del paciente.

Cualquiera que sea la fuente, la resistencia se manifiesta en conductas características que permiten al terapeuta identificar su existencia además de ofrecer información sobre el estilo de personalidad y fuentes de ansiedad del paciente. En el adolescente, las manifestaciones clínicas de la resistencia que mayormente aparecen son la transferencia y el acting out, otras que también son significativas son las inasistencias, la fijación en el tiempo actual para evitar hablar del pasado, problemas relacionados con el pago, los silencios y retardos además de las relacionadas con los conflictos propios de cada etapa del desarrollo adolescente (González, 1989). La identificación adecuada de la resistencia, señalamiento e interpretación oportuna permite al terapeuta reducir las interferencias y obstáculos que se presentan en el tratamiento, al tiempo de brindar la oportunidad que el paciente aprenda más de sí mismo.

Otros de los componentes esenciales del proceso terapéutico lo constituyen la transferencia y la contratransferencia. La interacción con el terapeuta provoca que el paciente

desarrolle una serie de sentimientos y actitudes positivas o negativas que originalmente estaban inspirados por otras personas y que son transferidos sin justificación real a la figura del terapeuta, se tiende a repetir aspectos de reacciones del pasado en el presente. En los adolescentes, la transferencia resulta más intensa, confusa y versátil debido a que éstos presentan cambios constantes tanto progresivos como regresivos; el terapeuta es para ellos una persona real, a la vez que un objeto transferencial (González, 1989). Para que el trabajo transferencial con los adolescentes sea más productiva, es importante mantener la transferencia positiva y que la regresión surgida sea puesta al servicio de Yo; técnicamente es necesario analizarla con el adolescente de la siguiente manera: presentación, esclarecimiento, interpretación y translaboración de las interpretaciones (Greenson, 1972, en González, 1989). Un punto importante es tener presente en qué momento el terapeuta es para el adolescente un objeto real en la sesión y cuándo es un objeto transferencial.

González (1981, en González, 1989) afirma que el tratamiento con adolescentes es caracterizado por una experiencia contratransferencial más intensa que con los adultos. La contratransferencia alude a las reacciones y actitudes inconscientes del terapeuta ante la transferencia del paciente; también puede surgir por la interacción paciente – terapeuta, en donde el pasado y el presente de la diada así como sus reacciones, forman una unidad que los fusiona en una situación emocional (Kernberg, 1979, en González, 1989). Cualquier paciente puede despertar cierta angustia transferencial como objeto de trabajo, sin embargo, dadas las características del proceso adolescente ésta angustia se vuelve más intensa por lo que el psicoterapeuta puede erigir sus propias defensas, resultantes de la relación, de su propia personalidad y lo particular de la profesión. Es básico que el psicoterapeuta tenga resueltos ciertos conflictos y aprender a tolerar emociones intensas como la ira, hostilidad, miedo o

depresión ya que de esta manera ayudará al adolescente a controlar su propia actuación y encontrar otras vías de escape más sanas.

Técnicamente resulta vital para la conducción terapéutica reconocer y controlar la contratransferencia para ponerla al servicio del paciente como elemento de comprensión de lo que le acontece, además de establecer con él una cierta distancia óptima pero al mismo tiempo permanecer en contacto tanto con sus sentimientos como con los suyos (Sandler, 1973); brinda la posibilidad de retroalimentarlo acerca de su problemática y cómo éste ejerce impacto en las personas a su alrededor (Weiner, 1992).

La tercera fase del proceso analítico que distingue Etchegoyen (1988), es la final. Esta fase tiene que ver con el planteamiento de los objetivos del tratamiento y con saber cuándo hasta dónde han sido alcanzados en un nivel satisfactorio. La relación contractual controlada cesa por acuerdo mutuo, aunque se espera que el proceso de autoanálisis continúe automáticamente con la expansión y creciente liberación de las funciones del Yo; se tiene entendido que el analista permanecerá a la expectativa por un determinado período de tiempo en caso de que la decisión de cesar el tratamiento no haya sido la correcta. Muchos analistas acostumbran dejar la posibilidad al ex paciente de realizar entrevistas ocasionales, inclusive hasta por algunos años en lo sucesivo (Menninger, 1974).

Con el adolescente, ésta terminación es planteada con base a los logros de cada etapa de desarrollo del periodo por el que atraviesa y a las cualidades psicopatológicas individuales; siempre deben estar dirigidas al paciente. Menninger (1974, p. 224) plantea que, en términos generales, se puede finalizar un tratamiento si el paciente muestra signos de una adaptación satisfactoria en términos de poder establecer “mejores relaciones consigo mismo, mejores relaciones con los demás y utilización más rendidora del trabajo, el juego y otras sublimaciones.”

González (1989) señala la importancia que la terminación sea completa y en conjunto entre el adolescente, sus padres y el terapeuta. Apunta cinco criterios necesarios para la terminación del proceso: la existencia de una comunicación libre; la medición de los progresos operados en el paciente; la reanudación del desarrollo psicológico normal y la posibilidad de que éste proceso continúe después del análisis; aumento en la capacidad para tolerar la ansiedad lo que implica una disminución de las actuaciones y por último es necesario que el adolescente tenga una adaptación renovada de la realidad.

La técnica de terminación del tratamiento con el adolescentes requiere cuidado especial debido al manejo emocional y al temor al fracaso, se hace necesario que esté al tanto de su terminación desde el momento en que se establece el contrato, es indispensable que lo vea como una expectativa del tratamiento, lo cual ayuda a manejar las fantasías de dependencia y sumisión. Se debe llegar a un acuerdo acerca de la terminación para facilitar la asimilación y posteriormente establecer una fecha y procurando no cambiarla, para Etchegoyen (1988) esta fase culmina con este acuerdo.

Al verbalizar y establecer la finalización del tratamiento ciertos fenómenos técnicos se manifiestan invariablemente, por lo que el terapeuta ha de estar alerta para manejarlos correctamente (González, 1989). Estos fenómenos son los siguientes: necesidad del adolescente de reconocimiento acerca de los cambios operados en él para obtener apoyo y hacer frente a la terminación; se presentan sentimientos de pérdida y abandono pero con la sensación que la experiencia terminará bien; reaparición de síntomas que permiten avaluar los logros e integridad para afrontarlos de manera diferente; pueden despertarse sentimientos de ira y coraje ante la terminación; se manifiesta la tristeza surgida por la inminente pérdida del terapeuta no sólo desde la relación transferencial sino desde la real haciéndose necesario comprenderla y verbalizarla;

emerge el temor de asumir mayor responsabilidad personal por lo que se debe apoyar el uso sano de recursos personales y familiares para hacerle frente y por último, ayudar a reorganizar sus actividades en la realidad externa para promover una decatectización gradual del proceso terapéutico.

López (2001) plantea que el tratamiento psicoterapéutico del adolescente no busca tanto lograr un insight profundo, sino que concentra sus esfuerzos sobre las funciones presentes y el desarrollo de la fortaleza del yo; detecta y modifica las defensas que interfieren con el crecimiento, respeta las defensas que el yo requiere para mantener su fortaleza, y ataca la regresión obligatoria necesaria para la progresión. El terapeuta de adolescentes tiene que haber adquirido técnicas específicas para utilizar en el tratamiento, a fin de tener una comprensión del paciente sobre su propio funcionamiento psicológico además de lograr una amplia visión sobre las diferentes alternativas en las que puede basar sus decisiones y situaciones futuras (López, 2001)

Consideraciones psicoterapéuticas en el abordaje con adolescentes consumidores de droga

La psicoterapia breve ofrece un medio de abordaje terapéutico excelente para la lucha del consumo de drogas; pues se trata de encontrar cuál es el papel que la droga juega en cada individuo de manera tal, que en el menor número de sesiones pueda el paciente y la familia llevar una vida más satisfactoria e integrada (Centros de Integración Juvenil, 1988). Las intervenciones son planificadas, los objetivos se especifican a corto tiempo con el fin de ayudar en situaciones específicas para evitar el avance de un malestar emocional, incluso, prevenir la reincidencia en el consumo de drogas. Se busca que el farmacodependiente “se encuentre en condiciones de organizar su vida sin necesidad de recurrir a la droga” (López, 1989, p. 299). Jerome (1977 en López, 1989, p. 295) recomienda que en “cualquier paradigma de tratamiento deben considerarse

algunas de las necesidades características de estos pacientes: mejorar sus relaciones con el grupo de pares; desarrollar actividades alternativas adecuadas; mejorar la relación familiar; desarrollar su autoestima; reforzar un comportamiento apropiado; incrementar la habilidad verbal, entre otras.” Además de trabajar sobre las recaídas, la psicoterapia breve, que actúa preferentemente sobre el Yo, resulta eficaz en el tratamiento de la farmacodependencia porque permite al paciente enganchar su propio deseo con el que identifica en el terapeuta; el objetivo “no es hacer una anatomía del Yo, sino del inconsciente manifestado en el Yo” (Balanzario, 1984, p. 63).

Las intervenciones terapéuticas con adolescentes adictos están encaminadas a “hacer una reeducación o a educarse cuando nunca lo hicieron, a pensar antes de actuar, a saber esperar, a escuchar al otro, en especial cuando requerimos su opinión, o cuando corresponde tenerla en cuenta, etc. “ (Kalina, 1988, p. 21). El adicto presenta dificultades para responder a la prueba de realidad y a la experiencia, no tiene conciencia de enfermedad, o de presentarla, la tiene disociada por lo que su vida gira en torno a la droga de manera que la tiene como si fuese un tatuaje, es decir, funciona egosintómicamente. Clínicamente y técnicamente se debe proceder a establecer el NO, concepto que simboliza los límites tan ansiados pero a la vez odiados para con ello favorecer, además, la emergencia de los estados de abstinencia (Kalina, 1988). Debe aprender leyes, límites que su familia no pudo enseñarle pues también son transgresores; límites que implican decir NO ya que su ideal de tratamiento es que lo dejen hacer lo que quieren.

En la medida que se enseña el NO, se le ayuda al adolescente a controlar los impulsos y la agresividad; al poner freno a las actuaciones se le va forzando a mirar en su interior, a pensar reflexivamente y a tomar en cuenta a otras personas. De esta manera, expresa Kalina (1988), se le enseña al paciente a hablar de sus conflictos en vez de actuarlos, que aprenda a hacerlo en el lugar y momento adecuado.

Al no tener conciencia de enfermedad el adolescente, no identifica ni asume las consecuencias de su adicción; acude a la consulta a curarse sin hacer cambios por lo que busca sabotear el tratamiento instrumentando las estrategias más sofisticadas que tiene a su alcance, de aquí la importancia que el terapeuta no caiga en las manipulaciones ayudándole a aceptar la cura como cambio y no como perfeccionamiento, esto último entendido como la meta ideal de seguir consumiendo pero procurando la máxima reducción del daño (Kalina, 2000).

Otro aspecto importante a trabajar por medio de todos los recursos técnicos de la psicoterapia, es la concientización del cuerpo disociado y negado; el cuerpo representa un límite que marca su finitud por lo que intenta sobrepasarlo, atacándolo y buscando una grandiosidad que no puede ser satisfecha; se defiende disociando su mente del cuerpo.

Para el adicto no existe el aprendizaje por la experiencia y no le importa el futuro, y si a esto se le suma la situación adolescente acerca de su dificultad para planear, el terapeuta debe desarrollar estrategias para ayudarlo a identificar y descubrir las señales de alarma e intentar evitar las actuaciones destructivas. El psicoterapeuta ha de ofrecerle la posibilidad de aclarar su situación interna por medio de la verbalización, es necesario que recupere la creencia en la palabra como medio de comunicación reemplazando la acción inmediata (Kalina, 2000).

Kalina (1988) apunta que, en la psicoterapia individual durante las primeras etapas, el objetivo debe centrarse en llevar al paciente a tomar conciencia de su enfermedad, para así producir una disociación útil en el Yo y tener una parte del mismo con la cual trabajar.

Cuando el adolescente tiene un yo debilitado, se vuelven necesarios la ayuda de elementos externos que le provean de fortaleza para cumplir con los retos que le impone la sociedad y la familia por lo que la droga resulta su motor en su vida (Monroy, 2004).

Los adolescentes de hoy han encontrado vías de comunicación en un mundo diferente al tradicional, sus necesidades son cada vez más sofisticadas y sus deseos son satisfechos en menos tiempo debido a la era de la tecnología, globalización y un mundo virtual donde la distancia y tiempo son conceptos confusos y ambiguos por lo que la tolerancia a la frustración se ve disminuida. Monroy (2004) expresa que todo esto hace que los jóvenes tengan acercamientos a temprana edad con la droga por dos motivos principales: la falta de amor y el abandono.

El tratamiento con adolescentes consumidores de drogas requiere tener todo el marco contextual y teórico para poder hacer un trabajo que implique el fortalecimiento de su yo empobrecido por medio de la identificación de conductas y actitudes que lo llevan a una destrucción y a un estancamiento en su desarrollo.

CAPÍTULO 5

Metodología de la investigación.

Planteamiento del problema

La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, presenta grandes cambios en las esferas biológica, psicológica y social; estos cambios enfrentan a los jóvenes con situaciones nuevas que tienen que aprender a manejar. Los intereses en el área sexual comienzan a incrementarse además de experimentar sensaciones, pensamientos y sentimientos que eran desconocidos. Por las propias características de la etapa adolescente, los jóvenes son más vulnerables ante situaciones peligrosas; un riesgo al que se encuentran expuestos es el consumo de drogas.

Bajo el influjo de la droga, la capacidad cognitiva, la capacidad de juicio y adaptación con la realidad de los adolescentes se encuentran distorsionadas, por lo que la probabilidad de experimentar con su sexualidad se incrementa y puede desencadenar en comportamientos riesgosos que atenten contra su sano desarrollo. De lo anterior se deriva la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las conductas sexuales de riesgo que presenta un adolescente consumidor de drogas y cómo la psicoterapia breve permite fortalecer conductas de autocuidado?

Objetivo General

Identificar las conductas sexuales de riesgo en un o una adolescente con consumo de drogas y su repercusión en conductas de autocuidado y/ o autodestrucción.

Objetivos Particulares

1. Identificar las conductas sexuales de riesgo más frecuentes en un o una adolescente consumidor de drogas.

2. Describir el significado de las conductas sexuales de riesgo en el adolescente consumidor de drogas.

3. Identificar conductas de autocuidado a fin de contribuir a la comprensión de la sexualidad adolescente consumidor de drogas.

4. Divulgar factores protectores que en el nivel preventivo fortalezcan conductas de autocuidado en adolescentes.

5. Reflexionar sobre la importancia de la relación permanente entre un consumidor de drogas y conductas sexuales de riesgo.

Hipótesis de trabajo.

- La identificación de las conductas sexuales de riesgo presentadas en el adolescente consumidor de drogas y su repercusión favorable o desfavorable en conductas de autocuidado.
- La psicoterapia breve con orientación psicoanalítica con adolescentes consumidores de drogas favorece la reflexión y detenimiento de las conductas autodestructivas.
- La intervención psicoterapéutica breve con orientación psicoanalítica ayuda al fortalecimiento de las conductas de autocuidado en adolescentes.
- Los comportamientos sexuales de riesgo y el consumo de drogas representan un intento de enfrentar la situación interna y externa del adolescente.

- Los comportamientos sexuales riesgosos y el consumo de drogas tienen un significado particular para cada adolescente.

Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo no experimental, transversal con un enfoque cualitativo basada en el método de Estudio de caso, también llamado caso clínico, que ha sido la unidad de investigación, enseñanza y aprendizaje de la psicoterapia en la observación naturalista; es un procedimiento descriptivo y uno de los primeros métodos usados para el análisis de individuos (Craig y Metze, 1982 en Albuerne, 1995). Mediante el, se pueden probar hipótesis relacionadas con diversos tipos de terapias o estrategias nuevas en pacientes individuales. El caso requiere tratarse con profundidad, buscando el completo entendimiento de su naturaleza, sus circunstancias, su contexto y sus características (Hernández, 1991). Este tipo de estudio contiene la descripción de las observaciones, pero no incluye definición ni manipulación de variables.

Técnicas de recolección de datos.

Para la recolección de datos se emplearon las siguientes (Bonilla, 2002):

Historia clínica. Este formato es el usado en la Institución que proporcionó los casos investigados, Dicho formato está hecho a partir de investigaciones realizadas en la institución; pretende recolectar la información necesaria para la elaboración de un diagnóstico psicológico y estrategias terapéuticas. Las técnicas de recolección se divide en la siguiente forma:

1. *EXPEDIENTE CLÍNICO.* Este expediente integra información de varios servicios en el que se incluye la Historia clínica, Entrevista Inicial, Estudio Social, Estudio Físico Neurológico y Diagnóstico Familiar. El psicólogo(a) es la persona responsable de integrar

tal expediente, se toman en cuenta todos los datos obtenidos de los estudios que ayudarán a la elección de la modalidad de tratamiento a seguir y sus objetivos.

2. *NOTAS DE EVOLUCIÓN DE SESIONES CLÍNICAS*. Es un formato en el que se plasma un resumen de cada una de las sesiones terapéuticas así como observaciones hechas al respecto al proceso.
3. *NOTAS DE SEGUIMIENTO DE LAS REUNIONES DE SUPERVISIÓN*. Son escritos sobre las observaciones hechas al caso en cuestión, estas observaciones se obtienen de las reuniones con el supervisor o supervisora del caso.
4. *ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA*. En esta se incluyó una guía de preguntas aclaratorias diseñada para obtener información sobre el rubro de sexualidad en la fase diagnóstica del formato de Historia Clínica. Dicha guía fue piloteada con jóvenes pacientes para tener seguridad acerca de la información que se pretendía obtener, si la forma en la que estaban redactadas era la adecuada y de acuerdo a sus respuestas se decidió estandarizarlas y hechas de un modo un tanto informal sin seguir necesariamente el orden. Las preguntas que contiene la guía se presentan a continuación.
 1. ¿Que fue lo primero que obtuviste sobre sexualidad?
 2. ¿Qué información fue la primera que obtuviste sobre sexualidad?
 3. ¿A que edad la obtuviste?
 4. ¿Cómo fue la situación en la que estabas cuando la obtuviste?
 5. ¿Cuáles fueron los primeros cambios que comenzaste a presentar?
 6. Cuando te tocas y sientes placer ¿en que piensas?

7. En las noches y durante el baño, ¿en qué piensas?
8. ¿A que edad fue tu primera relación sexual?
9. ¿Con quien fue tu primera relación sexual?
10. ¿Qué tipo de protección o método anticonceptivo usaste?
11. ¿Con qué tipo de personas has tenido relaciones sexuales?
12. ¿Cómo es tu conducta sexual cuando estas bajo el efecto de la droga?
13. ¿Han existido jugueteos, tocamientos, incesto o violación por parte de otra persona sin tu consentimiento?

Diseño de la investigación.

Fundamentación epistemológica

El estudio de las personas requiere de un trabajo específico, de una manera particular y sistemática de abordar la investigación. Para toda investigación se requiere tener fundamentos que guíen la construcción del conocimiento, en el campo de la Psicología y la psicoterapia, el estudio de la conducta y los fenómenos psicológicos necesitan ser observados desde puntos de vista objetivos pero a la vez particulares y únicos.

Analizar a una sola persona, es entenderla desde su propio contexto y como un todo. Un fundamento epistemológico es el derivado de la corriente denominada Estructuralismo, que concibe a cualquier objeto de estudio como un todo cuyos miembros se determinan entre sí, tanto en su naturaleza como en sus funciones, en virtud de leyes generales; aplica al conjunto, a sus partes y las relaciones de ellas entre sí (Pachuc, 2005).

Se concibe como una manera de pensar que inicia en la década de los sesentas con principales exponentes en diversas áreas de las ciencias humanas como en la antropología como Lévi-Strauss, en la crítica literaria R. Barthes, en el psicoanálisis freudiano J. Lacan, en la investigación historiográfica M. Foucault, o en corrientes filosóficas específicas como el marxismo L. Althusser. Los estructuralistas rechazan las ideas de subjetivismo, historicismo y humanismo, que son el núcleo central de las interpretaciones de la fenomenología y del existencialismo y tienden a estudiar al ser humano desde fuera y no desde dentro, como se estudian los contenidos de conciencia.

Este enfoque trata de elaborar estrategias de investigación que sean capaces de dilucidar las relaciones sistemáticas y constantes que existen en el comportamiento humano, individual y colectivo, y a las que dan el nombre de estructuras que son consideradas como relaciones profundas que, en gran parte, no se perciben conscientemente y que limitan la acción humana. La investigación estructuralista tiende a hacer resaltar lo "inconsciente" y los condicionamientos en vez de la conciencia o la libertad humana.

El estudio de casos pretende descubrir y analizar situaciones únicas, fomentar la comprensión de fenómenos y hechos sociales, generar preguntas de investigación, desarrollar la capacidad de observación de la realidad.

En esta investigación un apoyo fundamental es la hermenéutica la cual ofrece interpretación de los hechos. "Hermeios" se refiere al sacerdote del oráculo de Delphos. 'Hermes' fue el mensajero de los dioses que trató de transmitir lo que estaba más allá de la comprensión humana. La hermenéutica estuvo siempre relacionada con la interpretación de la escritura (Bleichmar, 1997) y los textos para conocer su verdadero sentido (Bonilla, 2002).

Sus postulados fundamentales son: Los conocimientos nuevos derivan de conocimientos previos, al tratar de entender textos u otras personas se debe intentar hacerlo en sus propios términos, el intérprete debe dejar sus propios puntos de vista para entender a las personas o textos en sus propios términos y no en los de él. También la comprensión implica movimiento circular: ir de la parte al todo y viceversa; la armonía de las partes con el todo es esencial, el conocimiento queda abierto por lo que está la posibilidad de mejorarlo. Por medio de la interpretación se puede conocer más de un texto o persona que lo que la misma persona suponía, se procura validar las comprensiones dentro del escenario histórico. Debido a las diferencias culturales entre la persona que interpreta y el texto exigen una rigurosa aplicación del método hermenéutico.

Procedimiento y técnica de análisis.

1. Fase diagnóstica: integración del expediente clínico.
2. Notas de evolución: se registra el contenido de cada sesión y se determina una meta terapéutica.
3. Notas de seguimiento de la supervisión: registro de las observaciones asociadas al foco terapéutico.

CAPÍTULO 6

Resultados: reporte de caso

Historia clínica

Daniela acudió a tratamiento a la edad de 13 años llevada por su madre la cual se enteró del consumo de drogas debido a que otra de las hijas consume también y ella fue la que habló acerca de la situación. La madre expresó que buscó la ayuda “para que ya no lo siga haciendo porque puede llegar a más”, por su parte, Daniela sólo pudo decir “me preocupa.... llegar a una adicción”.

Proviene de una familia compuesta por padre y madre, es la cuarta de 5 hijos en total. La familia es de posición socioeconómica media venida a menos debido a un quiebre económico propiciado por malos manejos del padre y alcoholismo del mismo. Padre y madre trabajan la mayor parte del día en una ferretería que es propiedad del hijo mayor, quien ha asumido la responsabilidad económica a lo cual los padres le han conferido derechos de mando con el resto de los miembros de la familia. La hija mayor es casada y vive fuera del hogar; otra de las hijas, Ema, de 22 años estudia filosofía y también se ha iniciado en el consumo de drogas. El hermano menor está finalizando la primaria.

En los datos más significativos obtenidos en los demás estudios como el Socioeconómico, Examen Físico y Diagnóstico familiar se encontró lo siguiente:

La madre refiere que no esperaba a Daniela, pues nació después de 9 años ya que se había “operado”, teniendo problemas de retención de líquidos por lo que el parto fue vía cesárea. Manifiesta que llegó a “revolucionar” todo y a cambiar el clima familiar pues siempre ha sido muy lista, segura e independiente, aunque aclara que por no tener el tiempo suficiente para

atenderla le daba de comer cualquier cantidad de “gusguerías” para que no diera lata y estuviera tranquila, por lo que ahora tiene un poco de sobrepeso.

Daniela expresa que en general se lleva bien con la mayoría de la gente, ha estado en dos escuelas primarias debidos a los cambios de residencia familiar, no ha reprobado año aunque sí algunas materias como en el caso de la secundaria; la han reportado por problemas de conducta y por “echarse la pinta”, la madre ha tenido que acudir a solucionar los problemas para que la admitan de nueva cuenta.

Debido a los problemas económicos a los que se han enfrentado, los padres han estado trabajando la mayor parte del día, cada quien atiende sus propias necesidades por lo que existe poca comunicación,; el hecho que el hermano mayor asuma el rol de padre molesta a la mayor parte de los hermanos porque constantemente son peleas y gritos en la casa, Daniela refiere que ella observa que la madre tiene preferencia con los hermanos mayores puesto que siempre la esta comparando con ellos y pareciera son los que tienen la razón por lo que los otros 3 se viven hechos a un lado. Se registra una estructura con límites difusos en los integrantes pues la pareja conyugal ha tenido demasiados conflictos creando alianzas y distanciamientos entre los hijos, el padre se mantiene periférico de la familia y se escuda en el trabajo, la madre a toda costa trata de devaluar al padre y resaltar a su hijo mayor.

Comenzó el consumo de alcohol y drogas por curiosidad además de tener amigos consumidores que le decían que se sentía bien; la primera vez probó cocaína inhalada pero manifestó no sentir nada, comenzó a consumir cervezas en compañía de sus amigos. Para salir a la calle le mentía a su mamá pues le decía que andaba con sus amigas y se iba a unas canchas de futbol cercanas al fraccionamiento donde habitan, dejaba que se le pasara el efecto y entonces regresaba a la casa. Continúo probando pastillas que nunca supo que tipo eran, sintió otros

efectos pero no le agradó mucho, así que meses después probó la mariguana en compañía de su hermana y sus amigos. Expresa que al tomar cerveza lo hacía hasta embriagarse para ver que se sentía además de estar a tono con sus amigos pues le decían que era una miedosa y ella no quería parecerlo.

Ha tenido algunos novios pero “no han sido muy en serio”, han sido de la misma escuela donde estudia pero terminan por cualquier cosa. Meses antes de acudir a tratamiento comenzó a salir con un joven mayor que ella denominado El extraño, del rumbo de su fraccionamiento, salió junto con su hermana Ema (consumidora también) la cual comenzó a besarse con su acompañante, ante esto, El extraño le dijo que si se quedaba más rato y se iban a las canchas también se besarían, ante tal oferta aceptó. Pocos días después acudió a una fiesta a escondidas de la madre, bebió demasiado y fumado mariguana, El extraño le propuso tener relaciones sexuales y ella aceptó, expresa, “se me hizo fácil”, no tenía planeado hacerlo pero en ese momento no lo pensó. Manifiesta que en ese momento no sintió nada, regresó a su casa hasta que se le bajó un poco para que no la descubrieran, pero su hermana se enteró pues también estaba en la fiesta siendo ella quien le dijo a la madre sobre la situación de las dos.

Días después volvió a encontrarse con El extraño, el cual seguía insistiendo en volver a repetir la experiencia, Daniela se negó porque recordó que la madre le decía que eso era “cochino”, aunque si le seguía llamando la atención.

Clave psicodinámica

En la Entrevista inicial, la imagen de Daniela fue agradable aunque un poco renuente al inicio, sobretodo cuando la madre verbalizaba la situación actual haciendo muecas de disgusto, con actitudes de reto. A pesar de tener 13 años de edad, aparentaba más debido a su complexión robusta, estatura, sobrepeso, tez blanca, cabello largo y lacio. En presencia de la madre Daniela

hablaba poco, algunas veces hacía gestos de negativa ante lo que ella decía, estando a solas manifestaba su desacuerdo, se percibía poca o nula conciencia de enfermedad pues acudió más por la presión de la madre y por su hermana (también consumidora de drogas). Conforme pasaron las sesiones se sintió más en confianza y su discurso fue más fluido así como su actitud, ya que acudía sola pues la madre argumentaba que no la podía acompañar por el trabajo, pero en ocasiones llamaba al Centro de Integración para saber si había asistido.

Daniela creció sin mucha atención, pues la madre y padre pasaban la mayor parte del tiempo en los negocios familiares y debido a la situación económica tenían que vivir por un tiempo en el negocio, por lo que si la madre estaba muy ocupada le daba algo de comer para que la niña se entretuviera o se la encargaba a las hijas mayores para que la cuidaran. Pareciera que las funciones de maternaje se llevaron a cabo de modo parcial dando lugar a que la niña desarrollara una aparente independencia y terquedad, revolucionando todo el sistema familiar imperante, con el afán de obtener la atención requerida. Este parcial maternaje, la madre intentó suplirlo mediante el alimento, pues cuando la niña clamaba atención se le daba “gusguerías” (golosinas) para que se calmara y no diera lata, provocando dificultades en los hábitos alimentarios de la paciente.

Aunado a esto, parece que la llegada de su hermano menor provocó también que la niña prosiguiera con estas conductas de independencia para tratar de conseguir lo que necesitaba a costa de todo, consolidándose como una niña caprichosa y demandante capaz de convencer al padre de sus peticiones entrando en rivalidad con la madre.

Al inicio del proceso, Daniela mostró adecuada percepción de la realidad, aunque con dificultad para medir los riesgos a los cuales está expuesta como lo son el consumo de drogas y las conductas sexuales de riesgo. Ubicada en persona y lugar, sin embargo llama la atención la

manera de narrar las cosas como si hubiesen pasado hace mucho tiempo, producto quizá de su desorientación temporal adolescente. Su lenguaje es acorde a su edad, y trata de hablar de las situaciones con tal naturalidad minimizando los riesgos.

A Daniela le faltó atención materna y mayor involucramiento por parte del padre, pues a este siempre lo percibió distante y sin autoridad, ya que la madre siempre ha fungido como la fuerte y él hecho a un lado, formándose enojo ante ellos por no ser lo suficientemente claros en sus roles, pues los hermanos mayores han jugado el rol de padres, figuras y modelos para identificarse.

Conjuntamente se encuentra que Daniela se ha desarrollado en un ambiente social poco favorecedor y carente de supervisión así como de acompañamiento parental adecuado, se ve influenciada y orillada a una sexualidad precoz y consumo de drogas pues es el ambiente que prevalece a su alrededor y que de alguna manera la mantienen ocupada tratando a toda costa de probar los límites de la madre, obtener atención actuando en contra de las normas establecidas, mintiendo y rompiendo las reglas.

Daniela intentó ser vista por medio de su conducta sexual de riesgo y consumo de drogas, pues cuando fue descubierta la madre deja de trabajar tanto tiempo para vigilarla y estar pendiente, teniendo una conducta ambivalente hacia ella; por un lado pareciera que anhela ser la única, tenerla cerca y por otro desea alejarla como en un intento de ser independiente.

Los mecanismos defensivos más utilizados eran la negación, escisión, represión y a pesar de ellos experimentaba un trastorno distímico con estado de ánimo irritable de inicio temprano en la infancia, así como rasgos sociopáticos.

A pesar de todo esto Daniela presentó áreas libres de conflicto que le han permitido desenvolverse en el mundo con libertad, llevar a cabo tareas que impliquen trabajo intelectual, relaciones sociales y establecer una buena alianza terapéutica y de trabajo. Se pudo percibir buena capacidad para relacionar eventos que ocurrían en el presente con cierta dificultad para percatarse de los riesgos.

Se observó tendencia a la actuación, con un superyó un tanto laxo pero otras veces provocando sentimientos de culpa identificado con la madre, lo cual provocaba que cesaran algunas conductas como dejar de tomar o relacionarse con los chicos de su entorno.

Proceso psicoterapéutico.

Primera sesión.

Daniela llega acompañada de su mamá, la cual pretende entrar a pesar de haberle explicado en la sesión de devolución que se trabajaría sólo con la paciente. Llegan 15 minutos tarde, Daniela luce seria aunque cooperadora.

T. Se te hizo un poco tarde

P. (con risa) Es que a mi mamá se le hizo tarde, tuvimos que tomar taxi y ya venía regañándome, lo bueno es que se va a quedar allá abajo que si no seguiría hablando de esto.

T. ¿Te agrada la idea que se quede allá abajo mientras tu estas aquí conmigo?

P. Sí, me siento mejor, las otras ocasiones me molestaba porque no puedo hablar, además que solo se la pasa regañándome y no estoy de acuerdo en cosas que dice, creo que exagera.

T. ¿Y qué te parece acudir a tratamiento conmigo?

P. Me puede ayudar pues consumir drogas no esta bien... me siento en confianza contigo, aunque mi hermana se molestó que tu me atendieras porque dice que primero la atendiste a ella, pero yo no tuve la culpa.

T. ¿Qué imaginas que puedes encontrar al acudir aquí?

P. No se... pues supongo que no vuelva a drogarme y que me porte bien pues ahora sí mi mamá dice estar muy preocupada y hasta me trae

T. Pues sí, es importante que aprendas a cuidarte y a no ponerte en situaciones de riesgo, como lo es consumir marihuana, tomar cervezas o volver a tener relaciones sexuales en esas condiciones.

P. Esta bien, creo que eso me puede ayudar, además así mi mamá ya no me va a estar molestando.

T. Bueno, pues va a ser necesario que platiquemos sobre la manera de trabajar, por ejemplo, que vas a venir los lunes a las 4 de la tarde durante 16 sesiones sin faltar para que puedas hablar sobre las cosas que te pasan ¿Qué tal?

P. Esta bien... (echa una mirada alrededor) me gusta más este consultorio que el otro donde la trabajadora social nos hizo la entrevista...

Inferencias interpretativas

La llegada tarde es una señal de resistencia que había estado presente desde el inicio de la fase diagnóstica manifestándose en esta sesión inicial y con la cual se tendrá que trabajar durante el proceso. La paciente muestra parcial conciencia de enfermedad depositando en su madre la responsabilidad del inicio de tratamiento. Pareciera que Daniela al fin obtiene la preocupación y la atención de la madre a través de la manipulación que ejerce en la familia, colocándose en situaciones de riesgo debido a su yo empobrecido y a su vulnerable superyo.

Segunda sesión

P. (Llega al consultorio acompañada de su mamá y un poco seria);Hola! Ahora si llegamos temprano porque le anduve diciendo a mi mamá que tocaba cita pero ya se le estaba olvidando así que tuvimos que tomar taxi..

T. ¿Y a que se debe su olvido?

P. Quien sabe, así es, dice que le importa mucho pero de pronto ya no se acuerda de estas citas; pero ahora me siento presionada porque antes ni me veía y ahora me esta cuidando siempre; no le gusta que las puertas esten cerradas y se molesta que cierre la puerta de mi cuarto por lo que va y toca y grita que abra la puerta para estarme viendo, ha estado más tiempo en la casa desde que le dijeron que tenía que estar más pendiente, pero es difícil porque me siento muy vigilada pues no estoy acostumbrada a su presencia..

T. y además de sentirte vigilada, ¿qué más sientes con estos comportamientos de tu mamá?

P. me incomoda, creo que exagera, porque no puedo estar ahora tranquila pues piensa que estoy haciendo algo... la verdad no hay nada nuevo en la casa, la familia sigue igual.. el otro día venimos a la cita de toda la familia, mi papá sólo se enoja y dice que mi mamá es una “tapadera”, todos dicen que sienten culpa, mi mamá vergüenza y mi papá siente que fallamos.

T. ¿Y tú que piensas?

P. que todos son unos mentirosos, se preocupan de momento pero luego todo sigue igual porque siguen con sus mismas cosas, es lo mismo.

T. Por lo que dices, entonces pareciera que todo esto que haz estado haciendo de consumir drogas ¿no ha servido de nada?

P. Yo no lo hice por eso, pero de alguna manera esperaba cambios, pero veo que no..

T. Entonces estas decepcionada porque esperabas recibir atención de manera distinta, pero lo que me llama la atención es que ahora que “por fin” mamá te hace caso no la toleras porque no sabes como estar cerca, ni ella se ha acercado a ti como tú lo necesitas.

P. (pensativa) a lo mejor sí, no se, pero me cuesta trabajo y me enoja que me vigile todo el tiempo..

T. Bueno, quizá es necesario seguir hablando de todo esto y de cómo haz intentado llamar su atención de maneras diferentes.. ¿te parece si la siguiente sesión continuamos? Recuerda llegar puntual..

P. está bien, tendré que recordarle a mi mamá o a lo mejor venirme sola..

Inferencias interpretativas

Se muestran las relaciones distantes y conflictivas entre los miembros de la familia así como la relación contradictoria entre la madre y Daniela. El consumo de drogas ha venido a representar el detonante y manifiesto de la disfunción familiar; la paciente se muestra decepcionada ya que posiblemente la fantasía era obtener cuidados como siempre lo ha deseado pero nuevamente aparece el doble mensaje y la relación ambivalente al desear estar cerca pero no saber tolerarse, no sólo con la madre sino con los otros miembros de la familia. Los olvidos de las citas y la aparente preocupación de modo excesivo sirven para expiar la culpa que la madre ha tenido y negar la preferencia que ha tenido por los hijos mayores.

Tercera sesión

Llega 15 minutos tarde y sola, entra al consultorio y expresa:

P. Llegué tarde porque me vine sola y en taxi porque mi mamá no se acordaba y dijo que a lo mejor no podía traerme, así que le dije que yo me venía sola...

T. ¿Y tú no le habías recordado la cita desde antes?

P. En la mañana se lo dije, pero así es, dice que le importa pero a la mera hora se le olvida... me he estado acordando de mis mejores amigas, pero ellas ya no viven aquí...

T. ¿Dónde viven ahora?

P. Cinthya se fue a vivir a los Ángeles, Julieta se fue a Colorado y Estefanía está en Guanajuato.

T. ¿Qué te hizo recordarlas?

P. No sé, de pronto me acordé porque las extraño, nos llevábamos bien, aunque sufrían un poco pues a Cinthya la violó su papá, la mamá de Julieta la prostituía con hombres, la única que más o menos estaba bien era Estefanía aunque sus papás a veces no le ponían mucha atención... nos reuníamos en la escalera de los departamentos y platicábamos, otras veces avisábamos para irnos a las canchas de la colonia y ahí unas veces llegamos a tomar cerveza, pero luego nos cuidábamos para que no nos fueran a cachar por el aliento... casi nunca se fijaban porque mi mamá no estaba en casa, otras veces mi hermana Ema si me veía y me decía cosas pero yo no le hacía caso.

T. ¿Cómo te sientes sin tus amigas?

P. Pues triste, ahora no tengo con quien platicar ni salir por las tardes...

T. ¿Qué tendrá que ver que te estés acordando de ellas y ahora que parece que tu mamá te pone más atención se le olvide tu cita?

P. Mmm, no sé (pensativa)... pues a lo mejor que me he sentido sola porque mi mamá está haciendo lo mismo de antes, como que igual, no me entiende... no la aguanto, hasta he pensado en morirme...

T. Parece que estas separaciones te han puesto muy triste y te sentías identificada con tus amigas porque al parecer todas compartían cosas que las hacían sentirse iguales, como los problemas con su familia, la falta de atención y el sentirse solas, ahora que no están no tienes con quien

compartir todo esto, especialmente cuando tienes diferencias con tu mamá al grado de pensar en morirte..

P. puede ser que sí, a veces no se que hacer, me desespero en casa, cuando estaba chica, como de 6 años lo pensaba porque veía que mi mamá tenía preferencia por mis hermanos los mayores, siempre que yo le llamaba no me hacía caso, o me daba alguna golosina para que no diera lata.

T. Cuando piensas en morirte ¿A qué te refieres?

P. Pues fíjate que suena medio loco, pero he pensado en darme un balazo (se sonríe).. también se me ha ocurrido en tomar pastillas.

T. ¿Qué más te imaginas?

P. Me imagino también cortarme la yugular, pero me da miedo porque desearía una muerte rápida..

T. ¿Te imaginas a alguien más en estas escenas?

P. La verdad sí, me imagino a mi mamá cuando me encuentre, veo su cara llena de sorpresa y empezaría a llorar muy arrepentida, lloraría tanto que se llenaría de culpa por todo lo que está pasando, pensaría que es su culpa..

T. ¿Qué sientes cuando imaginas todo esto?

P. Pues me da risa, me siento liberada de imaginar todo esto porque quizá no podría hacerlo...

T. Parece que toda la situación familiar te tiene triste y confundida, te sientes sola e incomprendida y esos deseos de morir son una manifestación enorme de tu necesidad de cariño y atención, quizá por eso en tus fantasías incluyes a tu mamá pues al llenarse de culpa te tendría siempre presente y no te olvidaría como te has sentido todo el tiempo.

P. No lo había pensado, a lo mejor sí..

T. Puede ser que no te animes a hacerte un daño de esta manera, pero fíjate como al consumir drogas y ponerte en riesgo con tus comportamientos sexuales es una manera de dañarte y conseguir atención, ¿qué piensas?

P. Mmm, no sé, suena raro pero puede ser que sí porque a veces digo que ya no voy a hacer y nuevamente lo hago..

T. Bueno, me parece que avanzamos mucho en esta sesión, ¿te parece si continuamos hablando de esto la próxima?

P. Esta bien, es interesante poder platicar todo esto sin que te asustes..

Al salir de la sesión, la madre había llegado y externó que Daniela ya no quería venir.

Inferencias interpretativas.

Esta sesión se muestra muy fluida, parece que la paciente siente mas confianza para poder hablar de todas sus fantasías al sentirse acompañada, sin embargo prevalece la ambivalencia en el vínculo como con la madre, por un lado intenta confiar, pero por otro le da miedo acercarse de ahí la amenaza de ya no acudir. Esta amenaza es lanzada como una manipulación y chantaje para seguir teniendo atención y cuidado por parte de la madre, al igual que las fantasías de muerte dirigidas así misma relacionadas con los sentimientos de abandono. Se manifiestan abiertamente la gran necesidad de atención y cariño así como el resentimiento a la madre, al llenarse la madre de culpa estaría siempre pendiente de ella para no olvidarla. Se vive sola y poco contenta con su entorno familiar.

Cuarta sesión

Llega 30 minutos tarde, argumentando que se le olvidó a su mamá la cita

P. otra vez se le olvidó a mi mamá, así es, como que ya no le esta importando mucho, además con lo que sucedió la semana pasada, pues menos.

T. ¿Qué ocurrió?

P. Mi hermana Ema se intoxicó, no se sabe con qué pero se empezó a sentir mal y tuvieron que llevarla al hospital, parece que era una hierba rara y quizá era venenosa pero me echaron la culpa de eso.

T. ¿Porqué?

P. Es que estábamos en la casa de unos amigos, empezamos a fumar marihuana todos y uno de ellos sacó unas hierbas y comentó que con eso se sentía bien, yo las tomé y me comí unas hojas pero luego ya no lo hice porque no me gustó, mi hermana me dijo que no lo hiciera pero no le hice caso, le dije que no pasaba nada así que ella siguió comiéndolas y nadie decía nada, todos estábamos riendo hasta que nos fuimos a la casa y ella empezó a sentirse mal, a vomitar hasta que la llevaron con mi padrino que es doctor.. le hicieron un lavado y algo le inyectaron para controlarla..

T. ¿Tú fuiste al médico?

P. No, yo me quedé en la casa pero cuando regresaron me empezaron a regañar pues todos dijeron que yo tenía la culpa de lo que había pasado..

T. ¿Quiénes son todos?

P. Primero mi mamá y luego mis hermanos mayores, dicen que yo tengo la culpa porque sonsaco a Ema, pues ella les contó todo lo que pasó y al parecer yo quedé como la que la induce a hacer esas cosas, mi papá no dice nada, como que le da lo mismo..

T. ¿Por qué crees que dijeron que tú la induces?

P. No se, siempre han dicho que yo soy terrible, además porque seguramente ella les dijo que yo también las probé y que lo hizo porque yo también lo estaba haciendo, pero yo no la obligué a que comiera, ella “por mensa”...

T. ¿Y cómo te sentiste por esta situación?

P. Pues me dio mucho coraje, porque mi hermana es una hipócrita, siempre pone cara de “santa” como que no hace nada y yo quedo como la mala, pero no entiendo como mi familia puede pensar eso, ella es mayor que yo, no es lógico que yo tenga más influencia, lo que pasa es que se muestra como una “mosquita muerta” para dejarme mal, eso me enoja mucho...

T. ¿Y qué más te hace sentir?

P. También me da tristeza, pues no entiendo porqué me culpan así, parece que yo soy todo lo malo de la casa y cualquier cosa que ocurre es mi responsabilidad..

T. ¿Y a que se debió que fumaste marihuana?

P. Bueno, es que estábamos todos juntos en la cancha de futbol, de pronto empezaron a decir que porqué no nos íbamos a la casa del “extraño”, y todos dijimos que sí, y ya estando ahí sacaron la marihuana y la hierba esa, yo no estaba muy segura pero accedí porque me sentí muy presionada por todos..

T. ¿También por tu hermana?

P. Mmm, fíjate que cuando ella me dijo que no lo hiciera me pareció muy miedosa así que por eso probé esas hojas raras, pero como no me agradó ya no seguí comiéndolas, así que me ofrecieron la marihuana y acepté para que ya no dijeran nada, también Ema fumó y luego ya nos fuimos, estamos un poco relajadas por la marihuana, pero mi mamá no se dio cuenta, hasta que mi hermana se empezó a sentir mal..

T. ¿Y con tu hermana haz hablado del evento?

P. No, sólo le dije que era una hipócrita por decir todas esas cosas, pero ella dijo que tenía que decirlo porque yo estaba actuando mal, pero en último caso las dos estamos mal porque seguimos probando la droga pero parece que eso no importa ya que yo soy la mala..

T. Parece que te esta costando trabajo tolerar la presión hacia el consumo, y cuando intentas alejarte algo sucede que vuelves a estar cerca de esas situaciones de riesgo.. pero es significativo

cómo al sentirte presionada y vigilada por tu hermana te empeñas en demostrar lo contrario, que eres fuerte y no importa nada, lo que provoca que quedes frente a tu familia como la “mala” y con capacidad para manejar tu alrededor incluida tu hermana, cuando en el fondo quizá lo que buscas es que te ayuden a poner límites y te digan qué hacer para no dañarte.. ¿Qué piensas?

P. Mmm, puede ser que sí, es raro esto, porque todo me lo echan y yo no soy la única culpable, en lugar que mi hermana me diga que hacer, ella hace lo que supuestamente yo le digo, no es lógico...

T. Y además de todo sigues llegando tarde lo cual impide que continuemos abordando estos temas con más detenimiento, dices que a tu mamá se le olvidó pero también es tu responsabilidad recordarle, pareciera que te resistes al cambio también y quizá entonces lo mejor sería continuar igual... es importante continuar hablando de esto, pero tienes que hacer el esfuerzo por llegar puntual, pues de otra forma es como seguir manejando tu entorno para no escuchar lo que debes oír..

P. (sonríe) Está bien, pero de verdad que no es mi culpa, parece que mi mamá ya no me quiere traer, quien sabe porqué, a lo mejor piensa que no voy a cambiar, pero ella tampoco cambia...

T. Bueno, pues es necesario pensar en todo esto ¿te parece si continuamos la próxima sesión? Pero tienes que venir, pues no me extrañaría que faltaras o que volvieras a llegar tarde Daniela..

P. Esta bien (sonríe).

Inferencias Interpretativas

La paciente sigue empeñada en actuar de manera contraria como una manera de negar su situación, retando su alrededor para controlar su estado interno lleno de deseos de atención.

Daniela representa un elemento fuerte en la familia, capaz de llegar y “revolucionar” el sistema familiar representado por la manera en cómo la madre se embarazó; parece que al “sonsacar” a sus miembros para realizar lo que ella desea satisface sus necesidades afectivas. La atención de la

madre está disputada por las dos hermanas, quienes usan el consumo para quedarse con ella. Ambas hermanas buscan una madre, pero ella se encarga de decirles que no la tienen.

Las resistencias de la familia hacia la cura están presentes manifestadas en los retardos, el estar culpando a la paciente, la poca vigilancia, las inasistencias al tratamiento así como los permanentes olvidos de la madre de las sesiones. Otra manifestación de las resistencias de la familia son los intentos de que Daniela ya no acuda a consulta.

Quinta, sexta y séptima sesión.

No asiste, llama para avisar la cancelación, la primera y la segunda porque se les hizo tarde y la tercera porque enfermó.

Inferencias interpretativas

Siguen manifestándose las resistencias, por lo que es necesario seguirlas trabajando para comprometer a la paciente a su tratamiento, ya que sigue fuertemente aferrada a su papel dentro de la familia de mantener la homeostasis de la enfermedad; el padre continúa ausente ante la situación, lo cual la paciente capitaliza muy bien para seguir obteniendo ganancias secundarias y no comprometerse con su cambio.

Octava sesión

Llega 5 minutos después y se comienza a abordar el motivo de sus inasistencias, ante lo cual expresa:

P. Es que mi mamá no podía traerme y entonces llamó para avisar, en las otras dos se le hizo tarde y ya no pudimos llegar.

T. ¿Y tú te acordabas?

P. Bueno, una vez no me acordé y ya no alcanzamos, las otras si me acordé pero cuando llegué de la escuela ella no estaba y ya no alcanzamos.

T. Te das cuenta que cuando empezamos a hablar acerca de la dificultad de poner límites y de la necesidad de cambiar para ya no ponerte en riesgo vienen estas cancelaciones, lo cual imposibilita que sigas reflexionando para modificar tus conductas; sigues sin comprometerte y de pasada responsabilizas a tu mamá por todo, pero pienso que tú también contribuyes para seguir igual, ¿Qué te parece esto?

P. Mmm (se queda un momento pensando), es que no lo había visto así, porque mi mamá es la que empieza a decir que ya no me va a traer, y entonces yo me enojo y le digo que está bien..

T. Date cuenta cómo reaccionas ante estas amenazas, parece que es un juego entre las dos donde se manipulan mutuamente.. ¿Para que te sirve venir?

P. Pues me sirve para hablar, para entender qué me pasa y cómo hacerle para no volver a consumir droga.

T. Y si el venir te trae un beneficio ¿Porqué te empeñas en negarte algo que te hace bien y te ayuda?.

P. No sé, quizá porque siento que cuando estoy logrando algo todo se viene abajo, y me desanimo.

T. ¿Será que lo haces para “darle en la torre” a tu mamá, como en las imágenes que tuviste dónde al verte desangrar tu mamá lloraba llena de culpa? pero también te “das en la torre” tú al negarte la oportunidad de ser escuchada y tomada en cuenta.

P. (Se queda callada y seria, después de un momento expresa) A lo mejor, es que me da tristeza y coraje cómo me amenaza ante lo más insignificante, y pues sí, le sigo el juego como para desquitarme...

T. ¿Te parece si hablamos del enojo hacia tu mamá?

P. Siempre es lo mismo, hace como que esta muy pendiente pero sólo es un momento pues no le importa si hago cosas buenas, sólo se fija en lo malo, por ejemplo, el otro día me peleé con mi

hermana Ema pues empieza a culparme por lo ocurrido de su intoxicación, pero yo le dije que no tuve la culpa pues no la obligué, mi mamá estaba en la casa y no dijo nada, sólo dijo que ya nos calláramos; eso fue todo, no le importa y me enoja mucho porque pienso que sólo sus hijos más grandes le interesan, por eso me salgo de la casa y no le aviso. El otro día me salí y en las canchas me encontré al “extraño”, empezamos a platicar y me invitó otra vez a fumar marihuana y a tener relaciones sexuales, me insistió tanto que me enojé y nos peleamos, le dije que no y me fui a mi casa.

T. Este encuentro con el “extraño” ¿se dió antes o después de la discusión con tu hermana?

P. Mmm, si no me equivoco fué después de la pelea... sí porque pensé que de todos modos mi mamá ni está pendiente y le digo cualquier cosa y me cree.

T. ¿Y porqué te enojó la propuesta del “extraño”?

P. Porque estábamos platicando bien, y me sale con eso, como que me hizo sentir que sólo me quiere para eso y me molestó..

T. ¿Por qué le dijiste que no?

P. Porque me dió coraje, además dije que ya iba a tener más cuidado, por lo que habíamos platicado, de eso que es peligroso, pero ¿sabes? Me dió gusto poderle decir no, la verdad por un momento lo dudé, pero luego ante la insistencia me sostuve y me fui.

T. Es curioso, cómo después de pelearte con tu hermana y sentir que tu mamá no te hace caso, te sales de la casa como tratando de encontrar atención y compañía, te encuentras al “extraño” empiezan a platicar y lo que realmente necesitabas en ese momento era que alguien te apapachara y escuchara, pero lo que encuentras es una propuesta que te pone en riesgo; esto lo alcanzas a detectar y entonces te enoja pues no era eso lo que querías y puede ser que por eso pudiste decir no, pues en otro momento no lo hubieras pensado y hubieras accedido, ¿Qué piensas?

P. (Pensativa) Ahh, puede ser, no me había dado cuenta de estos hechos, pero a lo mejor sí, porque cuando me enojé con mi mamá al salir de la casa no me importaba nada, estaba triste y sólo quería platicar, pero puede ser.

T. ¿Entonces será necesario seguir viniendo para seguir aclarando toda esta situación?

P. Pues pienso que sí, entonces lo que voy a hacer es que si mi mamá no se acuerda o no me quiere traer pues yo me voy a venir, sólo que me de el dinero.

T. Bueno, eso es importante, que te comprometas contigo y con tu tratamiento a pesar de las adversidades, pues representa un beneficio para ti, implica llegar puntual y no faltar a tus citas, esta bien?

P. Esta bien, nos vemos la próxima semana.

Inferencias interpretativas

Continúa su lucha por ser “vista” por la madre, ganar su atención a costa de lo que sea, incluso de ponerse en riesgo. Sus comportamientos rebeldes, arriesgados llevan un mensaje dirigido a la madre, mensaje de escucha, cariño pero al no encontrarlo en casa sale a la calle para buscarlo en cualquier persona que se lo pueda brindar; cualquier persona “extraña” le representa esa oportunidad de sentirse querida y de gratificar sus deseos afectivos no satisfechos por su entorno familiar. El “extraño” simboliza su parte narcisista que clama gratificación inmediata de deseos, ante lo cual le cuesta trabajo poner límites, sin embargo, movida por el enojo logra hacerlo en esta ocasión y no sucumbir ante los riesgos, parece que su señal de alarma empieza a ser escuchada por ella y emplear estrategias de autocuidado.

Novena Sesión

Llega 10 minutos tarde.

T. Hola! Pasa,..

P. Hola! Fíjate que en la semana me volví a encontrar al “extraño”, estábamos en el parque y empezamos a platicar de cosas “x”, me preguntó si seguía enojada por lo que había pasado, yo le dije que no pero que ya no importaba, entonces seguía preguntando que porqué no quería tener relaciones con él, yo le dije que no quería porque estaba mal pues corría muchos riesgos... luego me dijo que nos fuéramos a su casa para fumar marihuana y a lo mejor así yo me animaba y teníamos relaciones, que no estaba mal hacerlo pues era algo natural y se sentía bien, me seguía insistiendo que otra vez me enojé, le dije que no y me fui a mi casa.

T. ¿Y qué piensas de eso que dijo que era algo natural y se sentía bien?

P. Pues trataba de convencerme, sé que es algo natural y la verdad sólo se me antojaba por la “adrenalina” pero luego pensaba que cuando lo hice no sentí nada, o al menos no como dicen que se siente, además me acordaba que es mucho riesgo y su insistencia me enojó, porque cada vez que nos encontramos es lo mismo, como que sólo piensa en eso.

T. ¿Qué es eso de la adrenalina?

P. Pues sí, ya sabes, sentir la emoción de hacer algo que no está bien, como que luego me puedan descubrir, pero a la vez no y no se enteren.

T. ¿Y cómo te hace sentir?

P. Pues a la vez bien, pero como que mejor ahora me detengo porque luego tengo problemas, aunque luego mi mamá no se entera, pero por eso mejor le dije que no al “extraño” y me fui.

T. ¿Y cuál será el objetivo de sentir esas emociones tan fuertes?

P. Pues no sé, a lo mejor porque me aburro de lo mismo, en mi casa todo es igual, y ahora siento cosas diferentes y me gustaría estar mejor.

T. Pienso que lo que estas buscando es ser “vista” por tu familia, antes hacías cosas de acuerdo a tu edad y tratabas de tener atención como una niña, por ejemplo haciendo travesuras y entonces tu mamá te mantenía ocupada con alguna “golosina”; ahora eres una adolescente que esta

cambiando, sientes y piensas distinto y estas en otras condiciones que te permiten hacer cosas de adultos, como consumir droga y tener relaciones sexuales pero no lo haces con plena conciencia, sino de modo impulsivo sólo para satisfacer tus necesidades afectivas, quizá por eso ni siquiera te gustó ni encuentras mucho “chiste” en hacer esto, pues lo que te provoca el gusto es la idea que te descubran, principalmente tu mamá y sólo así, aunque sea molesta, te preste atención pues ahora ya no puede darte “golosinas” para controlarte.

P. Es confuso todo, pero puede ser porque de pronto cuando estoy en la situación, sí me dan ganas, pero algo está sucediendo que me detengo, la verdad me cuesta trabajo, pero estoy contenta porque puedo hacerlo... el otro día discutí con mi mamá, entonces le dije que ya no iba a venir, pero me quedé pensando en la sesión pasada y ya luego le dije que seguiría viniendo que si ella no me podía traer me vendría sola, que me diera dinero para pagar la sesión y para mi camión, tuve un sueño que me dejó pensando, ¿Te lo puedo platicar?

T. Sí, recuerda que todo es importante y de ese sueño podemos sacar provecho.

P. “Estoy con mi amiga Silvia, allá por las carpas cerca de la casa del “Figus”, yo estoy oliendo cedro... me gusta mucho el cedro. De pronto Silvia me dice que allá está el extraño y yo solo volteo y lo veo y le saludo un poco... llega mi mamá y me pregunta “¿Quién es esa negrilla?” Es Silvia, le contesto, “No, la que está atrás de ti”, al tratar de voltear siento que alguien me detiene y ya no me deja, trato de gritar pero mi mamá y Silvia se van y no me escuchan... despierto asustada y recuerdo que a la única morena que conozco es Yolot, la chica con la que fumé marihuana la primera vez”.

T. ¿Qué te hace pensar tu sueño?

P. No sé, está muy raro, me asusté porque no me escuchaban, no podía hacer nada, además de Yolot ya ni me acordaba y que aparezca en el sueño está raro

T. ¿Silvia es tu amiga de hace mucho tiempo y tu mamá la conoce?

P. Sí, es vecina y mi mamá conoce a su mamá, nos llevamos muy bien por eso en el sueño me pareció raro que mi mamá preguntara quién es esa negrilla, aunque Silvia no es morena.

T. ¿Cómo era el cedro que estabas oliendo?

P. Pues creo que era un árbol, cerca de las carpas hay árboles y creo que eran cedros

T. ¿Porqué te gusta el olor del cedro?

P. No sé, como que me da una sensación de tranquilidad, los muebles de cedro me gustan porque a la vez es un olor fuerte..

T. ¿Y el extraño qué tendrá que ver en tu sueño?

P. A lo mejor aparece porque me lo he estado encontrando últimamente, nos peleamos, quizá lo recordé pero sólo lo saludo.

T. ¿Y tu mamá que estará haciendo en tu sueño?

P. Ahss, yo creo que lo de siempre, como que espiándome, vigilándome para ver que hago pero lo raro y feo es que cuando quiero gritar ella no me escucha y se va junto con Silvia.

T. ¿Y Yolot, que representará en tu sueño?

P. A lo mejor que con ella fumé marihuana, no la conocía, no es mi amiga pero dijo que no pasaba nada y se me hizo fácil.

T. ¿Además de sentir susto, qué más sentiste en tu sueño?

P. Mmm, al principio estaba tranquila, incluso cuando vi al extraño no pasó nada, pues sólo le saludé y ya, pero luego me empecé a poner nerviosa cuando sentí que alguien me detenía y gritaba y no me escuchaban, me quedaba ahí, me asusté mucho...

T. Este sueño es muy significativo pues está reuniendo varias cosas que haz estado hablando en las sesiones; parece que están presentes las situaciones de tu condición pasada y la actual. La pasada esta representada por tu amiga Silvia y tu mamá, con tu amiga te sientes tranquila y de alguna manera logras mantenerte lejos del “extraño” al saludarle únicamente, como teniendo un

límite; el “extraño” y Yolot simbolizan lo actual, pero también tu mamá. ¿Porqué representarán la condición actual?

P. Ah, pues puede ser porque con ellos he pasado cosas que no había hecho antes y me han traído problemas.

T. ¿Qué cosas haz pasado con ellos?

P. Pues como probar la droga, tomar cerveza y tener relaciones sexuales... pero entonces ¿porqué mi mamá representa también algo actual?

T. Aparece tanto con Silvia y al preguntarte de la otra chica, pero luego no te escucha y se va... ¿Qué significará?

P. Mmm (pensativa) que a lo mejor se da cuenta de lo que me pasa pero no me escucha... ¡Qué feo! ¡Es desesperante!

T. ¿Por qué te parece feo?

P. Pues porque hago cosas pero no me escucha, en el sueño me asusté..

T. Te la haz estado pasando haciendo cosas para ser “oída y vista”, si recuerdas era lo que hablábamos al inicio de la sesión, tu mamá conoce solo algunas cosas de ti pero parece que tu necesidad es mayor y deseas sentirte tranquila, que alguien te ayude a poner límites como en el sueño cuando estas con Silvia y percibir el olor a cedro, representando la calma al ver al “extraño” pero solo le saludas manteniéndote alejada, sin embargo ansias sentir la “adrenalina” del riesgo al estar Yolot y representar el consumo, pero lo que llama la atención es que tu mamá es quien la descubre, la hace presente y al momento de querer gritar ya no eres escuchada y entonces te dejan sola. Esta situación es la que estas viviendo actualmente, aparentemente eres muy fuerte y capaz de manejar tu alrededor pero lo que quieres es gritar “auxilio, ayúdenme” manifestado con tus comportamientos, pero parece que no eres escuchada y entonces te sientes abandonada a lo que viene un gran susto y temor por quedarte así, atrapada. ¿Qué te parece?

P. (Pensativa y atenta) Muy interesante, son muchas cosas que salen de todo esto, pero igual y si, y quizá por eso cuando discuto con mi mamá le digo que ya no voy a venir... pero pienso que esto me ayuda a saber que me pasa, me ayuda a tranquilizarme.

T. Bueno, pues por eso la importancia de llegar temprano para poder hablar de todo esto, ahora ya se terminó en tiempo, fue una sesión muy productiva, nos vemos la próxima ¿sale?

P. Está bien, ¡guau! Cuántas cosas.. nos vemos.

Inferencias interpretativas

Es una sesión bastante productiva en cuanto a contenidos enlazando su historia con los acontecimientos actuales para de esta manera llevarla a la reflexión de sus conductas. El traer un sueño a la sesión manifiesta su deseo de ser “escuchada” pero también como de poner de su parte en el inicio de un compromiso con el tratamiento. Manifiesta un manejo psicopático del mismo al usarlo para controlar a la madre cada vez que no se siente satisfecha en sus necesidades, por lo que es una lucha constante al tratar de salirse de la dinámica familiar pero a la vez continuar en ella, de ahí que intenta comprometerse por sí sola pero implica dejar a la madre de lado, situación que le asusta y enoja ya que es lo que ha estado viviendo constantemente. La pelea con el “extraño” es pelearse con su gratificación inmediata, es seguir sosteniendo la pelea entre sus impulsos y su autocuidado, sentir la “adrenalina” es sentirse viva y tener el reto de que por fin la madre la “verá” y le ayudará a poner límites, pero límites que no asfixien ni fastidien, sino límites que cuiden y protejan. Es necesario seguir manejando las llegadas tarde pudiendo simbolizar este manejo psicopático de la situación como una defensa contra el tratamiento, el cambio y contra la terapeuta.

Décima Sesión

Llega 10 minutos antes que terminara el tiempo de la sesión, y expresa:

P. ¡Hola! Ya no alcancé a llegar, mejor nos vemos la próxima sesión.

T. Faltan 10 minutos para que termine, recuerda que quedamos que si llegas tarde se reduce el tiempo para hablar, ¿Qué pasó?

P. Pues llegué a la casa y mi mamá no estaba así que tuve que esperar y era tarde, además el camión también tardó, pero pues ya venía y llegué hasta aquí, pensé en ya no entrar y quedarme con el dinero, ¿Oye, tú no me vas a dar más sesiones como a mi hermana?

T. ¿Cómo a tu hermana?

P. Sí, es que la psicóloga que la ve le dijo que la iba a atender más sesiones y creo que yo ya casi termino ¿No?

T. Pues esta es la sesión 10 y habíamos contratado 16, ¿Porqué tu pregunta?

P. Pues no sé, a lo mejor podríamos vernos más.

T. Mira, cada persona es diferente, y quizá lo que deseas es que este espacio no termine al saber que tu hermana va a continuar, como si pensaras que a ella le prestan más atención pues es lo que has estado rivalizando con ella, pero el trato fue de 16 sesiones y te ha costado trabajo comprometerte y confiar al grado de llegar tarde después de haber tenido una sesión anterior muy productiva y tener deseos de quedarte con el dinero sabiendo que si faltas o cancelas de cualquier manera se paga la sesión ¿Qué piensas?

P. Quien sabe, si pensé en la otra sesión, pero ahora no fue mi culpa, mi mamá llegó tarde... también me acordé del pago y que además luego mi mamá se iba a enterar y se complicaría todo.. pero pues ya estaba aquí y lo menos que podía hacer era avisarte.

T. Bueno, es importante que sigas trabando en tu compromiso, pues son pocas sesiones y tienes que aprovecharlas al máximo pues así es el trato, sobre todo por tu bien, para que estes mejor.

¿Qué puedes hacer?

P. Pues trataré de llegar temprano pero tendré que avisarle a mi mamá desde antes para que me deje el dinero, a lo mejor recordarle antes de irme a la escuela.

T. Bueno, pues entonces nos vemos la próxima sesión.

P. Está bien, ¡“chin” ya no me podré quedar con el dinero!

Inferencias Interpretativas

Se pone de manifiesto la ambivalencia vivida en el vínculo materno expresada en la transferencia. Después de una sesión tan productiva y cercana Daniela trata de mantener el control de la relación terapéutica con su llegada tarde; por otra parte, deja ver su deseo de seguir recibiendo lo que necesita (las sesiones) siempre y cuando ella sienta que maneja la situación sin querer acatar los límites que ello implica, pues su necesidad de atención es voraz y al recibir la atención sin condiciones, pero con límites, no sabe que hacer y se aleja para poner una distancia “óptima”. Puede vivenciar a la terapeuta como una madre “mala” que le niega la atención que su hermana si recibirá. Otro manejo psicopático de la situación es el querer quedarse con el dinero siguiendo la misma tónica de control y manipulación de su alrededor, es una manera de continuar atentando contra su bienestar.

Décima Primera sesión

Llega 25 minutos tarde.

P. ¡Hola! Perdón, por más que intento llegar temprano se me hace tarde... fíjate que en la casa se pierde dinero, pero pues todo mundo lo toma, mi mamá se enoja pero no hace nada.

T. ¿Y dónde lo dejan, que se pierde?

P. Pues en todos lados, en la cocina, en la mesa, y luego cuando mi mamá lo necesita ya no está, pregunta quien lo tomó y luego ya nadie lo tiene.

T. ¿Tú haz tomado dinero?

P. La verdad, sí, porque a veces le pido y no me da y si lo deja ahí y todos agarran pues yo también.

T. ¿Para qué haz tomado dinero?

P. pues para comprar golosinas, he pensado en agarrar para hacerme un tatuaje pero no me he animado, otras veces he agarrado para comprar cervezas y tomarlas en el parque, por cierto, el otro día fui a una fiesta en casa de unos amigos de por la casa, empecé a tomar y se me subió.. me alcancé a poner borracha.

T. ¿Fuiste sola a la fiesta?

P. No, con mi hermana Ema.

T. ¿Tu mamá sabía de esta fiesta?

P. Le dijimos que íbamos a una fiesta pero no sabía exactamente a dónde, le mentimos porque si no nos iba a dejar ir, y tuvimos que esperar a que se nos “bajara” por lo que nos tuvimos que quedar más tiempo, en eso, estaba platicando con un chavo, que ya también estaba un poco tomado y nos empezamos a besar.

T. ¿quién era el “chavo”, ya lo conocías?

P. Pues un amigo de los dueños de la casa, son de los mismos que viven en el fraccionamiento, solo lo había visto pero no nos hablábamos.

T. ¿Y a qué se debió que empezaste a tomar?

P. Pues el ambiente estaba bien, había música y estábamos a gusto.

T. Antes de llegar a la fiesta ¿cómo te sentías?

P. Pues bien, ya nos habían dicho de la fiesta y me llamó la atención.. aunque ahora que me acuerdo, me sentía un poco triste pero no hice caso...

T. ¿Y porqué estabas triste?

P. No sé, algo pasó, pero algunos días así me siento, como triste y como que “no me hayo” en la casa y me desespero... pero ahora que estoy recordando esto, otras veces que he tomado también me he sentido así y ya cuando tomo se me olvida y me pongo contenta.

T. Es de llamar la atención cómo en tu casa fallan los límites de manera notable, pues es fácil que todo el mundo tome dinero que no le corresponde y aún así no hagan nada para solucionarlo, lo que ocasiona que las cosas se salgan de control; es fácil conseguir permisos y mentir para ir y consumir alcohol, pero lo más curioso es que no se den cuenta en el estado que llegas si la cerveza es muy “escandalosa”, ¿o no?

P. Pues sí, pero en la casa como que nadie se da cuenta, ahora a mi mamá como que ya se le está pasando la preocupación y esta haciendo su vida normal, yo antes creía que todo en la casa estaba bien porque siempre ha sido así, pero ahora como que pienso que no es tan “normal”, mi mamá en sus cosas, mi papá es un “x” que no opina, mis hermanos también, la casa es un “desmadre”.

T. Y fíjate cómo todo esto te entristece pues te gustaría poder platicar más, que te escucharan, que todos estuvieran más tiempo juntos, no sólo es un “desmadre” sino también un “despadre” tu casa pues los roles están revueltos, cada quien hace lo que quiere; pero como no puedes hacer nada al respecto prefieres exponerte a consumir alcohol o alguna otra sustancia como un intento o como una manera de olvidar la situación.

P. Pues todo está muy revuelto, nadie tiene orden y eso me da tristeza...

T. Pareciera que te identificas con tu papá y su alcoholismo, no te gusta y lo haces tu también ¿qué beneficios obtienes?

P. Pues nada, pero de pronto se me antoja y me cuesta trabajo detenerme, pues ya estando ahí me siento bien, a lo mejor así se siente mi papá y se evade de todo; sí eso puede ser pues a él le “vale”.

T. Tu papá no ha solucionado nada de su situación, al contrario, sólo se ha incrementado... De igual manera quizá tu deseo de solucionar todo lo que te sucede es tomando alcohol, consumir drogas o exponerte con comportamientos sexuales de riesgo pero lo que andas buscando es “darte en la madre”.

P. (Sonríe) Puede ser, no había pensado en que me parezco a mi papá tomando cervezas, pero entonces tengo que tratar de detenerme para no hacerlo más.

T. ¿Qué puedes hacer para alejarte de esas situaciones peligrosas?

P. Mmm, no sé, es que son las personas que conozco, pero posiblemente tenga que buscar otras amistades para no tener la tentación.

T. Pienso que es muy importante abordar esto la próxima sesión, pues tienes que aprender a identificar las situaciones riesgosas para alejarte a tiempo y no caer en peligros ni en excesos.

P. Pues sí, aunque me cuesta trabajo pero tengo que hacerlo, en fin, nos vemos la próxima.

Inferencias Interpretativas

Continua enganchada en la relación con la madre en función de la necesidad de ser vista y satisfacer sus anhelos de amor; sus conductas psicopáticas van dirigidas a obtener los límites internos que tiene sumamente debilitados, de ahí el tomar dinero, beber cerveza, besarse con el chico en condiciones de embriaguez. Se manifiesta el superyo incipiente identificado con el padre en la adicción al alcohol como una manera precaria y fantasiosa de negar la realidad y evadirse por completo, siendo un “x” en la casa sin poner orden ni autoridad que ayude a romper con la diada madre – hija; Daniela no ha asumido la ley puesto que el padre no ha fungido como instaurador de límites entre madre e hija. Pareciera que al ser igual que el padre en su adicción al alcohol, por lo menos será tomada en cuenta por la madre, aunque sea de forma negativa jugando el papel de “rebelde” haciendo una “revolución”. El hogar mantiene límites difusos con serios conflictos entre los cónyuges ocasionando la triangulación con los hijos; la casa está hecha un “desmadre” y un “despadre” ya que los padres no son capaces de poner orden ni satisfacer las necesidades básicas de amor y cuidados de los hijos.

Décima segunda sesión

Llega 15 minutos antes de la sesión.

T. ¡Hola! Llegaste antes

P. Sí, es que hoy me apuré y mi mamá me dio dinero para el taxi y pues llegué temprano... Fíjate que el otro día estaba con mi amiga Silvia en el parque, estábamos platicando y ella siempre dice que somos “novias”.

T. ¿Y porqué dice eso?

P. Pues dice que es para que la gente lo crea, está super “loca” tiene unas ideas extrañas y yo me divierto... También vi a Manuel, y nos besamos, van algunas veces que lo hacemos...

T. Oye, espérame poquito, acerca de lo que dice Silvia, ¿tú que piensas?

P. (ríe) Pues nada, yo le sigo el juego porque es divertido ver las caras de las personas como de sorpresa, como que se asustan..

T. ¿Y qué sientes cuando dice eso?

P. Nada, bueno, me da risa y al seguirle el juego como que me imagino a las personas y eso me gusta, es divertido..

T. ¿Y qué pasó con Manuel?

P. Pues estábamos en el parque platicando todos, y fuimos a la tienda a comprar unos refrescos y de pronto él me besó, y yo accedí...

T. ¿Para qué accediste?

P. Pues no más, Manuel está guapo y no tiene nada de malo, además sólo fueron unos besos... van varias veces y me gusta... Tuve algunos problemas en la escuela, resulta que me eche la “pinta” y me cacharon así que mandaron llamar a mi mamá y me condicionaron, dijeron que tenía que corregir mi comportamiento y no reprobar pues si no me iban a suspender..

T. ¿Qué piensas?

P. Pues que tuve mala suerte, pero creo que fue porque ya me traen en la “mira”, me preocupé un poco pero no pasa nada, me pongo a estudiar y estoy al corriente.

T. ¿Qué pasaría si te suspenden?

P. Pues mi mamá se enojaría mucho, si de por sí se enojó y me dijo que si reprobaba no me iba a dejar salir, pero a veces me da risa, lo malo es que ahorita como está molesta me cuida de más... pero no pasa nada, estudio y ya...

T. Parece que en estos eventos que has estado contando hoy existen cosas en común... ¿Puedes identificarlas?

P. Mmm, no se, no encuentro nada parecido... son cosas distintas.

T. Fijate como hoy no haz querido profundizar en lo que te ha pasado, pasas de un evento a otro sin pensar más, sin embargo si tienen cosas en común: son comportamientos que te ponen en riesgo y te hacen fantasear en lo que puede pasar, lo cual te hace sentir que tu “adrenalina” corre por tu cuerpo, como algo emocionante... ¿Qué opinas?

P. (Muy seria) Mmm, puede ser pero es que en el momento no pienso más allá, de momento me preocupo un poco pero luego como que exagero y ya no le doy importancia...

T. ¿Qué sientes al ponerte sobre “la cuerda floja” como lo que pasó en la escuela?

P. Pues es parte de la emoción, no sé...hacer algo prohibido y entonces pensar que no se van a dar cuenta...

T. pero “curiosamente” logras que las personas si se enteren, como tu mamá, tus maestros, la gente que piensa que tú y Silvia son “novias”... ¿Cuál será tu objetivo, que buscas con esto?.

P. Pues no me había dado cuenta, pero sí, siempre me cachan... a lo mejor es como siempre salirme con la “mía”, me da risa ver las caras...

T. Pero finalmente cuando te “cachan” te ponen freno, pienso que en el fondo con esos comportamientos lo que buscas es que “te miren”, que te ayuden a poner ese límite que no logras poner a tiempo, ya que al sentir la “adrenalina” pierdes noción de lo que está ocurriendo... parece que intentas crecer poniéndote en riesgo...

P. (Silencio por un momento y seria) Pero no es para tanto, bueno, si quiero saber otras cosas y a lo mejor por eso me “aviento” pero al final no pasa nada...

T. Parece que te está costando trabajo escuchar y darte cuenta de todo esto, quizá por eso intentas manejar la sesión hablando de todo pero no pensando ni sintiendo lo que te ocurre... ¿Qué te parece si piensas en estas dos preguntas y hablamos de ello la siguiente sesión? ¿Qué sientes cuando te colocas en estas situaciones riesgosas y cuál es el objetivo al hacerlo?.

P. Está bien, llegaré puntual...

Inferencias Interpretativas.

Muestra dificultad para escuchar e interiorizar lo que le ocurre, es una actitud de “sacar” lo que trae en su mundo interno, situación que necesita hacer para aclararse, sin embargo, le da miedo enfrentarse a ello pues representa tomar más conciencia de su situación y tomar riendas de sus conductas. La pulsión sexual se manifiesta por varias vías, sus fantasías homosexuales son un intento de “unirse” a su propio narcisismo el cual no tolera demora ni frustraciones; aspecto no diferenciado de sí misma lo cual la sumerge en un grado de ansiedad que para manejarlo y diferenciarse busca el contacto con los varones y sentirse mujer. Al experimentar y fantasear intenta crecer, diferenciarse y ser vista; crecer implica tener límites claros buscando a toda costa interiorizarlos, aunque para ello tenga que exponerse de esa manera. Su postura en la sesión es ambivalente, por un lado anhela ser escuchada pero cuando se le ponen límites y se le invita a pensar y unir sus sentimientos afloran sus defensas psicopáticas y se bloquea para no pensar. Esta situación es la que constantemente muestra en casa, hace cosas para sentir la “emoción” y ser vista pero al mismo tiempo intenta manejar todo a su alrededor y no hacer cambios. Es necesario continuar trabajando esta situación para que logre conectar sus pensamientos, sentimientos y conductas riesgosas para promover su autocuidado.

Décima tercera sesión

P. Hola! Llegué puntual porque tuve que apresurar a mi mamá... el otro día me encontré con el “extraño” y con el “loco”, estuvimos platicando un rato en el parque y luego me fui porque mi mamá sólo me había dado permiso un rato y luego se molesta si me tardo...

T. ¿Y cómo te sentiste con ellos?

P. Pues “x”, bueno, al menos el “extraño” ya no me dijo nada pero a lo mejor porque estábamos acompañados... aunque era algo raro estar con ellos yo sola.

T. ¿Cómo raro?

P. Pues no se, es que me quedé pensando que al estar con ellos me imaginaba si mi mamá pasara por ahí y me viera ... (calla)

T. ¿Qué pasaría?

P. Pues se enojaría mucho porque no le gusta que me junte con gente del fraccionamiento porque dice que es gente que no es de “nuestro nivel”.

T. ¿Y qué sientes al imaginar eso?

P. (deja escapar una sonrisa) Pues siento emoción como la “adrenalina”, nada más de imaginar su cara me da risa... a veces me aburro de lo mismo de la casa, de los problemas, de mi familia, de todo.. hasta a veces pienso en irme lejos, irme a otro lado.

T. A otro lado...

P. Sí, no sé, como a África, Egipto, un lugar así lejano y raro... le he contado a mi mamá esas cosas y me dice que estoy loca y que además si me voy para allá me voy a contagiar de SIDA.

T. ¿Por qué de SIDA?

P. Que porque en esos lugares se da mucho... pero ella siempre piensa lo peor de todo como si con el simple hecho de estar ahí me fuera a contagiar.

T. ¿Y tú que opinas?

P. Pues que necesitaría tener cuidado para no contagiarme.

T. Cuidado... ¿De qué tipo?

P. Pues protección. Como usar condón.

T. Pero el SIDA no sólo se contagia por vía sexual... ¿Por qué piensas sólo en esta posibilidad?

P. Ah, es que es lo primero que se me ocurre... Fíjate que Silvia sigue diciendo que somos novias, yo tengo ciertas dudas sobre si ella es lesbiana, nunca le he notado nada raro pero su insistencia me pone a pensar en que a lo mejor es.

T. ¿Y tú que sientes cuando estas con ella y piensas esto?

P. ¿Ay, nada!! Me da risa ese juego, y si ella lo fuera no me importa pues yo no tengo nada en contra de los homosexuales... a mí me gustan los muchachos!

T. ¿Será que a veces te llama la atención este juego de saber que se siente experimentar con personas del mismo sexo pero te provoca un poco de temor y lo que pretendes es reafirmarte como mujer y por eso te besas con chicos que apenas conoces?

P. Pues es que yo no tengo nada en contra de los homosexuales, aunque a mi mamá no le agradan pues dice que son personas desviadas que provocan que otras caigan en “eso”... la verdad a veces si lo he pensado como en saber que se siente estar con una chava lesbiana, pero luego como que ya no y prefiero a los muchachos.

T. Si recuerdas, la sesión pasada te pedí que reflexionaras en dos preguntas. ¿Las recuerdas?

P. Pues que cuál era el objetivo de estar en riesgo y qué sentía, creo que eran así.

T. ¿Y qué pasó?

P. Pues la verdad no pensé mucho, pero pienso que es como estar en una emoción constante, si, como para no aburrirme.

T. Fíjate como todo lo que has estado narrando hoy de tus deseos de irte a otro lugar, de tu amiga Silvia, de los encuentros con el “loco” y con el “extraño” se relacionan con estas preguntas pues

parece ser que ese constante experimentar cosas nuevas, alejarte de todo lo que te rodea, exponerte en riesgos como el contagiarte de SIDA sólo por vía sexual, tienen el objetivo de sentir la “emoción” de la adrenalina, de sentirte viva pero que además llevan una dedicatoria clara: van dirigidas a tu mamá; es como pretender darle en la madre con todo esto y estar en la “cuerda floja”, ¿Qué sientes de todo esto?

P. (Ríe) Pues a lo mejor es verdad, porque ahorita que me dices esto recordé que tengo una prima que es psicóloga y algo de esto me había dicho pero ya se me había olvidado...

T. ¿Y qué sientes?

P. Pues me siento un poco preocupada, porque es verdad, me doy cuenta que muchas cosas las hago sin pensar y además siempre estoy pensando en lo que va a hacer mi mamá, no quiero que me diga nada pero a la vez sólo me preocupo por lo que va a hacer, es algo encontrado, pero luego se me olvida, por cierto, mi mamá ya no quiere que venga que porque no me ve cambios, pero yo le digo que si me gusta porque aquí hablo de todo esto.

T. Te encuentras en una situación donde experimentas sentimientos encontrados, por un lado intentas crecer y vivir lo que estas sintiendo, pero a la vez te da temor enfrentarte a la vida adulta pues te sientes sola y te gustaría sentirte escuchada y acompañada sobretodo por tu mamá, sin embargo, al no encontrar lo que necesitas actúas dándote en la “torre” a la vez que le das en la torre a tu mamá como en un acto de resentimiento. Me llama la atención cómo ahora que ya estas por terminar el proceso ya te gustó a pesar que tu mamá ya no quiere que vengas, pienso que le encontraste un buen uso a la terapia pero intentaste manejarlo a tu antojo y te perdiste de más beneficios que podías haber obtenido, como poder hablar más de tus sentimientos y poder confiar en mí.

P. Mmm, pero ¿no podría continuar más tiempo? A lo mejor si le digo a mi mamá si accede.

T. ¿Recuerdas cuál era el trato?

P. Sí, sólo 16 sesiones y no lo aproveché, ni modo... pero intentaré por lo menos estas últimas hacerlo.

T. Bueno, nos vemos la próxima ¿sale?

P. Esta bien.

Inferencias interpretativas

Continúa anclada en la relación dual madre-hija, los comportamientos riesgosos representan un intento por separarse y crecer, asimismo la función del padre, es decir el superyo, apoya este rompimiento. Los dobles mensajes son una manera de relación familiar que se ponen en evidencia en esta sesión a la cual la paciente reacciona con comportamientos dirigidos a dañar y dañarse, como lo que expresa la madre de que si se va a África se va a contagiar de SIDA, simbolizando el mensaje “si creces y te vas lejos de mí, morirás”. La familia intenta a toda costa conservar los roles tal y como estan ya que un cambio significa reestructurarse y cuestionarse, de ahí la dificultad para comprometerse con el tratamiento y la constante amenaza de boicotear el proceso. La paciente sólo actúa antes de pensar al inundarse de sentimientos encontrados que la hacen comportarse de manera riesgosa en intentos de crecer y ser vista, intenta por todos los medios también manejar las situaciones de forma psicopática para seguir teniendo el control de las situaciones y mantener a raya su ansiedad, como el pretender prolongar el proceso a pesar de lo pactado; siente esta necesidad de ser comprendida pero le cuesta trabajo aceptarlo pues parece que lo interpreta como repetición de la relación con la madre donde al necesitar se le niega o se le condiciona. La situación terapéutica estuvo plenamente encuadrada pero estos aspectos le son difíciles de introyectar pues sus límites internos son confusos y por lo tanto siempre pretende romperlos para sentir el control de la situación.

Décima cuarta sesión.

Llega diez minutos después.

T. ¡Hola! Pasa.

P. ¡Hola! Llegué poquito tarde porque no pasaba el camión, pero ya estoy aquí..

T. ¡Ahh! Pensé que ahora llegarías tarde porque te habías molestado la sesión anterior al saber que nos quedan tres sesiones y que no se puede prolongar más.

P. (Ríe) No, no me enojé, aunque de hecho te digo que si sentí feo por que ahora que ya me gustó está por terminar, pero ni modo... me quedé pensando en eso de conocer Africa, siempre me ha llamado la atención esos países, como muy exóticos y raros.

T. ¿Qué otra cosa te llama la atención de ese continente?

P. Pues no sé, sus animales, como que lo peligroso que puede resultar...

T. ¿Qué tipo de animales son los que te llaman la atención?

P. Los tigres y las hienas, son “padres”, me gustan los tigres porque son fuertes, agresivos y como calculadores...

T. ¿También las hienas?

P. Esas no me parecen tan fuertes, más bien me parecen unas malditas y también calculadoras, pero me gustan, es “padre” ver como cazan a su presa.

T. O sea que todo ese clima de constante “peligro”, agresión, fuerza te llama la atención porque te identificas con ello, ¿Será así?

P. Pues parece que sí, como que todo esto me hace pensar en como soy, de cómo sí me pongo en peligro pero la verdad siento “padre” estar en esa situación... cuando ya me doy cuenta estoy otra vez ahí, me cuesta trabajo detenerme pero te juro que ahora pongo más atención y trato de estar alerta pues me acuerdo de lo que me dices.

T. Pienso que todo esto es importante que lo tengas muy en cuenta, date cuenta como cuando te sientes ansiosa, has tenido alguna diferencia en tu casa o no sabes que hacer te colocas en una situación complicada como beber, andar con algún chico o “echarte la pinta”, intentas seguir con

tu adrenalina a tope, pero ¿qué otras cosas te pueden ayudar a sentirte bien sin ponerte en riesgo?

¿Qué cosas te interesan?

P. Pues varias cosas pero hasta ahora nada he hecho, me gusta mucho la música, el rock, pero me llama bastante la atención tocar guitarra, se me hace “padre” poder tocar una canción o hasta componer.

T. ¿Y dices que hasta ahora no has intentado nada como aprender a tocar guitarra, a qué se debe?

P. Pues no sé, a lo mejor no se me había ocurrido antes porque me la paso sin hacer nada, además si le digo a mi mamá de esto seguro me va a decir que no por el dinero, siempre pone de pretexto eso.

T. Y si pudieras, ¿realmente te gustaría?

P. Creo que sí, me llama bastante la atención.

T. Pues suena interesante e importante que aprendas a usar tu tiempo libre en cosas productivas que además te hagan sentir bien, ya que sería como tratar de sentir esa “adrenalina” que tanto necesitas y te agrada mucho, pero sustituyendo los medios peligrosos por algo sano y además aceptado que te ayude a crecer, ¿qué te parece?

P. No lo había pensado, pero suena lógico hacer algo agradable sin que provoque daño... mmm, no sé, tendría que ver la manera de decirle a mi mamá, porque conociéndola va a decir que no y le va a parecer una pérdida de tiempo, esas cosas para ella no son importantes.

T. Pues quizá sea una oportunidad de emplear tus recursos y tratar de acercarte a ella para platicar de tus intereses, finalmente si los empleas para llamar la atención con cosas que te provocan daño, y no sólo a tu mamá, también a tu papá ¿Y si te animas a cambiar las cosas para obtener su atención sobre cosas sanas y entretenidas que puedan ayudarte? Recuerda que muchas de las cosas que has hecho últimamente tienen el objetivo de llamar su atención.

P. Pues “chance” y sí, lo voy a pensar, estaría “padre” poder aprender a tocar guitarra o hacer algo relacionado con la música, espero no me diga que estoy “loca” siempre me lo dice cada vez que le digo algo, a mi papá ni le digo pues con él no se cuenta, es lo mismo pues se hace lo que dice mi mamá, es como si no existiera.

T. ¿Y qué sientes de todo esto?

P. Pues nada, ya me acostumbré.

T. Bueno, una cosa es que te hayas acostumbrado y otra que dejes de sentir, ¿qué sientes?

P. Mmm, como que me da tristeza y luego coraje porque como que nunca me escucha y lo primero que hace es tirarme a “loca”, siempre me juzga y nada de lo que hago le parece bien.

T. Y entonces actúas para tratar de aliviar todos esos sentimientos.

P. Puede ser...

T. Date cuenta cómo tienes dificultad para identificar tus estados emocionales, los bloqueas para no sentir nada y entonces tratar de manejar la situación, por eso minimizas las acciones y te colocas en situaciones peligrosas, me parece importante que cuando termine este proceso puedas continuar con uno más largo donde profundices en todo esto para aclararte más ¿qué te parece?

P. Estaría bien, me “late”, creo que también es algo que tendré que hablar con mi mamá, haber que dice.

T. bueno, creo que tienes muchas cosas en qué pensar antes de actuar, recuérdalo, nos vemos la próxima sesión, ¿sale?

P. Ok!

Inferencias interpretativas.

Es una sesión bastante productiva en cuanto a relaciones directas entre comportamientos de la paciente y simbolismos del discurso presentado como los intereses manifestados por los animales existentes de África que representan fuerza, agresividad ante lo cual se identifica con

ello y con la necesidad de experimentar el peligro. A la par intenta poner más atención a sus conductas y estar más alerta para pensar en cosas más productivas como aprender a tocar la guitarra y explorar nuevos intereses. Parece bajar sus defensas y mostrarse más cooperadora en la sesión debido a que ya está finalizando el proceso; puede ser un doble manejo psicopático donde intenta mantener el control para prolongar la terapia y a la vez el deseo de ser contenida en sus sentimientos para que se le ayude a aclarar quien es, puede que ahora se muestre más cooperadora precisamente porque está terminando y ya no representa tanto peligro la cercanía afectiva. Ha tenido que constituir una coraza para bloquear sus estados emocionales y manejarse en el ambiente familiar lleno de dobles mensajes sin ser “vista” ni por la madre pero tampoco por el padre pues no es una figura lo suficientemente fuerte como para contenerla, y para compensar este bloqueo busca situaciones que la hagan sentir “adrenalina”, sentir que está viva.

Décima quinta sesión.

Llega 10 minutos tarde.

T. ¡Hola! Pasa, llegas un poco tarde, y ya sólo nos restan dos sesiones.

P. Pues el camión tarda una poco, y sí, venía pensando que sólo falta esta y la próxima, pero ahora que termina ya me gusta venir, pero además yo siento que sigo “loca” y ya no voy a venir.

T. ¿Qué es estar “loca” para tí?

P. Pues que de pronto me sigue llamando la atención seguir tomando, voy a algún lado, sobre todo cuando estoy con alguien, como el otro día que me encontré al “figus” empezamos a platicar y siempre terminamos hablando de beber, nunca tenemos otra plática y a veces eso me aburre pero me cuesta trabajo alejarme.

T. Oye Daniela, ¿Qué encontraste de venir aquí si tenías la posibilidad de no hacerlo?

P. Bueno, es que me gustó poder hablar de todo sin detenerme, como que no me sentí juzgada y eso me ayuda a deshagorme, y también como que me quita la culpa por lo que hago.

T. ¿Culpa?

P. Sí, es que muchas veces hago algo y me siento muy mal porque pienso que no estuvo bien, claro, a veces sí no está bien, pero otras veces no es grave y me siento muy mal, como que hablarlo me ayuda a darme cuenta de lo que hago y trato de medirlo.

T. ¿Y eso cómo te hace sentir?

P. Pues mejor, como que más tranquila... mi hermana ya no quiere venir con su psicóloga pues dice que no se siente bien, ella también sigue “loca” y eso que ella va a continuar más tiempo a lo mejor porque la vieron más “loca” que yo (ríe).

T. ¿Lo piensas así?

P. No sé, es que también a veces me siento mal pero luego hago como que me “vale” y eso a ella le enoja porque dice que nada me importa y que yo siempre obtengo lo que quiero, no siempre pero a veces sí.

T. ¿Y cómo le haces para obtener lo que quieres?

P. (Ríe) Pues mira, para convencer a mi papá para algo pongo mi cara de “buena”, y le insisto hasta que lo convenzo, con él siempre es así no tiene carácter, con mi mamá a veces también hago lo mismo y con las personas, eso le enoja a mi hermana.

T. ¿Y con qué cara vienes aquí?

P. (Sorprendida) ¡No, con ninguna!

T. Pienso que te ha costado trabajo no poner tu cara de “buena”, acatar los límites y los tratos que hemos tenido, porque algunas veces intentabas manejar la situación como llegar tarde, no recordarle a tu mamá la cita, planeabas quedarte con el dinero en alguna ocasión y hasta pretender prolongar el tratamiento, sólo que no se pudo y entonces tu petición ahora es: sigo con ganas de consumir, sigo loca y me estoy pareciendo a mi papá, por favor no terminemos.

P. (Callada y seria por un momento) Mmm, pues si me gustaría continuar pero ni modo, ¿será que me estoy pareciendo a mi papá? ¡Qué horror! Pero “chance” y sí, el toma y a mi me llama la atención, pero ojalá que no, pues me desagrada y además a mi mamá no le gusta.

T. Que “casualidad” ¿verdad? Precisamente lo que no le gusta a tu mamá y tantos problemas ha traído a la familia es lo que tú haces, fíjate cómo se pone de manifiesto eso que hablábamos de hacer cosas para ser “vista” aunque sea por algo que te daña pero al fin de cuentas está ahí, pues lo que no quieres es pasar desapercibida como tu papá, ¿Qué puedes hacer para no parecerte a tu papá en lo negativo y parecerte en algo agradable?

P. (Pone cara de sorpresa) ¡Qué “gacho”!, no lo había visto así tan crudamente, pero es cierto, lo que puedo hacer para no parecerme a él es ya no tomar, bueno, últimamente ya no lo he hecho, te digo que me dan ganas, pero de repente pensar en que puedo terminar como mi papá me asusta... algo agradable, no lo recuerdo mucho, sólo que a veces es cariñoso y me gusta, a lo mejor debería parecerme a eso.

T. Bueno, además de obtener cosas buenas en el tratamiento también haz tenido logros y es necesario que los refuerces allá, afuera, te ha costado trabajo pero ha valido la pena. Ya se terminó el tiempo, nos vemos la próxima sesión, te aviso que una vez que terminemos voy a citar a tu mamá para platicar acerca de cosas generales del tratamiento y poder decirle que te ayudaría continuar un tratamiento más prolongado, ¿Está bien?

P. Ajá, pero le vas a decir sólo cosas generales ¿verdad?, ya ves como es.

T. Sí, recuerda que es confidencial lo que hablas, además tú vas a estar presente, ¿sale? nos vemos.

Inferencias interpretativas.

Manifiesta su deseo de continuar en tratamiento, esto ayuda a bajar sus resistencias y adherirse a lo último que resta del proceso en un intento por prolongarlo mostrando su cara de

“buena” para conseguir lo que necesita. Sus elaboraciones son más integradas y al sentir que se termina el tiempo trata de aprovecharlo, al tener límites internos que le hacen sentirse contenida, de ahí que ha logrado identificarse con la terapeuta y con el espacio terapéutico como un medio de desahogo y clarificación de su situación. La sensación de seguir “loca” es la petición de “no quiero irme, necesito estar aquí”, pero puede continuar manejando sus defensas sociopáticas para tratar de convencer a la terapeuta de no terminar. Aunque está triste por esta terminación, trata de sobreponerse.

Décima sexta sesión

Llega puntual y acompañada de su mamá.

P. ¡Hola! Ya llegué, vino mi mamá conmigo porque quiere preguntarte cómo estoy, ya sabes como es ella, dice que si al final le das un momento.

T. ¿Y tú quieres?

P. Sí, está bien, no hay problema, ya luego la citas.

T. Pues ya es la última sesión, ¿qué te ha parecido venir?

P. Pues está “padre”, al principio como que no le encontraba sentido, pensaba que me iban a dar un “sermón” y esas cosas, además como se pusieron las cosas en la casa pues ni modo que no viniera.

T. Y a pesar de todo te quedaste, ¿para qué Daniela?

P. Pues fué raro, porque al principio todo mundo estaba preocupado, mmm, más bien como que alarmados por todo lo que se dió y entonces según ellos venían y hasta mi mamá me traía y dejó de ir unos días a trabajar, pero ya luego ni le importó. Yo pensé en ya no venir, para qué si ya todo estaba igual pero como que me llamó la atención hablar de mi y de todo lo que me pasaba y pues me quedé, aunque todavía siento que estoy “loca”.

T. Tienes muchas cosas todavía por hablar y aclarar de ti, pero este tiempo has estado luchando por crecer y hacer cosas en tu beneficio, a pesar de que las cosas en casa y la relación con tu mamá y papá no cambió tanto, eso representaba peligro para que dejaras de venir, sin embargo trabajaste para vencer todo eso y continuar, pienso que eso es un logro grande para ti, ¿no te parece?

P. Bueno, creo que sí.

T. ¿Qué otras cosas buenas has logrado de estar aquí?

P. Mmm, creo que ahora puedo darme cuenta de las cosas que hago y detenerme un poco más, aunque me cuesta trabajo pero lo intento, también creo que el ya no drogarme es un avance pues no me gustó la droga y no le encontré chiste, aunque lo que me preocupa es el consumo del alcohol pues a veces no se como detenerme cuando estoy con los muchachos.

T. Pues finalmente por el motivo por el que llegaste aquí fue porque te descubrieron que fumaste marihuana y tuviste relaciones sexuales con un chico, durante el proceso del tratamiento nos estuvimos enfocando en aclarar para qué hiciste todo eso y la manera de evitarlo. De estos motivos por los que llegaste falta seguir trabajando tu preocupación por el alcohol ¿Qué se te ocurre que puedes hacer para evitar esas situaciones riesgosas?

P. ¡Pues lo más que se ocurre es cambiar de amistades! (rie), es difícil pero creo que es lo mejor, antes no me importaba porque se me hacía normal pero me doy cuenta que no me ayudan.

T. También te ayudaría bastante el tener otras actividades en qué usar tu tiempo libre, como el aprender a tocar guitarra, que es lo que estuvimos hablando en una sesión, ya que al no tener nada que hacer propicia que pienses más en el alcohol o en encontrarte con los muchachos de la colonia; eso será algo que necesitarás hacer pronto.

P. Pues sí, son muchas cosas que tengo que hacer para estar mejor, aunque se me hace difícil pues siento que todo sigue igual en la casa, como que es una lucha.

T. Sí, es una lucha, pero date cuenta cómo el consumo te sirvió para atraer la atención de todos, especialmente la de tu mamá, “revolucionaste” otra vez a tu familia pero ahora con nuevas herramientas acordes a tu edad como lo son el uso de drogas y tu nueva condición de mujer que está “creciendo” y que experimenta con su sexualidad.

P. ¿“Revolucioné”? (ríe) pues a lo mejor, pero de nada me sirve porque sólo es por un rato y luego se les olvida.

T. Fíjate cómo con esos comportamientos intentas llamar la atención de tu mamá para que te de cariño y atenciones, al no obtenerlo como te gustaría entonces lo que haces va dirigido a provocar en ella culpa y de esa manera intentas aminorar sus sentimientos de tristeza y coraje por su falta de atención, sin embargo, más que darle en la “madre” a tu mamá te la das a ti colocándote en situaciones sumamente peligrosas como el consumo de drogas, infectarte de alguna enfermedad de tipo sexual o un embarazo ¿Qué piensas?

P. Pues sí, son cosas que no me daba cuenta pero trataré de estar más pendiente.

T. Por eso es necesario que continúes con un proceso más largo donde sigas hablando de ti, de cómo te sientes y de todo lo que te pasa para que aprendas todavía más a evitar esos comportamientos riesgosos, tuviste grandes logros en este tiempo y es necesario que los sigas trabajando para reforzarlos, te felicito por darte la oportunidad de crecer, pero crecer aprendiendo a no hacerte daño.

P. Sí, gracias por todo, la verdad yo también me sentí bien contigo, a lo mejor también por eso me quedé.

T. Qué bueno, a mi también me gustó trabajar contigo, ver como creces, el tiempo terminó, recuerda que nos vemos en un mes para hacer un seguimiento de estos avances, ¿sale? Cuídate mucho.

P. Ok! ¿Le digo a mi mamá que entre?

T. Sí.

Entra la mamá al consultorio y de inmediato comienza a hablar acerca de las fallas de Daniela, a manera de queja comparando su comportamiento con el de su hermana. Se le pide que hable sobre los aciertos de Daniela durante este tiempo ante lo cual expresa que ha estado más tranquila y ahora colabora más en las labores de la casa. Se le hace la sugerencia de que Daniela continúe en un proceso de más tiempo, la madre muestra interés diciendo que lo tomará en cuenta y más si ella quiere.

Inferencias interpretativas

Parece que el hecho de terminar el proceso y limitarse a un tiempo determinado hace que Daniela se enfoque a trabajar en sus propias cosas, su integración entre sus comportamientos, pensamientos y sentimientos presenta buen nivel, lo cual es sumamente favorecedor para detener los comportamientos riesgosos. Intenta crecer, romper la dependencia y el yugo materno haciendo uso de todos los recursos disponibles desde su actual condición adolescente. Aunque tuvo logros terapéuticos favorables, requiere reforzarlos pues permanece la inercia familiar de continuar igual ya que cada miembro juega un papel específico que no están dispuestos a modificar, de ahí que la madre de inmediato sólo hable de las fallas de la paciente y compare a las dos hijas en un intento de seguir amalgamándolas, no diferenciándolas, sin límites. Esta vivencia continua hace que la paciente se coloque en estas situaciones riesgosas, razón por la cual hace que sus logros de haber acatado reglas y límites le favorezcan para internalizarlos para poder pensar antes de actuar, pues su parte impulsiva se lo impedía. El poder reconocer que le fue de gran ayuda y sentirse identificada con la terapeuta es una vivencia que le proporcionará herramientas en su desarrollo.

Análisis del proceso psicoterapéutico

Daniela acude a tratamiento sin conciencia de enfermedad pues no tenía claro del para qué asistir; asiste más bien presionada por la madre quien al enterarse decide llevarla por lo que se buscó establecer de inmediato la alianza de trabajo y promover su permanencia. La paciente se muestra identificada con la terapeuta por lo que contratransferencialmente se produjo agrado, mostrada en su permanencia sesión tras sesión; así mismo desde la primera sesión expresó “me gusta más este consultorio que el otro donde la trabajadora social nos hizo la entrevista”, de ésta manera la paciente aporta su deseo inconsciente de cooperar con el terapeuta (González, 1989).

En este primer contacto se muestra su superyó vulnerable y el yo empobrecido al depositar en la madre la responsabilidad de acudir a la terapia, por lo que técnicamente resultó importante trabajar con la parte racional acerca del bienestar de acudir a consulta a pesar de los intentos de boicot del entorno familiar; como lo expresa Eduardo Kalina (1988) el hijo-droga al tratar de desimbiotizarse recibe dobles mensajes “quédate conmigo”, “no seas” de tal forma que se establece un juego entre madre-hija donde el padre brilla por su ausencia sin ayudar a la diferenciación. Una constante presente desde el inicio del proceso terapéutico fue la llegada tarde tornándose como una resistencia y escisión entre el deseo de dejar la droga y continuar consumiendo.

En la segunda sesión se pone de manifiesto las relaciones distantes y conflictivas en la familia y de cómo la paciente es portavoz de la disfunción dejando ver la gran dificultad para tolerar los límites, esto simbolizado por la ansiedad despertada en la madre ante los espacios cerrados narrados por Daniela, así mismo representa la negación de la independencia y crecimiento de los hijos como parte del proceso natural. Daniela se encuentra enganchada en jugar el papel correspondiente de sostener la estructura sociofamiliar y los mitos: “no podemos verte porque estamos ocupados resolviendo nuestros conflictos, así que arréglatelas como puedas

pero sin modificar nada” (Kalina, 1988). Técnicamente se confrontaron las acciones para llamar la atención de la madre y, de cómo al tenerla más cerca, a través de aprender a tolerarla ya que no es “vista” como ella desea se vive vigilada y asfixiada. Este manejo técnico se llevó a cabo para que Daniela fuera adentrándose en sí misma para aclarar su situación actual y promover un insight del para qué el consumo de drogas y sus comportamientos impulsivos.

Contratransferencialmente se percibía la ambivalencia entre “estar y no estar”, que por momentos daba la sensación que no permanecería en la psicoterapia, ya que sus relaciones familiares tiene este patrón; Kernberg (1979, en González, 1989) expresa que la contratransferencia son aquellas reacciones y actitudes inconscientes despertadas ante la transferencia del paciente, por lo que es necesario estar pendiente de identificarlas para ponerlas al servicio del paciente para comprender y aprender a tolerar emociones intensas como la ira, enojo, alegría, etc. (Sandler, 1973).

El manejo del encuadre con este tipo de pacientes es el medio de contención y límites (Kalina, 1988), además de la verbalización de las acciones para no ser objeto de repeticiones, haciendo uso de la parte racional y relativamente no neurótica de Daniela, que según lo expresado por Greenson (1976 en González, 1989), ayuda a favorecer su permanencia y adherencia al tratamiento.

Paulatinamente y a través de la constancia del proceso psicoterapéutico se pudo observar mayor involucramiento para hablar más de sí misma compartiendo vivencias de abandono y soledad. A partir de la tercera sesión al narrar la separación de sus amigas, se sumerge en un estado de tristeza que trata de cubrir con acciones de tipo maníaco y psicopático como el consumo de marihuana, alcohol y las relaciones sexuales.

La prevalecencia de tristeza en el proceso psicoterapéutico se simboliza en el abandono de la madre, al tiempo de un gran coraje por no sentir satisfechas sus necesidades, de tal manera que el uso de la fantasía donde la madre se sienta tan culpable por su “muerte” que siempre la tendrá

presente , imaginar que la encuentra muerta. La muerte es la simbolización de no crecer y quedarse para siempre atrapada, muestra la manipulación para tratar de abortar el tratamiento, pues al sentirse acompañada y comprendida se asusta y entonces no sabe qué hacer, la amenaza constante “ya no voy a venir” es una petición ambivalente de auxilio para no dejarla ir. Deja ver el deseo de matar a la madre y ser libre para siempre, al tiempo de anhelar sus cuidados y protección; transferencialmente repite el patrón ambivalente de acudir a tratamiento en busca de protección y cuidados pero a la vez, queriendo renunciar o deshacerse de la terapeuta para estar libre al placer que implica el consumo de drogas (Kalina, 2000).

Daniela representa la fortaleza y rebeldía de la familia por lo que constantemente tiene que jugar el papel asignado, esto observado en la cuarta sesión acerca de la intoxicación de su hermana.

El papel asignado es “revolucionar” el entorno lo cual no pudo ser manejado y aceptado por la madre, quien a pesar de estar “ligada” se embaraza impidiendo integrar a Daniela en el entorno familiar de tal manera que la paciente tuvo que abrirse paso por sí misma disputándose el cariño con sus hermanos. La disputa actual la vive con la hermana, la cual también consume drogas, y al estar con ella en el mismo medio lo que busca también es que le ayude a ponerse límites para no dañarse.

Las llegadas tarde y las inasistencias continúan presentes como constantes resistencias de cambio (Sandler, 1973; Weiner, 1992), es el no querer acatar lo límites pues representan diferenciación, dificultad para acatar el No (Kalina, 1988); las ausencias aparecen en el momento que Daniela intenta adentrarse en sí misma e identificarse con la terapeuta y con su espacio, sin embargo, sigue “pegoteada” a la madre real quien con sus dobles mensajes intenta retenerla en la fase simbiótica y además favorecer la homeostasis familiar triangulando la relación con el padre y su ausencia afectiva (Román, 2003).

La confrontación acerca de las ganancias secundarias acerca de las cancelaciones de las sesiones fue un continuum, a fin de responsabilizarla y hacerse cargo de ella misma y de su espacio; con los adolescentes es necesario trabajar las manifestaciones resistenciales a fin de favorecer la adherencia terapéutica (González, 1989). Contratransferencialmente había el temor que no regresaría, la intervención es arriesgada, sin embargo pretende mayor compromiso puesto que resulta indispensable regresarle al adolescente su capacidad para elegir y tomar decisiones conscientes, aspecto que los padres tendrían que proporcionar. No obstante, al no estar presente dicha función, la relación terapéutica tiene que funcionar como un vehículo de independencia emocional que le brinde oportunidad de crecimiento (Laufer, 1995 citado por Melgoza, 2002).

También es necesario ayudarle a identificar y discernir las situaciones que la puedan colocar en riesgo y hacer caso de su señal de alarma, los encuentros con el “extraño” son un anhelo de gratificación inmediata y narcisista de sus deseos afectivos pregenitales, al carecer del simbolismo genital.

La pobreza de su yo le hacen minimizar los riesgos además que las funciones yoicas en el área de juicio se encuentra alterada en virtud de no anticipar riesgos y planear adecuadamente. Para Ackerman (1958), el contacto con el padre personifica el desafío, a la comunidad externa a la familia, pues el niño que teme al padre teme al extraño. Parece que esto no funciona correctamente de ahí su dificultad para poner límites e interiorizarlos pues la carencia de la figura paterna se hace presente en los comportamientos sexuales no integrados sino parciales de objeto dirigidos a satisfacer su necesidad de amor.

Etchegoyen (1988) dice que la fase intermedia del proceso psicoterapéutico empieza cuando el paciente ha comprendido y aceptado las reglas del análisis, como son la interpretación, hablar en un ambiente permisivo no directivo, hablar de sí mismo, el contrato de trabajo, etc. En este aspecto, pareciera que Daniela presenta más compromiso trayendo un sueño y hablando

acerca de los “logros” que ha tenido, sin embargo, esto no es así pues nunca terminó de aceptar las reglas del encuadre, llegar a tiempo y asistir a todas las sesiones. Debido a que la psicoterapia es breve y al manejo sociopático de la paciente esta fase no se desarrolló plenamente.

El sueño es un claro indicador de la lucha que sostiene con su gratificación inmediata, pelea entre sus impulsos y su frustración. Requiere la frustración óptima para desarrollar la capacidad de autocuidado, confrontando al inconsciente para reducir la ansiedad y conflicto emocional recurriendo a este comportamiento (Castro, 1995).

El sentir la adrenalina es despertar y sentirse “viva” como una manera de encontrar sentido y aferrarse a la realidad, que en palabras de López (1988) los jóvenes buscan una sobresaturación sensorial, puesto que representa una alternativa preferible que el estado de confusión afectivo vivenciado en la adolescencia y en el ambiente familiar experimentado por Daniela. Estos estados del yo autoinducidos de intensidad afectiva y sensorial permiten al yo experimentar un autosenntimiento para proteger la integridad de los límites y su cohesión; promueven la vigilancia del yo sobre la tensión instintiva (López, 1988). Daniela clama ayuda para tener límites que no asfixien sino que la protejan.

En la transferencia se manifiesta la ambivalencia y el manejo psicopático de la relación vivenciada con la madre al sentirse muy cercana con la terapeuta, observado en la décima sesión al llegar casi al finalizar y pretender quedarse con el dinero. Muestra un gran deseo voraz de seguir recibiendo lo que necesita, como la petición de tener más sesiones pero a su manera queriendo controlar su alrededor y tener la atención de la terapeuta que desea, es decir, sin restricciones ni límites. Esta distancia “óptima” es la que ella puede manejar para mantener a raya su ansiedad. En ésta sesión, contratransferencialmente no se tuvo la sensación de que ya no regresaría al remarcar los límites, ya que según su manejo psicopático se podía correr el riesgo de que vivenciara la terapeuta como “mala” por negarle la atención, sin embargo, la sensación fue de

tranquilidad aunque con cierta molestia por su actitud manipuladora quedando aclarada la situación de su llegada tarde y la interpretación de su comportamiento escindido.

Mantener la identificación con el padre con el consumo de alcohol, representa una manera precaria y fantasiosa de negar la realidad y continuar dependiendo de los objetos parentales internos; el duelo por los padres de la infancia (Aberastury, 1990) se hace presente dificultando su resolución al no contar con figuras actuales a los cuales idealizar y sustituir puesto que se quedaría sin nada. Devalúa al padre por su resentimiento de no tener autoridad suficiente para romper la diada madre-hija, sin embargo, al ser igual que él es tomada en cuenta por la madre aunque sea de forma negativa.

El ejercicio de la sexualidad es de tipo narcisista, es decir, identificación con la madre que no le permite “ver” a las personas que tiene enfrente, sino que todas son “extraños” y usados para satisfacer de manera parcial sus necesidades afectivas, de ahí que se bese con chicos que recién conoce; esto es facilitado por el consumo del alcohol al debilitarse los límites y la conciencia. Se vive carenciada ya que el hogar es un “desmadre” y un “despadre” pues los progenitores no han sido capaces de poner orden ni satisfacer las necesidades básicas de amor y cuidado de los hijos, situación básica para un desarrollo sano (Estrada, 2000).

Aparece el duelo por el cuerpo infantil (Aberastury, 1990) y la ambigüedad bisexual, relacionada íntimamente al problema del narcisismo (Blos, 1962), observado en la décima segunda sesión la presencia de dos elementos fundamentales: su amiga Silvia y Manuel, quienes representan los dos tipos de orientación sexual y elección de objeto. Parece que su Yo tiene dificultad para lidiar con las situaciones cotidianas, por lo que aparecen sus defensas ayudando a negar y minimizar lo que le ocurre, la sensación de invulnerabilidad y omnipotencia provoca que no anticipe los riesgos ya que por momentos se desconecta con la realidad tratando de evadir y profundizar en los temas que ha traído a la sesión. Al estar en la posición bisexual, requiere

experimentar y fantasear para crecer, diferenciarse y ser “vista” ya que crecer implica tener límites en todos los aspectos, de ahí que oscile entre tener “novia” y besarse con un varón pues la pulsión sexual se hace presente sin importar el objeto. Transferencialmente la terapeuta juega un papel importante para poder identificarse con la figura femenina que le ayude a transitar por el camino de descubrimiento de su feminidad y por lo tanto, la heterosexualidad; apuntalar su Yo fortaleciendo sus defensas y haciendo uso de sus áreas libre de conflicto como su capacidad intelectual.

La madre continua en la misma tónica de querer llevársela del tratamiento para mantener la homeostasis y el no cambio, así mismo, la ubica en la promiscuidad. Daniela integra la sexualidad como algo natural que debe aprender a experimentar con cuidado y poder discernir sus ideas de las de su madre, de tal manera que integre ese concepto y niegue la concepción depositados en ella puesto que la conducta sexual está influenciada por las opiniones, hábitos y costumbres de los padres, clase social y edad (Espada, 2003). Fantasea alejarse para crecer, pero el mensaje materno es: “si creces y te vas lejos de mi, morirás”. Mensaje que percibe de modo inconsciente que trata de evadir con sus comportamientos “extraños” y “locos” cobrándole a su mamá la falta de atención, no obstante, este cobro le sale muy caro y dañino para sí misma, por lo que es necesario que renuncie a la autoagresión y ayudarle a hablar su enojo, ya que verbalizarlo le cuesta trabajo en virtud de que su manera de relación ha sido por la actuación, de ahí que la intervención terapéutica estuvo dirigida a hablar y reflexionar su dedicatoria de los comportamientos riesgosos que, en palabras de Kalina (1988) es enseñarle al paciente a hablar de sus conflictos en lugar de actuarlos.

El enojo despertado al no poder prolongar el proceso terapéutico y verbalizar sus sentimientos de tristeza en la fase de despedida de la terapeuta y de su espacio se incluyó en el proceso técnico – terapéutico. En un intento de sobreponerse ante la terminación-separación

aflora su fortaleza y su actitud de ser “calculadora” para no sentir la tristeza. El insight logrado al tratar de poner más atención en sus conductas, es un indicador de que su Yo está más fortalecido al tratar de aceptar e identificar sus propios impulsos (Blos, 1962). Manifestó mayor capacidad para identificar sus estados afectivos y relacionarlos con sus comportamientos.

Como parte de este fortalecimiento resultó necesario llevarla a pensar sobre sus intereses y gustos a fin de emplear el tiempo libre y utilizar sus recursos para explotar la actividad creadora, favorecida por la introspección y el retiro libidinal del mundo objetal (González, 1989).

En la fase final del proceso terapéutico mostró mayor cooperación y la alianza de trabajo estaba plenamente establecida, Daniela estaba más abierta a la escucha, pudo ser que se sintió menos amenazada ante la cercanía afectiva. Ha tenido que construir una coraza para bloquear sus sentimientos, pudiéndose observar en la dificultad para verbalizar “cómo se siente” puesto que el clima familiar no ha sido el más propicio para ésta expresión ya que no ha sido “vista” por la madre ni por el padre.

La terminación del proceso terapéutico produce en el paciente síntomas negativos como si se tratara de un retroceso del tratamiento, sin embargo, esto no debe asustar al terapeuta sino más bien interpretarlo como un temor del paciente de separarse pues la fantasía es no poder lidiar con el mundo (González, 1989). La sensación de seguir “loca” y terminar el tratamiento es la petición “no quiero irme, necesito estar aquí”; el saber que se acerca la culminación le provee de límites internos por lo que es importante señalar sus logros y darle confianza en que tiene que aprender a enfrentar su mundo con las herramientas que ha logrado adquirir, para Etchegoyen (1988) el tratamiento culmina cuando se establece una fecha entre terapeuta – paciente dando tiempo para su asimilación. Así mismo, el advenimiento de la terminación simboliza un No que ha ido interiorizando a través de la experiencia terapéutica, aspecto necesario para la integración (Kalina, 1988).

Contratransferencialmente se trabajó la necesidad de darle más sesiones y sucumbir ante su cara de “buena” para prolongar el proceso. Aunque mostró más comportamientos de autocuidado fué importante sugerirle un proceso más prolongado donde pudiera explayarse más continuando el trabajo y elaboración de sus comportamientos, al tiempo de seguir creciendo acompañada.

En la sesión final fue importante enfatizar sus logros recapitulando cómo llegó y como se va, devolverle la confianza ayudando a integrarse, además que los motivos por los cuales fue llevada a tratamiento-consumo de drogas y relaciones sexuales- estaban controlados, dejando claro que la preocupación por el alcohol es un punto no resuelto que debe seguir trabajando; esto es lo planteado por Etchegoyen (1988) al expresar que la culminación del tratamiento está en función de los objetivos iniciales del tratamiento además de saber hasta dónde se han alcanzado satisfactoriamente. Así mismo, Menninger (1974) manifiesta que, en términos generales, se puede culminar un tratamiento si el paciente ha mostrado signos de una adaptación satisfactoria consigo mismo, con las demás y poder utilizar de forma más rendidora el trabajo, el juego y otras actividades. La transferencia positiva hace su aparición manifestándose en un agradecimiento cordial y honesto lo cual se constituye como un momento significativo para Daniela, pues se trató de evitar la repetición de la relación materna a pesar de todos los intentos de boicotear el tratamiento, se analizó la relación paciente – terapeuta ambivalente y con un patrón de cierta inconstancia pudiéndose brindar contención favoreciendo la confianza en Daniela de que la terapeuta estaría ahí a pesar de todo. La buena alianza de trabajo y la transferencia positiva permitió la inclusión de la madre y tolerarla en la última sesión, esto debido al manejo de los límites y el rescate de los logros terapéuticos de Daniela deteniendo la agresión de la madre hacia ella.

La ambivalencia y narcisismo, se observaron y al señalarlas hubo mayor fortalecimiento yoico y consolidación del superyó para manejar sus impulsos e integrar sus vivencias; Daniela ingresa a la adolescencia de manera abrupta donde el ejercicio de la sexualidad no era de tinte genital, sino más bien de tipo exploratorio y preparatorio a la adultez (Blos, 1962) en un intento de manejar la ansiedad generada por su propio desarrollo físico, psicológico y emocional. Todavía queda un largo camino por recorrer puesto que al ingresar al proceso terapéutico transitaba por los remanentes preadolescentes superponiéndose la adolescencia propiamente como tal, como lo expresa Peter Blos (1962) con una debilidad yoica y un superyó vulnerable. Es indudable cómo para que Daniela optara por el consumo de drogas debieran conjuntarse factores que facilitaron la actuación, en palabras de Fenichel (1968): se requiere de una personalidad premórbida ya que prevalece la esperanza de realizar un deseo tan profundo y primitivo, que además es apremiante e intenta satisfacer anhelos con una finalidad narcisista; otros factores es el historial familiar adictivo, el funcionamiento familiar deficiente con estructura preadicta, malos entendidos y dificultad en los límites (Kalina, 1988).

La historia de Daniela está llena de actuaciones tendientes a obtener la “mirada” materna y la “protección” paterna sin obtener el éxito deseado, por lo que ha tenido que “crecer” y ser “independiente” en forma artificial para tratar de satisfacer sus necesidades lo que la ha llenado de resentimientos y un profundo dolor intentando llenar de culpa a la madre autoagrediendo con el consumo de drogas y sus comportamientos sexuales desorganizados. Estas actuaciones tienen el objetivo de pedir ayuda, diferenciar su yo – no yo y encontrar quién es ella, estructurar su nuevo Yo corporal y conformar su nueva identidad (Aguirre, 1998) para tratar de elaborar el duelo por la identidad y rol infantil (Aberastury, 1990).

Existe una relación simbiótica y agresiva con la madre (Román, 2003), así como una triangulación con el padre para desviar los conflictos conyugales y de alguna manera intentar disolver la diada madre-hija y promover el desarrollo.

CAPÍTULO 7

Conclusiones y aportaciones

La adolescencia representa tiempo de cambios en todas las esferas de la vida de la persona, de ahí la importancia de contar con bases lo suficientemente fuertes para enfrentar los embates de su mundo.

Los principales comportamientos riesgosos presentados en el caso de Daniela fueron el tener relaciones sexuales y consumo de drogas. Aunque Daniela tuvo relaciones sexuales una vez fue de manera no planeada, impulsiva e inconsciente; además bajo el influjo de droga el riesgo se torna mayor al ser con un chico que apenas conocía, el “extraño”. En el transcurso del proceso terapéutico se fueron identificando otras conductas como el propiciar encuentros con chicos mayores que ella, besarse con ellos y estar en lugares donde su vulnerabilidad era mayor para volver a consumir alcohol, drogas y tener comportamientos sexuales de riesgo.

El consumo de drogas y el comportamiento sexual de riesgo tienen un significado para la adolescente el cual permanecía inconsciente de tal forma que fue llevado a la actuación bajo la máscara de situaciones riesgosas sin medir las consecuencias que ello le traería. Estos comportamientos llevaban una dedicatoria dirigida principalmente a la madre, dedicatoria cargada de agresión, reclamos y petición de atención -“jalar la mirada”- que siempre ha anhelado pues parece que no ha sido “vista”, es decir, no ha sido satisfecha en sus necesidades básicas afectivas, de ahí la importancia de descubrir y ayudarlo a ser consciente de estos significados para evitar o disminuir estos comportamientos autoagresivos por medio de la verbalización y aceptación de sus impulsos. Debido a la relación ambivalente con la madre, la inconstancia y los

dobles mensajes que siempre han estado presentes, la paciente se ha llenado de tristeza y confusión; por lo que, busca darle sentido a su vida y a su identidad, busca alivio por medio de la negación de su realidad.

Otro significado que adquirió el consumo de drogas y los comportamientos sexuales desorganizados encontrado en el caso de Daniela es el intento de crecer, separarse e individuarse, pues la adolescencia representa una segunda oportunidad para realizarlo (Blos, 1962) por lo que a toda costa pretende llevarlo a cabo para no quedarse pegada de los objetos parentales, principalmente de la madre. Al mismo tiempo, también adquieren el significado y deseo de depender y quedarse “pegada” a la madre para satisfacer sus carencias afectivas.

Pareciera también que por la falta de límites no interiorizados, no mide los riesgos a los cuales se expone, de tal manera que en el fondo de sus comportamientos la interpretación es: “ayúdenme a detenerme, a no dañarme y a contenerme”. Esta petición de ayuda no es entendida por la madre, por el padre ni por la familia; la única que logra captarlo es su hermana Ema, la cual también está inmersa en la problemática de las drogas, por esta razón lo pone de manifiesto pues ella no es capaz de proteger a su hermana del daño que se está infringiendo. Cada comportamiento y acción que realiza Daniela van encaminadas a ser descubiertas pues la mayoría de las veces las personas que están a su alrededor, especialmente las que ella desea que sepan, se enteran y entonces es castigada, vigilada o amenazada para tratar de corregirla. En el fondo estas medidas “correctivas” adquieren el tinte de límites que ella está necesitando para autocuidarse y definirse a sí misma.

El llenarse y sentir la “adrenalina” adquiere el significado de “estoy viva”, “siento”, puesto que gran parte de sus vivencias dentro del seno familiar es que ella tiene que arreglárselas sola, puesto que nunca ha sido plenamente identificada como parte de la familia, ya que no la

“esperaban” aferrándose a la vida por todos los medios. Son mecanismos maniacos; representan intentos orales de satisfacción de las carencias afectivas.

Se puso en evidencia cómo todas estas conductas de daño trae consigo serias repercusiones en la vida de los adolescentes. Daniela tiene riesgo de sucumbir ante sus impulsos si no sigue trabajando en fortalecer sus límites internos, la falta de límites claros no le permite manejarse con cuidado previendo las consecuencias de sus comportamientos. Otra repercusión de estos comportamientos desorganizados es el riesgo de un embarazo no deseado ni planeado, así como el contagio de alguna Infección de Transmisión Sexual.

Algo importante que se observó durante el proceso para fortalecer a Daniela, fue la sensibilización que se logró acerca del lugar que ella ocupa dentro de su familia, se le confirió el papel de “revolucionar” el entorno familiar, de ser la depositaria de lo “malo” y entonces ella está actuando el mandato. Tuvo que recurrir a manejos psicopáticos para controlar su alrededor y conseguir lo que necesitaba. Esta situación requiere trabajarse más puesto que sólo se sensibilizó, pero es necesario que lo elabore e integre, para llegar a un insight profundo que haga modificar ese comportamiento dentro de la familia, en virtud de que el acuerdo fue solo trabajar una modalidad de psicoterapia breve

Los comportamientos sexuales de Daniela contribuyeron en la comprensión del desarrollo de la sexualidad adolescente. Se observó que estas relaciones establecidas con los varones eran de tipo parcial, de tipo narcisista, ya que no “ve” a las personas, son “extraños”, las emplea para sus propios fines de gratificación inmediata de sus impulsos y necesidades. Las actuaciones en el área sexual no están dentro del terreno de lo genital, debido a que se encontraba en la posición bisexual, en esta etapa suelen explorar y experimentar para descubrir y definir la elección de

objeto sexual, de ahí que Daniela oscile entre la fantasía de tener “novia”, besarse con los chicos que apenas conoce y tener relaciones sexuales sin medir consecuencias.

En cuanto al proceso terapéutico y lo ocurrido en él fue importante respetar el encuadre, de esta manera se le proporcionaron límites para controlar y manejar sus comportamientos psicopáticos imperantes. Sesión tras sesión era remarcar la llegada puntual y los beneficios que podía obtener de ello, finalmente era probar esos límites y tratar de trasgredirlos para medir a la terapeuta, como lo hacía con la madre.

Al iniciar el proceso fue claro como el establecimiento de la alianza de trabajo ayudó a la adherencia y permanencia, por lo que, constantemente se requiere hacer uso de ella para que los adolescentes muestren mayor cooperación y colaboración; Daniela logró conectarse con la terapeuta desde su parte racional e intelectual al sentirse escuchada y comprendida, al poder hablar de todas sus ideas sin que la terapeuta se asustara y la juzgara. La transferencia positiva se fue desarrollando poco a poco y también constituyó otro elemento importante para la permanencia de Daniela, a pesar de las constantes amenazas de abandonar el tratamiento.

Se observó un avance en el fortalecimiento de su yo empobrecido y la ayuda en la consolidación del superyo vulnerable. Esto manifestado en ciertos cambios de conducta como el detenerse y decir “no” a la gratificación de sus impulsos y en la identificación de las situaciones que podían colocarla en peligro, interiorizar límites; estos cambios pudieron efectuarse debido a las intervenciones dirigidas a ello, también porque la paciente contaba con elementos y recursos propios para tener asociaciones claras, relaciones entre hechos, pensamientos y sentimientos, todo ello tendientes al insight. Como lo expresa López (2001), el tratamiento psicoterapéutico del adolescente no busca insight profundo, lo que pretende es reforzar las funciones yoicas, detectar y modificar defensas que interfieran con el crecimiento y respeta las defensas que el yo requiere

para mantener su fortaleza. Además de esto, se requirió no desviarse del objetivo por tratarse de una psicoterapia breve, por este medio se busca fortalecer la capacidad de adaptación realista con los significados de la situación actual del adolescente, no se intenta producir cambios en la estructura de la personalidad; se buscó ayudar a Daniela a conectar sus acciones con los significados.

De acuerdo a lo anterior se puede decir que la modalidad de psicoterapia breve con orientación psicoanalítica representa una buena alternativa para el tratamiento con adolescentes con una problemática particular y definida debido a las características mismas de la fase por la cual atraviesa el joven.

La reproducción de las sesiones, las inferencias interpretativas y la supervisión del caso fueron muy útiles para no desviarse del objetivo del tratamiento, sin olvidar el análisis de los aspectos transferenciales y contratransferenciales propios del marco teórico y técnico de la psicoterapia psicoanalítica. Esto permitió fortalecer el yo de Daniela para detener sus conductas riesgosas, además de tener claro que la intervención terapéutica debe plantear la diferenciación, promoviendo el crecimiento.

La terapeuta de adolescentes debe ser un objeto disponible para idealizar y a la vez depositar la agresión contenida, ser un objeto de transición. Estos elementos ayudaron a que Daniela se identificara con la terapeuta y establecer la transferencia positiva, además de manejar los aspectos teóricos y técnicos para la problemática de la paciente.

Así como la intervención terapéutica plantea diferencia en la paciente, también la terapeuta se ve modificada. Ese encuentro entre dos personas va marcando un clima donde se dan movimientos, ritmos, expresiones simbólicas de amor, odio, frustración, alegría, enojo. El proceso psicoanalítico de tipo breve es un campo de investigación, que sólo se da en la vivencia

matizada por la relación transferencial donde ambos participantes se ven envueltos en el intercambio afectivo puesto al servicio del crecimiento, es decir, al servicio de la vida.

Del presente trabajo se desprenden las siguientes aportaciones:

- La psicoterapia breve con orientación psicoanalítica es útil para el tratamiento de adolescentes con problemáticas particulares, esto con el fin de ayudarlos en el fortalecimiento yoico y promover un sano desarrollo. A través de las intervenciones planificadas, tendientes a identificar las conductas sexuales de riesgo aunado al consumo de drogas, se pretendió fortalecer y promover conductas de autocuidado que los jóvenes tienen debilitadas.
- Es necesario que el psicoterapeuta de adolescentes posea y desarrolle determinadas características y aptitudes que permitan la vinculación del paciente para que éste lo identifique como un objeto de transición. Las características de personalidad juegan un papel importante en el establecimiento de una relación real para favorecer cambios en el adolescente y con ello responder efectivamente a sus necesidades emocionales promoviendo su desarrollo.
- La resolución y manejo de los propios conflictos del psicoterapeuta de adolescentes resulta básico para poder tolerar emociones y sentimientos tan intensos que trae consigo el paciente, pues de esta manera le ayudará a controlar sus actuaciones permitiéndole encontrar otras vías de escape más sanas.
- La identificación y manejo técnico de la contratransferencia es importante para que el proceso psicoterapéutico y la relación paciente terapeuta no se vea entorpecido, pues de otra manera, el terapeuta corre el riesgo de sucumbir ante los sentimientos despertados

por el paciente recurriendo a actuaciones que provoquen la demanda de satisfacción de necesidades del adolescente que no favorezcan su crecimiento.

- El registro sistemático de las sesiones y su análisis, hace posible reflexionar y dirigir las intervenciones terapéuticas para cumplir el objetivo, lo cual indica la importancia del adiestramiento del psicoterapeuta de adolescentes para el manejo del material técnico que pueda surgir en la situación terapéutica. En el presente caso, la paciente acudió a su seguimiento durante tres meses consecutivos, pudiéndose apreciar el mantenimiento de las conductas adquiridas. Esto resulta importante para tomarlo en consideración respecto a la técnica y método con orientación psicoanalítica con adolescentes al continuar reforzando en el aquí y en el ahora las conductas de autocuidado.
- Se pudo tener un acercamiento a la comprensión de la sexualidad adolescente según la etapa por la que atravesase, de este rubro se desprenden sugerencias para las intervenciones en materia de prevención sexual al anclar aspectos teóricos con aspectos prácticos. Esto deja abierta la posibilidad de nuevas líneas de investigación.
- En el terreno metodológico de la psicoterapia psicoanalítica, terapeuta y paciente son partes en constante interacción y afectación recíproca.

Limitaciones.

- Las conductas sociopáticas sólo se sensibilizaron por factores propios de la modalidad terapéutica ya que no se logró elaborar y simbolizar.
- La transferencia y contratransferencia se interpretan en el aquí y en el ahora como parte de la técnica con adolescentes con tiempo limitado, por lo que no es posible profundizar en algunos conflictos propios de la persona.

Referencias

- Aberastury, A. Knobel. M. (1990). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.
- Ackerman, W. (1958/1994). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Lumen Hormé.
- Aguirre, A. (Comp). (1998). *Psicología de la adolescencia*. Colombia: Alfaomega.
- Aksenchuk, R. (2006). Toxicomanía y psicoanálisis. Del goce globalizado a la ética de la diferencia. PSIKEBA Revista de Psicoanálisis y Estudios Culturales. Año 2, No. 4 2007. [en red] recuperado de <http://www.psykeba.com.ar/articulos/RAtoxicomania.htm>
- Albuerno, M (1995). *Manejo clínico del material secuencial onírico de una paciente en el proceso psicoanalítico*. Tesis doctoral. Universidad Intercontinental. México, D.F.
- Alveano, J. (1998). *El padre y su ausencia*. México: Plaza y Valdés.
- Balanzario, M. (1984). *Aproximación para la intervención terapéutica en casos de farmacodependencia* en Centros de Integración Juvenil, A.C. (1984). Aportaciones teóricas y prácticas para el conocimiento del farmacodependiente. Serie técnica Vol. 5. Perfil farmacodependiente. México: CIJ.
- Bellak, L. Small, L. (1965/1970). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Pax.
- Blanco, A. (2003). Tribulaciones de un "moderno" en la "posmodernidad". *Antroposmoderno*, 2003. [en red] recuperado de http://antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=408
- Bleichmar, N. (1997) *El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica*. México: Paidós.
- Blos, P. (1962/1975). *Psicoanálisis de la adolescencia* .México: Joaquín Mortiz.

- Bonilla, M. (2002). *La perspectiva cualitativa en el quehacer social*. México: CADEC.
- Bonilla, M. (2004). *Guía para la elaboración de investigación social*. México: Universidad Autónoma de Zacatecas-Universidad Vasco de Quiroga.
- Cardeña, D. (1982). *Familia y farmacodependencia. Una revisión bibliográfica* en Centros de Integración Juvenil, A.C. (1982). *Aproximaciones teóricas a la familia del farmacodependiente*. Serie técnica Vol. 2. Perfil familia. México: CIJ.
- Castro, M. (1995). *Modelo preventivo de riesgo psicosocial en la adolescencia*. Chimalli México: CONAPO - DIF.
- Casullo, M. (1998). *Adolescentes en riesgo: identificación y orientación psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (1988). *Manual de apoyo a grupos promotores preventivos en comunidad*. México: CIJ.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (1997). *Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos*. México: CIJ.
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2007). *Información epidemiológica: diferencia entre hombres y mujeres en el consumo de drogas*. [en red] Recuperado de www.cij.gob.mx
- Consejo Nacional contra las Adicciones. *Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Alcohol, tabaco y otras drogas. Resumen ejecutivo*. [en red] Recuperado de <http://cecadsonora.gob.mx/assets/archivos/ENA02-O.pdf>
- Devries, R. Pallone, A. (1996). *Adolescencia. Desafío para padres*. Argentina: Paidós.

Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Celis – de la Rosa, A. (2000).

La salud de adolescentes en cifras. *Salud Pública de México*. Vol. 45 supl. 1 de 2003 s153 – s166. [en red] Recuperado de www.adolesc.org.mx/saludpublica/45s1_19.pdf

Dulanto, E. (2000) *El adolescente*. México: McGraw Hill.

Espada, J. (2003, 22 de julio). Conductas sexuales de riesgo y la prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*. No. 85 [en red] Recuperado de <http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=1076>.

Espada, J. (2003, 3 de noviembre). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*. No. 84 [en red] Recuperado de <http://www.cop.es/papeles/vernumero.asp?id=1051>.

Estrada, L. (1997). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.

Estrada, L. (2000). El sistema familiar en el momento de la transición. *Cuadernos de Psicoanálisis*, 33: 55 – 62.

Estrada, M. (2002). *El impacto de la globalización en el proceso de separación – individuación del adolescente* en Melgoza, M. et. al (2002). *Adolescencia: espejo de la sociedad actual*.

Argentina: Lumen.

Etchegoyen, H. (1988). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Fenichel, O. (1968/1994). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. México: Paidós.

Fiorini, H. (1982). *Teoría y técnica de psicoterapia*. Argentina: Nueva Visión.

Freud, A. (1949/1992). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. España: Paidós.

Freud, A. (1936/1976). *El yo y los mecanismos de defensa*. España: Paidós.

Freud, S. (1905/1996). *Obras completas*. Tomo II. Traducción Luis López Ballesteros. España: Biblioteca Nueva. España.

Freud, S. (1923/1996). *Obras completas*. Tomos III. Traducción Luis López Ballesteros. España: Biblioteca Nueva. España.

Freud, S. (1929/1996). *Obras completas*. Tomos III. Traducción Luis López Ballesteros. España: Biblioteca Nueva. España.

Gadea, A. (2004). Vanguardias político-culturales y la prehistoria de lo posmoderno en América Latina. *La Colmena. Revista de la Universidad Autónoma del Estado de México*. No. 41, Enero-marzo 2004. [en red] recuperado de

<http://www.uaemex.mx/plin/colmena/Colmena%2041/Aguijon/Carlos.html>No. 41

Galeano, J. Guinsberg, E. (2001). ¿El progreso nos hace más felices? Adelantos tecnológicos, salud mental y calidad de vida. *Subjetividad y Cultura*. No. 17. Octubre 2001. México: Plaza y Valdés.

Garma, A. (1993). *El psicoanálisis, teoría, clínica y técnica*. Madrid: Julián Yebenes, S.A.

Gómez, J. (2002, 6 de mayo). El desarrollo sexual en la adolescencia. *Revista de Psicología*. [en red] Recuperado de www.paidopsiquiatría.com.

González, J. (1989). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes*. México: Trillas.

González, C. (2005, 4 de noviembre). Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000. *Salud Pública de México*. 2005; 47: 209-218 [en red] Recuperado de http://www.insp.mx/salud/47/473_3.pdf.

Gutton, P. (1993). *Lo puberal*. Argentina: Paidós.

Hernández, R. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

Idobro, C. (1998, 18 de abril) *Factores protectores familiares para prevenir conductas de riesgo en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito 1998*. [en red] Recuperado de http://www.boletinaps.org/boletin/boletin6/articulo_1.pdf.

Jiménez, M. (2000). *Taller de educación sexual para padres y madres de familia con hijos e hijas adolescentes*. Reporte de Servicio Social Profesional. Universidad de Guanajuato. León, Gto, México.

Kalina, E. (1988). *Adolescencia y drogadicción. De la práctica a la teoría*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Kalina, E. (2000). *Adicciones. Aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires: Paidós.

Kernberg, P. (2002). *Trastornos de personalidad en niños y adolescentes*. México: El Manual Moderno.

Lagache, D. (coord). (2005, 2 de diciembre). *Diccionario de psicoanálisis*. Fuente 7. [en red] Recuperado de <http://elortiba.galeon.com/faunapsi.html> .

Laplanche, J., Pontalis J. (1993). *Diccionario de psicoanálisis*. Traducción Fernando Gimeno Cervantes. Barcelona: Editorial Labor.

López, L. et. al. (1986). *Evaluación cualitativa de dos proyectos de atención curativa a la farmacodependencia: Psicoterapia breve individual y psicoterapia breve familiar en Centros de Integración Juvenil, A.C.- Consejo Nacional contra las Adicciones (1989)*. Evaluación Cualitativa de Acciones en Atención Preventiva y Curativa. Serie Investigaciones No. 3. Perfil Evaluación Cualitativa. Tomo I. México: CIJ.

- López, M., (1988). *La encrucijada de la adolescencia*. México: Ediciones Hispánicas.
- López, M. (2001). *La terapia psicoanalítica del adolescente* en Salles, M. (Coord.) (2001). Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes. México: Plaza y Valdés.
- Mahler, M. (1972). *Simbiosis humana: Las vicisitudes de la individuación*. México: Joaquín Mortiz
- Mahler, M. (1975/1977). *El nacimiento psicológico del infante. Simbiosis e individuación*. Argentina: Marymar.
- Medina, M. (2000, 3 de noviembre). *Juventud y Adicciones*. [en red] Recuperado de http://www.celaju.org/biblioteca/paises/mex/eval/7_med.PDF
- Melgoza, M. et. al (2002). *Adolescencia: espejo de la sociedad actual*. Argentina: Lumen.
- Menninger, K. (1974). *Teoría de la técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Psique.
- Mondéjar, L. (2003). Masculino/femenino/neutro. Vicisitudes de la identidad sexual y de género en la adolescencia. *Aperturas psicoanalíticas. Hacia modelos integradores. Revista de Psicoanálisis*. No. 15 Noviembre 2003 [en red] Recuperado de <http://www.aperturas.org/15lopezmondejar.html>
- Monroy, A. (2004). Las adicciones de hoy... *Intersecciones: Centro de investigación de la comunicación*, A.C. Enero-agosto, 2004.
- Moraleda, M. (1980). *La psicosexualidad en los adolescentes* en Aguirre, A. (Comp). (1998). Psicología de la adolescencia. Colombia: Alfaomega.
- Nuño, B. (2004). *Modelos de toma de decisiones con los que intentan resolver el consumo de drogas ilegales adolescentes consumidores y sus padres que acuden a tratamiento a CIJ en*

Guadalajara. Tesis doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México. [en red]

Recuperado de <http://tallersur.com/adolec/TesisMaestriaNuno.doc> .

Ortiz, A y col. (2006, 3 de noviembre). Tendencias y uso de cocaína en adolescentes y jóvenes de la ciudad de México. Sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*, 2005, vol. 28, 002, 91-97. [en red] Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58222809.pdf>

Pachuc, C. (Coord). (2005, 2 de diciembre). *Diccionario de psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Fuente 188. [en red] Recuperado de <http://elortiba.galeon.com/faunapsi.html>.

Perrel, E. (1999). *Modelo de investigación cualitativa en educación social y evaluación sociocultural. Aplicaciones prácticas*. Madrid: Narcea.

Pick, S. et. Al. (1997). *Planeando tu vida. Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes*. México: Ariel Escolar.

Pita, S. et al (2003, 18 de abril). *Determinación de factores de riesgo*. [en red] Recuperado de http://www.fisterra.com/material/investiga/3f_de_riesgo.htm.

Racker, H. (1960). *Estudios sobre técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

Ramírez, S (1975). *Infancia es destino*. México: Siglo XXI.

Román, E. (2003). *La identificación del farmacodependiente con la figura paterna (Un caso de identificación con el agresor)*. Tesina de especialidad. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Morelos, México.

Sandler, J. (1973). *El paciente y el analista. El marco clínico del psicoanálisis*. España: Paidós.

Santos, J. (2003, 3 de noviembre). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*. 45 supl. 1:s140-s152. [en red] Recuperado de www.adolec.org.mx/saludpublica/45s1_18.pdf.

Secretaría de Salud (2000). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999*. México

Secretaría de Salud – CONADIC. (1999). *Construye tu vida sin adicciones. Programa preventivo para pre-adolescentes*. México: Presidencia Municipal.

Trad, P. (1993, 30 de noviembre) The ability of adolescents to predict future outcome. Part I: Assessing predictive abilities. *Adolescence*. Vol. 28 Issue 111, p553, 23p. [en red] Recuperado de <http://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=aph&an=9401110129&loginpage=Login.asp&lang=es>.

Vives, J. (1986). Familia, conflicto e identidad psicosexual. *Cuadernos de psicoanálisis*. Vol XXI: 1 y 2, enero-junio 1988.

Weiner, I. (1992). *Métodos en psicología clínica*. México: Limusa.

Zúñiga, A. Bouzas, A. (2004). Consumo de alcohol en los adolescentes: percepción de consecuencias positivas y negativas. *Revista Mexicana de Psicología*, Vol. 23, junio 2006, No. 1, 97-110.