

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

El paciente adolescente en CAP Santa Fe ¿Problema o prevención?

Autor: Igor Cuevas Duarte

**Tesis presentada para obtener el título de:
Licenciatura en Psicología**

**Nombre del asesor:
Lila Madrigal Guridi**

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.





UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

'EL PACIENTE ADOLESCENTE EN CAP SANTA FE
¿PROBLEMA O PREVENCIÓN?'

T E S I S

Que para obtener el grado de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Presenta:
IGOR CUEVAS DUARTE

Asesora de Tesis:
MTRA. LILA MADRIGAL GURIDI

007
ZAVALA



T836

CLAVE: 16PSU0004J

Morelia, Michoacán

ACUERDO: RVOE LIC000204

Agosto de 2007

FE DE ERRATAS.

En la parte dedicada al resumen de la investigación menciono que en el estudio participaron **70** adolescentes y en debería decir **72**.

En el capítulo dedicado a la metodología, en la página 57 menciono que consulté la base de datos enfocándome en los períodos entre **2001 y 2005** y debería de decir **2001 y 2006**.





FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“EL PACIENTE ADOLESCENTE EN CAP SANTA FE
¿PROBLEMA O PREVENCIÓN?”**

T É S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

IGOR CUEVAS DUARTE

ASESORA DE TESIS:

MTRA. LILA MADRIGAL GURIDI

CLAVE: 16PSU0004J

MORELIA, MICHOACAN

ACUERDO: RVOE LIC000204

Agosto de 2007

“¿Quién soy?”

Estoy tratando de averiguarlo”

Jorge Luís Borges



AGRADECIMIENTOS.

A mis padres, por su amor, ejemplo, confianza y apoyo total en todo momento.

A mi hermana, por su cariño y respaldo a lo largo de toda mi vida.

A Lila, por su tiempo y ayuda incondicional durante la carrera y en la realización de esta investigación.

Al Centro de Atención Psicológica Santa Fe, por todas las facilidades permitidas para la realización de esta investigación.

A mis maestros, que contribuyeron a mi formación personal y profesional.

A Manuel mi analista, por su tiempo, compañía y comprensión durante mis momentos más críticos.

A mis amigos, por todos los momentos que hemos compartido, en algunos casos desde niños.

INDICE.

Resumen	1
Introducción	2
Planteamiento del problema	4
Justificación	4
Objetivos	5
Capítulo 1. Marco Teórico	6
1. La adolescencia	6
1.1 Definiciones y antecedentes	6
1.2 Cambios fisiológicos	7
1.3 La pubertad desde Freud	10
1.4 Las ideas de Anna Freud	13
1.5 La identidad en la adolescencia según Erickson	18
1.6 Las etapas de la adolescencia según Peter Blos	21
1.6.1 Preadolescencia	22
1.6.2 Adolescencia temprana	23
1.6.3 Adolescencia propiamente dicha	24
1.6.4 Adolescencia tardía	25
1.6.5 Postadolescencia	26
1.7 El síndrome de la adolescencia normal	27
1.7.1 Búsqueda de sí mismo e identidad	29
1.7.2 Tendencia grupal	30
1.7.3 Necesidad de intelectualizar	31
1.7.4 Crisis religiosas	32
1.7.5 Desubicación temporal	32
1.7.6 Evolución sexual desde el autoerotismo hasta la Heterosexualidad.	33
1.7.7 Actitud social reivindicadora	35
1.7.8 Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones De conducta	36
1.7.9 Separación progresiva de los padres	36
1.7.10 Constantes fluctuaciones del estado de ánimo	37
2. Psicopatología en la adolescencia	37
2.1 Trastorno paranoide	38
2.2 Trastorno esquizoide	38
2.3 Trastorno esquizotípico	38
2.4 Trastorno antisocial	38
2.5 Trastorno límite	38
2.6 Trastorno histriónico	38
2.7 Trastorno narcisista	38
2.8 Trastorno por evitación	38
2.9 Trastorno por dependencia	39
2.10 Trastorno obsesivo compulsivo	39
2.11 Trastorno de personalidad no especificado	39
2.12 Criterios generales para considerar un trastorno	39

3. Tratamientos	40
3.1 Tratamientos psicodinámicos	41
3.1.1 Psicoanálisis	42
3.1.2 Psicoterapia breve	42
3.1.3 Psicoterapia familiar	43
3.2 Terapéuticas de la conducta	44
3.3 Psicoterapia de grupo	44
3.4 Psicoterapia de acuerdo a la etapa de la adolescencia	45
3.4.1 Preadolescencia	46
3.4.2 Adolescencia temprana	47
3.4.3 Adolescencia propiamente dicha	48
3.4.4 Adolescencia tardía	49
3.4.5 Postadolescencia	50
Capítulo 2. Teoría metodológica	51
1.1 Ejes	52
1.2 Participantes	52
1.3 Escenario	53
1.4 Técnicas de recolección de datos	53
1.4.1 Descripción de técnicas	54
1.4.1.1 Base de datos	54
1.4.1.2 Ficha de identificación del sujeto	54
1.4.1.3 Historia clínica	55
1.5 Procedimiento	57
Capítulo 3. Resultados	58
1. Cuadro general	58
1.1 Tabla de información general	58
1.2 Conductas agrupadas de preadolescentes	65
1.3 Conductas agrupadas de adolescentes tempranos	69
1.4 Conductas agrupadas de adolescentes propiamente dichos	75
2. Conductas Psicopatológicas que no son parte de la crisis adolescente	80
2.1 Preadolescencia	80
2.2 Adolescencia temprana	81
2.3 Adolescencia propiamente dicha	81
3. Explicación teórica de conductas	82
4. Gráficas de porcentajes	91
Capítulo 4. Discusión de resultados	99
Capítulo 5. Conclusiones	112
Sugerencias y Limitaciones	115
Referencias	116
Anexos	119

RESUMEN.

La adolescencia es una etapa de transición en la vida de todos los individuos en donde se gestan fenómenos de orden físico, psicológico y social. Frente a la importancia de este período de la vida surgió el interés de realizar este estudio de tipo cualitativo exploratorio en donde participaron 70 adolescentes hombres y mujeres de entre 9 y 17 años que solicitaron ayuda psicológica en el Centro de Atención Psicológica Santa Fe de la Universidad Vasco de Quiroga de Morelia, Michoacán, con la finalidad de identificar si los motivos de conflicto en esta etapa se deben a manifestaciones psicopatológicas o a los fenómenos específicos de la adolescencia, para lo cual se recurrió a la información contenida en las historias clínicas de cada uno de los casos. Los resultados se analizaron descriptivamente y se encontró que más del 80% de los éstos asisten a consecuencia de los cambios propios de la adolescencia. Como marco teórico se recurrió a la teoría psicoanalítica.

Palabras Clave: Adolescencia, Psicopatología, Etapas de la Adolescencia, Psicoterapia.

INTRODUCCIÓN.

Las características propias de la adolescencia son muchas veces interpretadas como síntomas típicos de trastornos de la personalidad y generan malestar tanto en el individuo que atraviesa por esta etapa, como en las personas que lo rodean como los padres, hermanos y maestros.

Estas molestias cuando no son entendidas como parte de un proceso natural en el desarrollo psíquico, social, emocional y cultural ocasionan actitudes que pueden deteriorar las relaciones interpersonales del adolescente. Si observamos los motivos de consulta más recurrentes en pacientes adolescentes del Centro de Atención Psicológica Santa Fe de la Universidad Vasco de Quiroga, encontramos con mucha frecuencia que se deben a dificultades tanto de los padres, como de los maestros para poder asimilar las conductas de los adolescentes. Por lo tanto es necesario identificar los componentes que definen esta etapa del desarrollo en el individuo para poder determinar los juicios de valor que ubican o no al sujeto dentro de la normalidad, ampliando los márgenes de tolerancia que permitan una mejor convivencia entre el adolescente y su entorno. Pero así como la adolescencia favorece el desarrollo de conflictos interpersonales, le proporciona también al individuo la posibilidad de modificar o rectificar exigencias infantiles que amenazaban con limitar su desarrollo psicológico, es una etapa que permite la reconstrucción de desarrollos tempranos defectuosos o incompletos mediante nuevas identificaciones y contraidentificaciones. Es por así decirlo, una oportunidad de maduración en la cual cada individuo requiere elaborar las experiencias de vida totales para poder aspirar a una estabilidad yoica que fomente el desenvolvimiento productivo del individuo.

La conducta en la edad de la adolescencia es un fenómeno complejo ligado a la historia de vida individual y al medio ambiente en el cual cada individuo crece. Por lo tanto cualquier estudio acerca de esta etapa del desarrollo

debe de tratar de clarificar los procesos que llevan o a nuevas formaciones psíquicas, o a una reestructuración de las ya existentes.

En este punto, es necesario recurrir a la etimología de la palabra adolescencia que tiene sus raíces en el término latino *adolescencia* que proviene del verbo *adolezco* que significa crecer, ir en aumento y era utilizada por los latinos para referirse al último período de desarrollo físico que iba de los 15 hasta los 30 años. De aquí se desprenden las palabras *adolescens*, *adolescentior* y *adultus*. *Adolescens* se refiere al joven o muchacho de entre 11 y 23 años en el caso de los hombres y de entre los 12 hasta los 21 en el caso de las mujeres, una segunda acepción de la palabra se refiere a estar en vías de desarrollo. *Adolescentior* se utiliza para señalar un comportamiento de muchacho, con libertad, con poco miramiento. Finalmente, *adultus* se traduce como el más grande, más fuerte, crecido, llegado a la edad robusta y entera.

Tanto el término *adolescencia* como sus derivaciones, denotan la vinculación con procesos de crecimiento y maduración como parte de un proceso de vida en donde el individuo se prepara físicamente, psicológicamente y socialmente para la vida adulta.

Algunas investigaciones relacionadas son las hechas por María del Carmen Manzo Chávez titulada “La motivación al logro en la adolescencia y su relación con la depresión” realizada en Morelia, Michoacán en 2003; la de Laura Patricia Gómez López titulada “Causas del intento suicida en la adolescencia” hecha en Morelia, Michoacán en 2004; la de Margarita Ceja Martínez titulada “Estructura del Centro de Atención Psicológica de la Universidad Vasco de Quiroga y principales problemáticas que atiende”; la de Damaris Díaz Barajas titulada “Funcionamiento Familiar y características de personalidad desarrolladas en los adolescentes” realizada en Morelia, Michoacán en 2003 y la de Lila Madrigal Guridi titulada “El uso del videojuego como una modalidad a la técnica psicoanalítica en el tratamiento de adolescentes” hecha también en Morelia en 2006.

Los contenidos de esta investigación incluyen referencias teóricas de la adolescencia, sus etapas y características desde la perspectiva de teóricos como Freud, Anna Freud, Erickson, Aberastury, Blos y González Núñez. Además incluye los abordajes terapéuticos posibles dentro de la adolescencia. En la segunda parte de la investigación se aborda el tema de la metodología seguida para su realización, los resultados obtenidos y las conclusiones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las características propias de esta etapa del desarrollo son muchas veces interpretadas como manifestaciones de cuadros psicopatológicos que además de ocasionar malestar en el individuo que las vive, generan incomodidad en las personas allegadas a ellos. La falta de información y conocimiento por parte de la población en general se traduce en actitudes que lejos de facilitar el tránsito por esta etapa, ocasionan mayores probabilidades de conflictos. La pregunta que se desprende es ¿Los motivos de consulta en pacientes adolescentes del CAP Santa Fé son consecuencia de la crisis de la adolescencia o de algún cuadro psicopatológico?

JUSTIFICACIÓN.

Este tema fue elegido con la finalidad de obtener el grado de Licenciado en Psicología, además de que es una oportunidad para estudiar, analizar y comprender los fenómenos psíquicos que ocurren en la adolescencia tomando como referencia a los pacientes del CAP Santa Fé. Socialmente la investigación beneficiará a los usuarios del CAP así como a los terapeutas y prestadores de servicio porque les permitirá canalizar los esfuerzos con la finalidad de optimizar sus servicios identificando que tipo de intervención es necesario y conveniente con este grupo de la población. Esto propiciará que el CAP Santa Fé ahorre esfuerzos y gastos económicos, por ejemplo al crear talleres para padres en lugar de asignar tratamientos individuales, o de

familia, o talleres con los mismos adolescentes en donde se expongan las características típicas de esta etapa del desarrollo. Teóricamente es de utilidad esta investigación porque permite comentar diferentes aproximaciones teóricas hechas desde el psicoanálisis en relación con la adolescencia.

OBJETIVOS.

- General. Identificar de qué forma el CAP Santa Fé puede desarrollar mejor su función en relación con la población de pacientes en la edad de la adolescencia, si es mediante la prevención, o el tratamiento psicoterapéutico.
- Específicos. Describir las características esenciales de la etapa de la adolescencia para determinar el grado de normalidad o patología en los pacientes del CAP Santa Fé.
- Definir el grado de afectación a nivel familiar que ocasiona la crisis de la adolescencia.
- Esquematizar las estrategias apropiadas que el CAP Santa Fé puede implementar para satisfacer las demandas de la población adolescente.
- Indicar los trastornos más frecuentes en la adolescencia, así como los posibles tratamientos.

I. MARCO TEÓRICO.

1.1 Definiciones y Antecedentes.

La adolescencia es parte del total de etapas que el ser humano atraviesa a lo largo de su vida. Es una etapa en donde las estructuras físicas y psíquicas se ven sometidas a una crisis mediante la cual se constituirá la base sobre la que el sujeto se enfrentará a la vida adulta.

El adolescente se enfrenta a la paradoja de que ya no es un niño, pero tampoco es adulto y las exigencias que se le imponen implican que algunas veces se comporte como niño y otras como adulto. Desea llegar a ser “alguien” pero no sabe mediante que métodos alcanzar esta meta. Necesita ayuda de su familia, la escuela y la sociedad y si esta ayuda no se le brinda de forma efectiva su futuro como adulto ofrecerá considerables dificultades. En respuesta, el mundo adulto, mediante los padres, rechaza las fluctuaciones imprevistas del adolescente porque reviven las ansiedades básicas que ellos mismo creían ya haber superado. Ante esto, es imposible que el adolescente se desconecte por completo del mundo exterior, debe de hacer frente a esta realidad adulta pero se encuentra con que no está preparado para ello porque tampoco ha logrado desprenderse por completo de su mundo infantil que le ofrecía una realidad bastante gratificante por la satisfacción de sus necesidades básicas y la definición exacta de roles.

La adolescencia tiene la propiedad de funcionar como receptáculo de los conflictos ajenos y de asumir los aspectos más patológicos del medio al cual pertenece.

Se entiende por adolescencia de acuerdo con Papalia “la transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica cambios psicosociales, cognitivos y físico” (Papalia, 2001,p. 409). Erickson en *Infancia y Sociedad* definió al adolescente como una persona en desarrollo psicosocial, psicosomático e interpersonal (Erickson, 1959, citado en González, 2000).

Siguiendo a Fernández (1997) la adolescencia es “un estado confusional transitorio creado por la vastedad de los procesos de duelo y el polimorfismo zonal libidinal y hostil, los cuales llevan a una crisis de identidad que establece una lucha estimuladora del pensamiento lógico formal, las funciones discriminadoras y sintéticas del Yo y las protectoras del Superyó, llegando al establecimiento de nuevos vínculos objetales más reales previa elaboración de fantasías edípicas y preedípicas.” (Fernández,1997,p. 29). Estas definiciones coinciden en el hecho de resaltar como aspecto fundamental que la adolescencia necesariamente implica modificaciones en las estructuras físicas, psíquicas y sociales del individuo, por lo tanto, podemos decir que la esencia de esta etapa del desarrollo se encuentra en su condición de reajuste y cambio.

1.2 La adolescencia y los cambios fisiológicos.

De acuerdo con Freud (1905, traducción de Etcheverry 2001), la latencia termina con el crecimiento y maduración de los genitales, característica biológica. Al mismo tiempo que se da la maduración sexual, se reactivan los componentes psicológicos tales como la pulsión libidinal que busca el alivio de la tensión.

Los cambios fisiológicos están relacionados con alteraciones emocionales, particularmente con el aumento de emociones negativas como la depresión, ansiedad, desgano, tensión y otras formas de comportamiento adolescente.

La pubertad es el comienzo de la adolescencia y se caracteriza por la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Algunos de los cambios que ocurren en los varones son: (González, 2000).

- De los 12 a los 13: aumento del tamaño de testículos, crecimiento de escroto y pene.
- De los 13 a los 16: vello púbico pigmentado áspero y recto, vello axilar, continúan creciendo el pene y los testículos, aceleración del

aumento de estatura, maduración de la próstata y las vesículas seminales, eyaculaciones espontáneas o inducidas aunque los espermatozoides son insuficientes en número y tienen inadecuada movilidad (esterilidad adolescente), dilatación de la laringe que produce cambio de voz.

- De los 16 a los 18: aparición de vello facial y corporal, el vello púbico y axilar se hace más denso, la voz se hace más profunda, la eyaculación contiene un número adecuado de espermatozoides aptos para la fertilización, se llega al 98% de la estatura madura, aparecen entradas en la línea frontal del cabello.
- De los 18 a los 20: pleno desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, pueden seguir desarrollándose los músculos.

Los rangos de edad pueden variar dos años tanto para el inicio como para la terminación.

En el caso de las mujeres las edades promedio de comienzo son diferentes: (González, 2000).

- De los 10 a los 11: desarrollo de la cadera, elevación de pechos y pezones.
- De los 11 a los 14: vello púbico pigmentado, vello axilar, incremento en la altura 18 meses antes de la menarca, se agrandan los labios, secreción vaginal se vuelve ácida, los pechos y la aureola se elevan formando un pecho primario.
- De los 14 a los 16: vello axilar en moderada cantidad, vello púbico plenamente desarrollado, pechos llenos y con forma adulta, menstruación bien establecida, disminuye el ritmo de aumento de la estatura que termina a los 16 años 3 meses.
- De los 16 a 18: continúa creciendo el vello axilar, pechos plenamente desarrollados.

La edad puede variar de entre uno a dos años (González, 2000).

Papalia (2001) dice que el promedio de entrada a la pubertad en los hombres es a los 12 años, pero los cambios se pueden presentar desde los 9 años. Las mujeres pueden comenzar a presentar cambios desde los 8 años.

Una característica de los cambios durante la pubertad es que se pueden presentar de forma repentina. A esto se le llama crecimiento adolescente repentino, generalmente empieza con las mujeres entre los 9 años y medio y los 14 y entre 10 y medio y 16 en los hombres. El crecimiento adolescente repentino afecta todas las dimensiones de los músculos y esqueleto.

Los cambios físicos se ven acompañados por el resurgimiento de los impulsos sexuales que hacen que aparezca un nuevo objetivo sexual diferente al los de los años infantiles: la reproducción. La sexualidad entonces se manifiesta de tres formas: (Muss, 1997)

- a. Por la excitación externa de de la zona erógena.
- b. Por la tensión interior y la necesidad fisiológica de dar salida a los productos sexuales.
- c. Por la excitación sexual psíquica.

A consecuencia de esto, se presenta lo que Freud (citado en Muss, 1997, p.32) llamaba “onanismo por necesidad”.

Emocionalmente, hay un aumento de la excitación nerviosa, la ansiedad, fobia genital y las alteraciones de la personalidad ocasionado por el poder del dinamismo sexual y la relativa incapacidad de encontrar alguna forma de remediarlo. La madurez sexual influye particularmente en el sistema nervioso porque no sólo produce el aumento de la excitabilidad, sino que además reduce la resistencia contra el desarrollo de síntomas neuróticos. Así pues, durante la adolescencia, todo individuo es propenso a desarrollar cuadros psicopatológicos.

Para entender mejor los efectos psicológicos de la maduración sexual fisiológica es importante considerar a autores como Freud, Anna Freud, Blos, Erickson y Aberastury.

1.3 La pubertad desde Freud.

Dice Freud (1905, traducción de Etcheverry, 2001) que en el período de la pubertad se suman las pulsiones parciales para alcanzar una nueva meta sexual. Es necesario que coincidan tanto la corriente tierna como la sensual que se dirigen al objeto. La pulsión sexual se pone a disposición de la nueva meta sexual a través de la eyaculación.

Existen tres vías de estimulación sexual: desde el exterior, desde el interior del organismo y desde la vida anímica. La excitación sexual se manifiesta mediante síntomas somáticos y anímicos. Sobre el proceso de excitación sexual, Freud (1905, traducción de Etcheverry 2001) dice que presenta el carácter de una tensión que genera displacer porque no es posible acceder de forma inmediata al placer ulterior, pero es también placentera por los efectos de la excitación preparatoria. Hay dos tipos de placeres: el placer previo y el placer final. El primero, está vinculado a la pulsión sexual infantil, es de carácter pregenital. El segundo es nuevo porque se instala al llegar la pubertad, es de carácter genital.

Dice Freud (1905, traducción de Etcheverry 2001) que el placer previo trae consigo el peligro de ser mayor al placer final por lo que las acciones preparatorias pueden reemplazar a la meta sexual normal. De ser así se establecen fijaciones que desembocan en perversiones.

Al llegar la pubertad para Freud (1905, traducción de Etcheverry 2001) se establece la separación entre el carácter masculino y el femenino, diferencia que tiene una influencia definitiva en la vida del ser humano. Evidentemente, el hombre y la mujer tienen zonas erógenas rectoras diferentes, en el hombre es el glande y en la mujer el clítoris. Durante el período de la

pubertad, las mujeres enfrentan una nueva aparición de la represión. Hay un refuerzo de las inhibiciones sexuales que ofrece después un estímulo a la libido masculina, que se ve obligada a intensificar sus operaciones. La sobrestimación sexual masculina también se incrementa pero se encuentra con que la mujer se rehúsa y desmiente su sexualidad. Cuando finalmente el acto sexual es permitido, el clítoris es excitado y tiene la tarea de retransmitir esa excitación a las demás partes femeninas vecinas. Esta transferencia requiere de cierto tiempo durante el cual la mujer sufre de una anestesia (Freud, 1905 traducción de Etcheverry, 2001).

Cuando la mujer logra transmitir la estimulabilidad erógena del clítoris a la vagina, ha logrado mudar la zona rectora para la práctica sexual posterior. Este proceso del cambio de zona rectora y la reaparición de la represión es la principal causa de que la mujer desarrolle en un futuro neurosis, específicamente la histeria (Freud, 1905 traducción de Etcheverry, 2001).

Fisiológicamente la pubertad establece la primacía de las zonas genitales y la nueva meta sexual, pero psíquicamente el hallazgo de objeto se remonta a la infancia. El hallazgo de objeto se da mediante dos caminos: el de apuntalamiento en los modelos infantiles, y mediante la vía narcisista que busca al propio yo en los demás (Freud, 1905 traducción de Etcheverry, 2001).

Durante la lactancia la fuente de excitación del niño surge a partir de la persona encargada de su cuidado y alimentación quien dirige sentimientos que brotan de su vida sexual: acaricia, besa y mece al niño. Estas acciones enseñan al niño a amar, a dotarlo de una enérgica necesidad sexual y consumir todo aquello a lo cual induce la pulsión a los seres humanos.

El apego del niño hacia su cuidador provoca que ante la ausencia de éste y la imposibilidad de satisfacer sus necesidades libidinales, la libido se convierta en angustia expresada a través del temor a extraños, miedo a la oscuridad, etc.

La postergación de la maduración sexual da tiempo a que se establezcan algunas inhibiciones sexuales que sustentadas en principios morales que entre otras funciones tienen la de excluir de la elección de objeto a los propios familiares, se conforma así la barrera contra el incesto, una exigencia plenamente cultural (Freud, 1905 traducción de Etcheverry, 2001).

En un principio la elección de objeto se constituye como representación y difícilmente la vida sexual del joven puede desarrollarse en otro ámbito que el de las fantasías, es decir, representaciones no destinadas a ejecutarse. Resurgen mociones sexuales hacia los padres del sexo opuesto, del niño a la madre y de la niña al padre. Es frecuente que el primer enamoramiento serio de los jóvenes se dirija hacia personas maduras que revivan la imagen del padre o la madre. El hombre persigue la imagen mnémica de la madre, y la madre por su parte demuestra hostilidad (Freud, 1905 traducción de Etcheverry).

Acompañando a este proceso, se produce la desvinculación de la autoridad de los padres. Cuando no se logra esto, las personas nunca superan la autoridad paterna y se pueden presentar casos en los cuales se conserve plenamente el amor infantil en etapas posteriores a la pubertad y sus posteriores relaciones heterosexuales se vean deterioradas.

Cualquier perturbación del objeto sexual durante la infancia puede tener serias consecuencias en la vida sexual adulta, entre las que Freud (1905, traducción de Etcheverry, 2001) señala conflictos entre los padres y vida conyugal desdichada.

La elección de objeto es diferente entre hombres y mujeres, aunque de entrada ambos tienen dos objetos sexuales originarios: él mismo y la madre.

En el caso de las mujeres, al entrar a la pubertad se presentan las siguientes condiciones: hay una sobrestimación sexual, hay un aumento en el

narcisismo, se aman con intensidad por lo que su necesidad se sacia siendo amadas como ellas mismas se aman, buscan un objeto protector.

En el caso de los hombres, transfieren su narcisismo (sobrestimación sexual) al objeto, de la sobrestimación surge el enamoramiento.

En ambos casos se da el paso del narcisismo primario al secundario. El narcisismo primario es el amor a sí mismo derivado de las atenciones de los padres. El narcisismo secundario es el paso al amor de objeto (Freud, 1905 traducción de Etcheverry, 2001).

De forma más detallada Anna Freud continuó los estudios sobre la pubertad que iniciara su padre años antes.

1.4 Las ideas de Anna Freud.

Para Anna Freud en “El Yo y los mecanismos de defensa” (2000), la pubertad es la primera recapitulación de la vida sexual infantil. Durante la primera infancia, la pubertad y el climaterio el yo relativamente débil tiene que enfrentar un ello relativamente fuerte. En los niños tanto las exigencias de satisfacción instintiva que surgen de las diferentes fases del desarrollo, como los afectos y fantasías vinculadas al complejo de Edipo como de castración son muy intensas; en oposición, el yo que les hace frente está apenas en formación, por lo tanto es débil. En la realidad exterior, el yo encuentra su principal aliado contra la vida instintiva, la educación. Su actitud ante el ello está controlada por las amenazas y promesas del mundo exterior, por la esperanza de amor y la expectativa de castigo. Adquieren una importante capacidad de control sobre su vida instintiva aunque es imposible señalar en qué medida se debe a una capacidad yoica y qué medida a la presión de la realidad exterior.

Para Freud (2000) la realidad externa instala un representante en el psiquismo del niño bajo la forma de ansiedad objetiva, anticipación del dolor

que los agentes externos podrían infligir en el niño como castigo. El resultado de esto es un conflicto interno entre la ansiedad y las exigencias instintivas que intenta ser resuelto mediante los síntomas de la neurosis infantil.

Al tomar una adecuada posición en su lucha con el ello el yo, la etapa infantil termina. El yo es capaz de decidir la cantidad de satisfacción y prohibiciones instintivas, lo cual se mantendrá en la solución de todos los conflictos.

Dice Freud (2000) que el período de latencia comienza con una disminución de la fuerza de la vida instintiva, condicionada fisiológicamente y caracterizada por una tregua en la lucha defensiva hecha por el yo. Disminuye la total dependencia respecto de los padres e inicia la identificación con los mismos. Todas las normas impuestas por los padres y educadores son introyectados por el niño, quedando instalado el superyó. La angustia ante el mundo exterior es sustituida por la angustia ante el superyó, sentimiento de culpa en la consciencia.

La latencia no dura mucho tiempo y da paso a la prepubertad que se caracteriza por ser el proceso fisiológico indicador de la madurez sexual física y que se acompaña de una estimulación de los procesos instintivos, que se trasladan a la esfera psíquica bajo la forma de un avance de la libido. La relación entre las fuerzas del yo y el ello se altera y el equilibrio psíquico difícilmente logrado se cae, reeditándose los conflictos internos entre las dos instancias (Freud 2000).

El espacio entre la latencia y la pubertad, llamado prepubertad, prepara para la madurez sexual física. En la vida instintiva no ocurre ningún cambio cualitativo, si cuantitativo, por el aumento de la cantidad de energía. Los impulsos agresivos se intensifican emergiendo en forma de conducta criminal. Las pulsiones orales y anales regresan a la superficie. Aparecen tendencias exhibicionistas, de crueldad y brutalidad. Los deseos edípicos se cumplen mediante fantasías poco deformadas.

El objetivo del yo durante la prepubertad para Freud (2000) es mantener el carácter desarrollado durante la latencia reconstruyendo la relación entre sus propias fuerzas y las del ello y oponiéndose a la mayor necesidad de demandas pulsionales. Utiliza todos los mecanismos de defensa: represión, desplazamiento, negación, además de que produce fobias y síntomas histéricos y reduce la angustia mediante la conducta y pensamiento de tipo obsesivo.

En el caso de la pubertad masculina (Freud, 2000) los impulsos genitales reciben las más poderosas cargas, lo cual se traduce psíquicamente en el retiro de libido de los impulsos pregenitales para concentrarse sobre la genitalidad, apareciendo fines y representaciones objetivas.

Durante la adolescencia considera Freud (2000) que la actitud del yo hacia el ello no está regida por el conflicto de la satisfacción de un deseo en particular, sino en la estructura psíquica global durante los períodos de infancia y latencia.

Existen dos probabilidades: o el ello fortalecido puede vencer al yo, en cuyo caso no se conservará ningún rasgo de carácter anterior del individuo; o el yo saldrá vencedor y el carácter adquirido durante el período de latencia se manifestará definitivamente. Las instancias del yo que han resistido sin vencerse la etapa de la pubertad, tienen la ventaja de mantenerse a lo largo de toda la vida. Igualmente se puede decir que el valor absoluto de la fuerza de los instintos durante la pubertad no representa ningún dato sólido de pronóstico acerca del resultado final del proceso puberal.

Existen dos actitudes que el yo específicamente en la pubertad suele adoptar ante las exigencias instintivas: el ascetismo y la intelectualización.

El adolescente extiende el proceso de la represión a la vida entera, parecen temer más a la cantidad que a la calidad de los instintos. La desconfianza en el placer en sí mismo los lleva a asumir prohibiciones más estrictas que

tiende a generalizar incluyendo las actividades más triviales y las necesidades físicas. Niegan todo impulso con matiz sexual (Freud, 2000); evitan la relación con personas de su propia edad, se aíslan de cualquier tipo de recreaciones y rechazan actividades relacionadas con la música o el baile, evitan ceder inmediatamente a todas sus necesidades físicas como la alimentación, la eliminación de productos fisiológicos o el sueño. En el caso de las neurosis, el enfermo suele dejar espacio para la sustitución de la gratificación instintiva, con los adolescentes no ocurre lo mismo, no dejan salida a la gratificación. El adolescente súbitamente se entrega a las actividades antes consideradas prohibidas, esto representa una curación transitoria espontánea del estado ascético. De no producirse la autocuración se presenta una paralización de las actividades vitales del individuo, entrando en el plano de la transformación psicótica. El proceso comienza a partir de una angustia ante la cantidad instintiva, más que ante la calidad de los instintos.

En el ascetismo opera un proceso más primitivo que la represión propiamente dicha. La interpretación adecuada del ascetismo adolescente de acuerdo a Freud (2000) es la de una manifestación de un antagonismo innato primitivo y primario entre el yo y el instinto.

La intelectualización se observa mediante la aparición de intereses por cuestiones abstractas, temas como el amor libre, matrimonio, la libertad, la rebelión versus el sometimiento a la autoridad, la amistad, entre otros. Pero la elevada capacidad intelectual tiene poca relación con su conducta. El intelectualismo parece tener la finalidad (Freud, 2000) de contribuir a la ensoñación diurna por lo que las ambiciones del adolescente no están destinadas a cumplirse. La finalidad de la intelectualización es la de dominar mediante la reflexión el conflicto instintivo. Es una tensa vigilancia de los procesos instintivos. Los ideales sobre la amistad y fidelidad reflejan la inquietud del yo que percibe lo efímero de las nuevas relaciones con el objeto.

El intento de adueñarse de los procesos instintivos al asociarlos con representaciones accesibles a la consciencia es para Freud (2000) una de las mayores adquisiciones del yo humano.

Durante el período de latencia la prohibición de la sexualidad se extiende hacia otras áreas de la vida, en cambio en la pubertad ante el resurgimiento de las necesidades instintivas se reactiva la antigua capacidad intelectual. En la latencia el niño no tiene ninguna necesidad de dedicarse al pensamiento abstracto.

Respecto al amor objetal y la identificación, el superyó está cargado con la energía libidinal derivada de la relación con los padres por lo que es considerado como un objeto incestuoso, el yo se retira del superyó y el individuo se vuelve antisocial.

El adolescente se aleja de sus objetos amorosos primarios y aparecen nuevas fijaciones de amor, ya sea que se enamore de alguien de su misma edad bajo la forma de una intensa amistad, o enamorándose de alguien mayor quien adopta la forma de guía y sustituto de los objetos abandonados. Son relaciones apasionadas pero breves, los nuevos objetos serán también abandonados y sustituidos por otros. Se olvidan rápidamente pero el tipo de relación mantenida con ellos se conserva para repetirse con el nuevo objeto. El adolescente no desea poseer al objeto, sino lograr la mayor asimilación posible del mismo. No son relaciones objetales en el mismo sentido que las experimentadas en la vida adulta, son identificaciones muy primitivas. La inconstancia de la pubertad no es un cambio interior en las convicciones o amor del individuo, sino una pérdida de la personalidad determinada por el cambio en las identificaciones. Existen transformaciones en la forma de hablar, peinarse, vestirse por lo que el adolescente se asemeja a los pacientes “como si” descritos por Deutch (Deutch, citada en Freud, 2000).

Dice Freud (2000) que como resultado de la lucha contra los instintos y del ascetismo, mediante el abandono de los objetos primarios, el individuo retira la libido del mundo exterior para regresarla a sí mismo. Las relaciones objetales tienen el carácter de intentos de curación, parecido a lo que se ocurre en los inicios de los procesos psicóticos.

Considerando cuantitativamente el aumento de libido, todo período de la vida en el que esto sucede, puede constituir el comienzo de un trastorno neurótico o psicótico. En este sentido, no es fácil determinar mediante la observación qué aspectos forman parte de un época de transición en el desarrollo normal y qué es parte de un proceso patológico (Freud, 2000).

1.5 La identidad en la adolescencia según Erickson.

Erickson (1959) estudia el desarrollo psicosocial del ser humano a partir de ocho etapas en donde el individuo enfrenta crisis necesarias para su maduración y virtudes que lo fortalecen para entrar a la siguiente etapa del desarrollo.

La primera etapa confianza básica contra desconfianza básica ocurre en la lactancia coincide con la fase oral propuesta por Freud y se desarrolla la virtud de la esperanza (Erickson, 1959).

En la primera infancia aparece la segunda etapa que es para Erickson (1959) la de autonomía contra vergüenza y duda, la virtud es la fuerza de voluntad y coincide con la fase anal.

La tercera etapa aparece en la edad preescolar (Erickson, 1959) y es la iniciativa contra culpa, la virtud es el propósito, coincide con la etapa fálica.

La cuarta etapa en la edad escolar es industria contra inferioridad correspondiente a la fase de latencia, la virtud es la capacidad (Erickson, 1959).

La quinta es identidad contra confusión de rol correspondiente a la pubertad y adolescencia, la virtud es la fidelidad (Erickson, 1959).

La sexta es intimidad contra aislamiento, corresponde a la adultez joven y la virtud es el amor (Erickson, 1959).

La séptima es generatividad contra estancamiento, corresponde a la adultez y la virtud es el cuidado (Erickson, 1959).

Finalmente, la integridad del yo contra la desesperación, corresponde a la vejez y la virtud es la sabiduría (Erickson, 1959).

En el caso de la pubertad y adolescencia dice Erickson (1959) que las continuidades en las que se confiaba vuelven a ponerse en duda generada por la rapidez del crecimiento corporal que iguala a la de la temprana infancia. Los adolescentes se preocupan fundamentalmente por lo que parecen ser ante los demás en comparación con lo que ellos mismos creen que son. Deben de volver a vivir muchos de los conflictos de etapas anteriores aunque para hacerlo deben de elegir artificialmente a otras personas para que tomen el papel de adversarios, es necesario que establezcan ídolos e ideales perdurables que respalden su identidad.

La identidad yoica es para Erickson (1959) más que la suma de las identificaciones infantiles, es la confianza acumulada en que la continuidad y mismidad interiores preparadas en el pasado encuentran su equivalente en la continuidad y mismidad del significado que se tiene para los demás, como se demuestra en la elección de una carrera.

El peligro de la etapa es para Erickson (1959) la confusión de rol que cuando se funda en una duda en cuanto a la propia identidad sexual puede manifestarse a través de actos delincuentes o episodios psicóticos. Para evitar la confusión, el adolescente se puede sobreidentificar temporalmente con los líderes de grupos o multitudes.

El amor adolescente representa el intento por llegar a una definición de la propia identidad proyectando la propia imagen y/o difusa en el otro logrando que se refleje y se aclare. El enamoramiento es de naturaleza menos sexual que en otras edades.

Aparecen actitudes exclusivistas y crueles hacia todas las personas diferentes con la intención de defenderse contra la confusión en el sentimiento de identidad. Los adolescentes se ayudan mutuamente a soportar muchas dificultades formando pandillas, convirtiéndose en estereotipos, pero también ponen a prueba la capacidad de fidelidad entre ellos.

La visión más ideológica de la sociedad es la que influye en los adolescentes quien necesita verse afirmado y confirmado por sus iguales en rituales que al mismo tiempo definen el mal, lo incomprensible y lo hostil (Erickson, 1959).

Existe también la vía de lo que Erickson (1959) llama identidad democrática, es más difícil de lograr y menos atractiva e implica la libertad de acción y no ofrece una identidad prefabricada, sino que debe de ser desarrollada por el propio individuo. La tendencia del adolescente a dividir todo en blanco y negro se siente más atraída por el sistema totalitario que fomenta esta dualidad. El sistema democrático al aceptar diferentes matices resulta más complejo.

La identidad debe de quedar establecida antes del matrimonio dando lugar a la madurez, surgiendo un individuo integrado e independiente que no necesita de los soportes emocionales de los demás y que acepta su pasado sin poner en duda constantemente su identidad. La identidad del yo implica en la teoría de Erickson (1959) integrar el total de aspiraciones vocacionales con todas las cualidades adquiridas mediante las identificaciones anteriores (de padres, enamoramientos, admiración de líderes, etc.). Es así como se accede a la intimidad del amor sexual y afectivo, la amistad profunda y

demás situaciones que necesitan que el individuo pueda entregarse sin el temor de perder la identidad del yo.

1.6 Las etapas de la adolescencia sugeridas por Blos.

De forma inconsciente el proceso de la pubertad afecta el desarrollo de los intereses, vida social y afectiva de los individuos. El ritmo de cambios fisiológicos es variable por lo que la edad cronológica no es un criterio válido para determinar la madurez física. Los adolescentes que entran tempranamente en la pubertad la pasan rápidamente, mientras que los que la entran más tarde progresan más lentamente (Blos, 1971).

Además de las diferencias sobre el inicio y la duración de la pubertad, el propio patrón de crecimiento del individuo no es parejo en todo su cuerpo. Cada sistema es afectado en una forma particular. Pero la aceleración y retardo extremos en el crecimiento ocasionan una distribución desigual de crecimiento en todo el cuerpo. Esto es conocido como crecimiento asimétrico y tiene repercusiones en la adaptabilidad física y mental del individuo. El crecimiento frecuentemente se da como una secuencia de cambios súbitos más que como una progresión gradual. El crecimiento de los músculos, la estatura, el peso y de los caracteres sexuales primarios y secundarios está acompañado de importantes estados emocionales que inciden en el cambio de autoimagen corporal y en la reevaluación del ser ante las nuevas sensaciones físicas. Inevitablemente el adolescente se ve obligado a comparar su propio desarrollo corporal con el de sus pares. (Blos, 1971).

Además se presenta el fenómeno de la diferenciación psicológica que está acompañado de una labilidad psíquica reflejada en los conflictos emocionales de variada gravedad y efectos transitorios o permanentes. La libido es reorganizada por el yo. Dice Blos (1971) que el adolescente adquiere un nuevo rol y estatus, adoptando una autoimagen definitiva reforzada por el medio social. Sin este refuerzo del medio la autoimagen pierde cohesión y es necesario recurrir a operaciones sustitutivas y defensivas.

La definición social de la edad de madurez varía de acuerdo a las épocas y los lugares, ante esto la juventud ha creado sus propias formas sociales y patrones de experiencia. El adolescente se ve forzado a llevar un estilo de vida auto seleccionado, esfuerzo que intenta transformar un fenómeno biológico en psicosocial.

La adolescencia es para Blos (1971) la suma total de todos los intentos para ajustarse a la pubertad, a las nuevas condiciones endógenas y exógenas que enfrenta el individuo. Ante la necesidad de enfrentarse a las nuevas condiciones son evocadas todas las formas de excitación, gratificación y defensa que fueron utilizados en etapas anteriores del desarrollo. Esta combinación infantil es la responsable del “carácter regresivo y grotesco del adolescente” (Blos, 1971 p.29) es la manifestación de la lucha por retener un equilibrio psíquico que ha sido alterado por la crisis de la pubertad. Las fases pregenitales de la organización sexual están todavía intentando afirmarse e interfieren con el progreso hacia la madurez. Es un segundo paso hacia la individuación que se acompaña de sentimientos de aislamiento, soledad y confusión. La terminación de la infancia, la nueva naturaleza de los compromisos y la limitación concreta de la existencia individual crea un sentido de pánico y miedo (Blos 1971).

Blos (1971) divide la adolescencia en cinco etapas para su estudio: preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente dicha, adolescencia tardía y posadolescencia.

1.6.1 Preadolescencia.

Dice González (2000) que se presenta un aumento cuantitativo de las exigencias del ello que conduce a una acumulación de energía psíquica de todas las metas libidinales y agresivas que han servido al individuo durante sus años anteriores, hay una incapacidad para reconocer un nuevo objeto amoroso o una nueva meta instintiva. Resurge la pregenitalidad, el joven es más difícil de controlar. El ello se encuentra con un Superyó reprobatorio, el

yo tiene que recurrir a mecanismos como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento. Desarrolla capacidades que son aprobadas por el grupo de pares y adopta conductas compensatorias y compulsivas que intentan aliviar la ansiedad. Aparecen intereses por coleccionar cosas. Para evitar el conflicto con el superyó se descarga la culpa en el grupo, específicamente en el líder. Pueden aparecer síntomas transitorios como los miedos, fobias o tics nerviosos. En los hombres reaparece la angustia de castración y los lleva a juntarse con compañeros del mismo sexo, adopta actitudes sádicas, utiliza un lenguaje obsceno, rechaza la limpieza, siente fascinación por los olores, practica juegos fálicos exhibicionistas, y en general expresan fácilmente los pensamientos sintónicos de grandiosidad e indecencia del yo. El conflicto central es el miedo y la envidia por la mujer. Se presenta la angustia de tipo homosexual. En las mujeres aparecen actitudes de “marimachas” que señalan la manifestación de la envidia al pene, conflicto central de las mujeres en esta etapa.

1.6.2 Adolescencia temprana.

Los adolescentes buscan objetos libidinales fuera del grupo familiar, iniciando de forma definitiva la separación de los primeros objetos (González, 2000). Hay una falta de catexis en los objetos de amor incestuosos que ocasiona que la libido flote libremente buscando acomodo. La falta de catexis afecta a los valores morales internalizados y hay una falta de autocontrol que lleva a conductas delictivas relacionadas con la búsqueda de objetos de amor, son también una salida la soledad, depresión y aislamiento. Al desprenderse de los objetos de amor familiares, los amigos ocupan un lugar muy importante. La elección de objeto es narcisista, se necesitan objetos a los cuales se puedan idealizar que ayudan a consolidar el ideal del Yo independiente del mundo externo, cuando esto sucede, el objeto se percibe como “normal”.

En el caso de lo hombres, los sentimientos de ternura hacia el padre representan un conflicto que se resuelve entrando en oposición con él o por

medio de una gratificación inhibida de metas e intereses compartidos, además niega y se avergüenza de su feminidad. En el caso de las mujeres, la falta o pérdida de una amiga puede generarle desesperación y depresión, además reprime menos su tendencia bisexual y manifiesta más fácilmente su masculinidad. Una forma común de idealización es el “flechazo” y los objetos elegidos pueden o no tener similitud con los padres. Al declinar la tendencia bisexual se entra a la adolescencia (González, 2000).

1.6.3 Adolescencia propiamente dicha.

En esta etapa en cuando se termina la formación de la identidad sexual (González, 2000). Los procesos que dominan son la renovación del complejo de Edipo y la reconexión de los objetos primarios, se renuncia al objeto incestuoso y se abandonan las actitudes bisexuales y narcisistas para orientarse hacia el objeto heterosexual. Se incrementa el impulso sexual y genera angustia en el Yo que recurre a mecanismos defensivos y adaptativos. La libido retirada del padre internalizado, lleva al hombre a una elección narcisista de objeto basada en el Yo ideal. La mujer persevera en la actitud bisexual, con una sobrevaloración del componente fálico que en su momento es otorgado al amor heterosexual. En ambos casos aumenta el narcisismo y produce una etapa narcisista transitoria. Esto se debe al retiro de la catexis del objeto hacia el self, eliminando a los objetos como fuente de gratificación libidinal. Se observa una necesidad de objeto que llevan a identificaciones superficiales y transitorias. El objeto real necesitado es el padre del mismo sexo con quien necesita identificarse antes de que pueda surgir la posibilidad del amor heterosexual. Pero al mismo tiempo, se pasa de la sobrevaloración de los padres a su devaluación y se da una autoestima narcisista que produce actitudes de rebeldía y arrogancia. Es una etapa narcisista al servicio del desarrollo con la excepción de cuando se convierte en una operación defensiva que inhibe el proceso de separación. Al descatectizar los objetos primarios, se recurre a la identificación para dominar las relaciones de objeto.

Entre el abandono de los objetos primarios y su sustitución por otros nuevos, el Yo se empobrece (González, 2000).

Las primeras relaciones amorosas no son relaciones maduras, sino intentos primitivos de desplazamiento que alcanzan la madurez con la resolución del Edipo. Las relaciones por lo general están determinadas por algún parecido físico o mental con el padre, o por sus fuertes diferencias con él. El complejo de Edipo no desaparece por completo hasta que el joven forma una nueva familia.

Se presenta una tendencia pasajera a conservar los privilegios de la infancia y al mismo tiempo disfrutar de los derechos de la adultez.

La fuerte capacidad de introspección que ocasiona el retraimiento libidinal del mundo objetal favorece a la actividad creativa que puede describirse como narcisista y parcialmente relacionada a los objetos (González, 2000).

1.6.4 Adolescencia tardía.

Es una fase de consolidación en la que terminan los siguientes cambios: (González, 2000).

- a. Arreglo estable de intereses y funciones yoicas.
- b. Extensión de la esfera del Yo libre de conflictos.
- c. Posición sexual irreversible.
- d. Catexis relativamente constante de representaciones del Yo.
- e. Estabilización de los aparatos mentales que protegen la identidad del mecanismo psíquico.

Se produce una integración del yo que mezcla los retardos parciales con expresiones de estabilidad como el trabajo, amor y la afirmación de una ideología. Hay una toma de consciencia de sí mismo como ser social. Los conflictos infantiles no son eliminados, sino que se integran como parte del

yo sintónico. El dominio de algún conflicto residual es muchas veces fuente de aumento de la autoestima.

Los conflictos instintivos son resueltos de forma incompleta. La aceptación de la realidad nunca se completa; ninguna persona está libre del esfuerzo de relacionar la realidad interna y la externa. Este esfuerzo es apoyado por actividades como la religión o las artes.

El proceso de consolidación en la adolescencia tardía se puede ver obstaculizado por la necesidad de asignar a objetos de amor y odio en el mundo externo catexis agresivas y libidinales que originalmente se combinaban en representaciones de objeto. Las consecuencias se observan en actitudes, sentimientos y prejuicios que causan pequeñas quejas y odios de las personas importantes en la economía psíquica (González, 2000).

La formación de síntomas en esta etapa es un intento de autocuración al haber fracasado en la resolución de fijaciones edípicas.

1.6.5 Postadolescencia.

Es una fase intermedia entre la adolescencia y la edad adulta. La estructura psíquica ha adquirido una fijación en términos de desarrollo del Yo que permite al individuo armonizar las diferentes partes de su personalidad (González, 2000). Esto es solo posible si las necesidades instintivas y los intereses yoicos entran en armonía.

El desarrollo de la personalidad no termina aquí, la paternidad y maternidad continúan el proceso.

Durante este período la moralidad es ejercida destacando la dignidad personal o autoestima, más que la independencia del superyó y del ello. El yo ideal asume la función reguladora del superyó, es el heredero de los padres idealizados de la infancia, la confianza en el padre se coloca en el

self. De no lograrse una organización estable del self, o cuando no se convierte algún conflicto en yo sintónico, el desarrollo del individuo se detiene.

Las crisis en esta etapa se pueden originar a causa de fantasías en la cuales se espera que las circunstancias de la vida resuelvan la tarea de vivir en lugar de vivir para realizarlas, entonces aparecen los síntomas neuróticos (González, 2000).

La principal tarea del hombre es reconciliarse con la imagen paterna y la mujer con la imagen materna para poder alcanzar la madurez.

Se da una aceptación o afirmación de las instituciones sociales, en la que se resuelven aspectos de la influencia parental.

1.7 El síndrome de la adolescencia normal (Aberastury y Knobel).

El síndrome de la adolescencia normal constituye una entidad semipatológica que resulta perturbador y es perturbado por los adultos es un proceso en el cual se determina la identidad del adolescente.

El adolescente debe desprenderse del mundo infantil dejando las relaciones de dependencia y los roles claramente definidos y además debe de enfrentarse a la realidad de los adultos para la cual no está preparado. Al mismo tiempo necesita enfrentar tres duelos fundamentales: (Aberastury y Knobel, 2005, p.10)

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

Además Knobel (2005) agrega el duelo por la bisexualidad infantil.

El mundo adulto no acepta los cambios imprevistos del adolescente porque reanima las ansiedades básicas que había podido dominarse hasta cierto punto.

La necesidad de elaborar los duelos mencionados lleva al adolescente a manejos psicopáticos normales de actuación que identifican su conducta. La etapa de la adolescencia es un receptáculo propicio para incorporar los conflictos de los demás y recibir las características más patológicas del medio.

El asunto se complica aún más considerando que la sociedad proyecta sus propios errores en la juventud. Intenta reprimir con severidad a los jóvenes y logra causar un mayor distanciamiento y agravamiento de la problemática.

Mauricio Knobel (2005) define la adolescencia como “la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que solo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil”. (Aberastury y Knobel, 2005, p.40)

El síndrome de la adolescencia normal presenta la siguiente sintomatología: (Aberastury y Knobel, 2005)

1. búsqueda de sí mismo y de la identidad.
2. tendencia grupal.
3. necesidad de intelectualizar y fantasear.
4. crisis religiosas que van desde el ateísmo hasta el misticismo.
5. desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario.
6. evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta.

7. actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad.
8. contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida.
9. separación progresiva de los padres.
10. constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo.

1.7.1 Búsqueda de sí mismo e identidad.

La capacidad de utilizar la genitalidad en la procreación es un factor psicodinámico que determina un cambio esencial en el proceso del logro de la identidad adulta y que distingue la inestabilidad de la identidad adolescente. La maduración genital, la reactivación de las etapas pregenitales anteriores y la interacción de los procesos psicológicos básicos de disociación, proyección, introyección e identificación determinarán de forma confusa la personalidad más o menos definida. Las dudas y conflictos con lo que el niño llega a la adolescencia se magnifican para finalmente llegar a la madurez estabilizada de la adultez.

Durante la pubertad suceden cambios físicos en tres niveles: (Aberastury y Knobel, 2005).

1. las hormonas gonadotróficas de la hipófisis anterior son activadas y producen el estímulo fisiológico necesario para la modificación sexual.
2. producción de óvulos y espermatozoides maduros y aumento de secreción de hormonas adrenocorticales.
3. desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias, a las que se agregan los cambios fisiológicos del crecimiento en general.

El esquema corporal que es la representación mental que la persona tiene de su propio cuerpo como resultado de sus experiencias en continua evolución.

Los procesos de duelo respecto del cuerpo infantil obligan a un cambio del esquema corporal.

Por su parte, el autoconcepto se desarrolla a medida que el individuo va cambiando y se va integrando con las concepciones que sobre él mismo tienen otras personas, y va asimilando los valores que constituyen el ambiente social.

Es necesario que a todo esto se le de una continuidad en la personalidad para el logro de una identidad.

El adolescente puede asumir diferentes identidades, identidades transitorias como las del machismo en el varón, la precoz seducción en la niña, el adolescente “bebé”, el adolescente “muy serio”. Además se pueden presentar identidades ocasionales que son las que surgen ante nuevas situaciones. Un tercer tipo posible de identidad es la identidad circunstancial, identificaciones parciales que confunden al adulto. El adolescente recurre a ellas dependiendo de las circunstancias y están relacionadas con el proceso de separación de las figuras parentales. También pueden ser resultado del manejo de las ansiedades persecutorias y capacidades autodestructivas que obligan a la fragmentación del yo y los objetos. Al mismo tiempo, se desarrolla según Grinberg un sentimiento depresivo que produce un “sentimiento anticipatorio de ansiedad y depresión referida al yo” (Grinberg, 1961, citado en Aberastury y Knobel, 2005)

Los procesos de identificación de la infancia permiten una mejor elaboración de las situaciones cambiantes. El duelo necesita de un período para poder ser elaborado sin tener características de tipo maníaco o psicopático.

La separación de los padres no sólo es posible, sino necesaria. Comienza el proceso de individuación.

1.7.2 Tendencia grupal.

Como medida de defensa el adolescente recurre a la uniformidad surgiendo así el espíritu de grupo en donde se lleva a cabo un proceso de sobreidentificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno.

Se obedecen las normas del grupo en relación a modas, ropa, costumbres y diferentes tipos de preferencias. Las actuaciones grupales son una oposición a las figuras parentales y una forma de definir una identidad diferente a la del medio. Se transfiere al grupo mucha de la dependencia que antes se tenía en los padres, es una transición necesaria en el mundo exterior para lograr la individuación adulta. Además el grupo favorece a la utilización de los mecanismos esquizoparanoides, de mucha intensidad durante esta etapa.

Dentro del grupo se busca a un líder que sea capaz de ejercer el poder del padre o la madre.

La “conducta psicopática normal en el adolescente” es facilitada por el grupo, surgiendo conductas de desafecto, indiferencia o crueldad con el objeto. La diferencia entre el psicópata y el adolescente es que esto es transitorio en el adolescente y en psicópata la conducta es permanente.

1.7.3 Necesidad de intelectualizar.

La renuncia al cuerpo, al rol y a los padres de la infancia obliga al adolescente a utilizar el pensamiento para compensar las pérdidas. Esto permite un reajuste emocional que lleva a la preocupación por aspectos éticos, filosóficos, sociales y a la teorización acerca de transformaciones en el mundo exterior.

Tiene también la función de defenderse de los cambios incontrolables que ocurren en el mundo interior.

1.7.4 Crisis religiosas.

Pueden existir actitudes de un ateísmo exagerado o de un misticismo fervoroso que en realidad son intentos de solución de la angustia que sufre el yo en la búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con la muerte definitiva de parte de su yo corporal.

1.7.5 Desubicación temporal.

El adolescente transforma el tiempo en presente y activo como un intento de poder manejarlo. Vive en proceso primario respecto a lo temporal, no da lugar a las postergaciones. Los cambios biológicos y el crecimiento corporal son experimentados como un proceso psicótico y psicotizante, las ansiedades psicóticas crecen por la probabilidad real de cumplir las fantasías edípicas.

Para el adulto, la capacidad de discriminar y delimitar los eventos es posible, pero para el adolescente no. El tiempo se ve afectado por esta indiscriminación y se le dificulta la distinción entre presente, pasado y futuro.

La aceptación de la pérdida de la niñez implica la aceptación de una parte del yo y sus objetos para colocarlos en el pasado. Si la elaboración es patológica, el pasado puede amenazar con invadir al individuo, aniquilándolo.

Para poder defenderse, el adolescente “espacializa” (Lieberman, 1955, citado en Aberastury y Knobel, 2005) el tiempo para poder controlarlo como a un objeto. Si se niega el transcurrir del tiempo, puede conservarse al niño dentro del adolescente como un objeto muerto-vivo, lo cual se relaciona con el sentimiento de soledad manifestado en los períodos en que se aíslan. Los momentos de soledad son necesarios para que “afuera” puedan quedar el pasado, presente y futuro, convertidos en objetos.

La noción temporal es de propiedades corporales o rítmicas, se basan en el tiempo de comer, estudiar, jugar, etc. A esto llaman Aberastury y Knobel (2005) el tiempo vivencial o experiencial.

Al ir elaborando los duelos adolescentes aparece lo que Aberastury y Knobel (2005) llaman “conceptualización” del tiempo que supone la noción discriminada de pasado, presente y futuro, con la aceptación de la muerte de los padres, del vínculo con ellos y la propia muerte. Esta es una de las tareas principales en la adolescencia para Knobel (2005). La capacidad de reconocimiento del pasado y planear proyectos en el futuro, con posibilidad de espera y elaboración en el presente implican que el adolescente ha podido superar gran parte de la conflictiva.

1.7.6 Evolución sexual desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad.

En el adolescente se puede observar una oscilación entre las actividades masturbatorias y la actividad de tipo genital. Los contactos genitales son de tipo exploratorio y preparatorio más que de tipo procreativo. Al momento de aceptar la genitalidad, busca también de forma intensa una pareja. Empiezan las caricias y contactos superficiales que conforman la vida sexual adolescente.

La primera experiencia de enamoramiento sucede en la adolescencia temprana y puede ser de gran intensidad. Surge al “amor a primera vista” que generalmente no es correspondido e incluso es hasta ignorado por la parte amada que puede ser algún actor, cantante o figura idealizada quien sustituye a las figuras parentales posibilitando la vinculación con las fantasías edípicas.

La aceptación de la genitalidad surge a consecuencia de la aparición de la menstruación en la mujer y del semen en el hombre (Aberastury y Knobel, 2005).

Aparecen actividades que reflejan la curiosidad sexual como el interés por la pornografía. El exhibicionismo y voyerismo se pueden observar en la ropa, peinados, etc. Las figuras parentales reales tienen mucha importancia en este momento porque según la imagen psicológica que proporcionen se establece el significado positivo o negativo de la escena primaria (Aberastury y Knobel, 2005).

Se reactiva el triángulo edípico a consecuencia de la posibilidad de la instrumentación genital que obligan al individuo a utilizar mecanismos de defensa más enérgicos, de lo contrario la consumación del incesto sería posible. En caso de consumarse el incesto el individuo permanecería atado a una relación genital temprana, sin posibilidades de definición sexual real. En el hombre, al elaborar el complejo de Edipo, idealiza al padre y es entonces cuando adquiere características de un ser bueno y poderoso que permiten la identificación con él y la superación del temor de castración.

En la mujer, al elaborar el Edipo, es capaz de aceptar la belleza de sus propios atributos y de realizarse en sus actividades de una forma completamente femenina.

El fenómeno de la menarca puede ser vivido como una confirmación de la sexualidad femenina para iniciar la etapa de satisfacciones genitales si las fases genitales tempranas y la sexualidad en general es aceptada por los padres y mantienen una relación de armonía.

Es importante destacar que la práctica genital procreativa no puede ser considerada como un parámetro de madurez genital.

A lo largo de la búsqueda de definición genital los adolescentes comúnmente pasa por períodos de homosexualidad que representan una proyección de la bisexualidad perdida y deseada en alguien del mismo sexo.

La masturbación es un fenómeno normal en la adolescencia y desempeña la función de reconocimiento de los genitales como parte de sí mismo e integrarlos a todo el concepto de sí mismo, dando paso a una identidad genital adulta real (Aberastury y Knobel, 2005).

1.7.7 Actitud social reivindicadora.

La adolescencia es tratada de forma hostil por los adultos a causa de la situación edípica que es reeditada.

La sociedad es la encargada de imponer soluciones al conflicto edípico, muchas veces de forma cruel, reflejando la ambivalencia dual y antagonismo que los padres sienten hacia sus hijos (Aberastury y Knobel, 2005).

La subcultura adolescente es un signo de rebelión que consiste en una serie de identificaciones cruzadas y masivas que surgen como una necesidad de defensa yoica, a través de la cual el individuo se desprende de situaciones infantiles y vive al mismo tiempo como peligrosa su entrada al mundo adulto.

La sociedad impone restricciones a la vida del adolescente quien trata de cambiar a la sociedad que también vive intensos cambios. El adulto se siente amenazado por el joven que va a ocupar su lugar y proyecta en él su propia incapacidad para controlar lo que socio políticamente ocurre a su alrededor por lo que intenta desubicar al adolescente.

En la medida en que el adolescente no encuentre la forma adecuada para su expresión vital y la aceptación de una posibilidad de realización, nunca será un adulto satisfecho.

La juventud tiene en sí el sentimiento místico de la necesidad del cambio social. Las partes sanas de su yo son puestas al servicio de un ideal que el cambio de las estructuras sociales colectivas. El riesgo está en que mediante el mismo mecanismo se puede canalizar a los jóvenes hacia

experiencias destructivas y patológicamente reivindicatorias (Aberastury y Knobel, 2005).

El adolescente proyecta la frustración, ocasionada por el duelo de la pérdida de los padres, en el mundo externo. Si es capaz de elaborar bien los duelos y reconocer la sensación de fracaso, podrá entrar en el mundo adulto con ideas constructivas tendientes a que al ejercer su identidad se encuentre mejor en este nuevo mundo (Aberastury y Knobel, 2005).

1.7.8 Contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de conducta.

La personalidad del adolescente es permeable y los procesos de proyección e introyección son muy intensos. No es capaz de mantener una línea de conducta rígida e inflexible, su conducta es lo opuesto. Únicamente el adolescente mentalmente enfermo muestra rigidez en su conducta, como por ejemplo el psicópata que muestra características propias del adolescente pero de forma rígida y establecida (Aberastury y Knobel, 2005).

Un indicio de normalidad en esta edad es la labilidad de su organización defensiva. Es el mundo del adulto el que no tolera identidades transitorias u ocasionales y exige una identidad adulta.

1.7.9 Separación progresiva de los padres.

El surgimiento de la posibilidad de la genitalidad obliga a la separación de los padres, quienes muchas veces niegan el crecimiento de los hijos y los hijos perciben a los padres con las características persecutorias más acentuadas.

Unas buenas imágenes parentales internalizadas, con roles bien definidos y con una escena primaria amorosa permitirá un buen desprendimiento y facilitará la entrada a la madurez. De lo contrario, el adolescente necesitará buscar identificaciones con personalidades más firmes. Pueden aparecer

identificaciones psicopáticas en donde mediante la identificación introyectiva el adolescente comienza a actuar roles atribuidos al personaje. La relación con los padres puede estar disociada y pueden ser percibidos como figuras o muy malas o muy buenas. La disociación esquizoide es un fenómeno normal y natural en esta edad (Aberastury y Knobel, 2005).

1.7.10 Constantes fluctuaciones del humor y estado de ánimo.

La ansiedad y depresión acompañan permanentemente a la adolescencia, su intensidad estará determinada por la cantidad y la calidad de la elaboración de los duelos (Aberastury y Knobel, 2005).

El adolescente se refugia en sí mismo y en el mundo que interno que ha ido construyendo para prepararse para la actividad. Las modificaciones en el estado de ánimo se producen a partir de la intensidad y frecuencia de los procesos de introyección y proyección. Al fallar los intentos de elaboración de los duelos aparecen los cambios de humor como micro crisis maníaco depresivas.

El cuadro descrito por Aberastury Y Knobel (2005) tiene la finalidad de permitir un acercamiento más productivo a esta etapa de la vida en donde es necesario poder aceptar su anormalidad habitual.

2. Psicopatología en la adolescencia.

Los trastornos de personalidad pueden considerarse como pautas de reacción humana iniciadas a partir de situaciones estresantes. Los puntos críticos del desarrollo en la adolescencia no sólo traen cambios físicos, sino también nuevos problemas psicológicos.

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 2003) la adolescencia y el inicio de la vida adulta son consideradas etapas en las cuales los trastornos de la

personalidad hacen su aparición. Estos son algunos de los trastornos observables en estas edades.

2.1 Trastorno paranoide. Patrón de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás. (DSM-IV, APA 2003)

2.2 Trastorno esquizoide. Patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional (DSM-IV, APA 2003).

2.3 Trastorno esquizotípico. Patrón de malestar intenso en las relaciones interpersonales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento (DSM-IV, APA 2003).

2.4 Trastorno antisocial. Patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás (DSM-IV, APA 2003).

2.5 Trastorno límite. Patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos y una notable impulsividad (DSM-IV, APA 2003).

2.6 Trastorno histriónico. Patrón de emotividad excesiva y demanda de atención (DSM-IV, APA 2003).

2.7 Trastorno narcisista. Patrón de grandiosidad y necesidad de admiración y falta de empatía total (DSM-IV, APA 2003).

2.8 Trastorno por evitación. Patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa (DSM-IV, APA 2003).

2.9 Trastorno por dependencia. Patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado (DSM-IV, APA 2003).

2.10 Trastorno obsesivo compulsivo. Patrón de preocupación obsesivo por el orden, perfeccionismo y control (DSM-IV, APA 2003).

2.11 Trastorno de personalidad no especificado. Se trata de un trastorno no especificado cuando el patrón general de personalidad cumple el criterio general para un trastorno de personalidad y hay características de varios trastornos pero no cumple los criterios para ningún trastorno específico.

Además cuando se cumple el criterio general para un trastorno de personalidad pero se considera que el individuo tiene un trastorno de personalidad que no está incluido en esta clasificación (DSM-IV, APA 2003).

2.12 Los criterios generales para considerar un trastorno de personalidad son: (DSM-IV, APA 2003)

1. patrón de experiencia interna y de comportamiento que se aparte acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto en dos o más de las siguientes áreas:
 - a. Cognición. forma en que se perciben e interpretan a los demás, a uno mismo y los acontecimientos.
 - b. Afectividad: intensidad, adecuación y labilidad de la respuesta emocional.
 - c. Actividad interpersonal.
 - d. Control de impulsos.
2. Patrón persistente e inflexible que se extiende a todas las actividades.
3. Produce malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, etc.

4. Patrón estable y de larga duración cuyo inicio se remonta a la adolescencia o principio de la edad adulta.
5. No es debido a efectos fisiológicos derivados del uso de sustancias tóxicas o medicamentos.

Respecto a la psicopatología en la adolescencia González (2001) la clasifica de acuerdo al grado de complejidad o gravedad y menciona la existencia de cuadros neuróticos entre los cuales se encuentran: el trastorno paranoide, la neurosis obsesivo-compulsiva, neurosis depresiva, neurosis fóbica, neurosis histérica, neurosis traumática y la crisis de angustia. Además existen cuadros psicóticos entre los cuales se encuentran padecimientos como la esquizofrenia, los estados paranoides y los trastornos afectivos. Finalmente, considera como clasificaciones independientes a las psicopatías, las dependencias al alcohol y otras drogas, el trastorno narcisista de la personalidad, el trastorno limítrofe de la personalidad y las desviaciones sexuales.

3. Tratamientos.

La psicoterapia es la principal herramienta de tratamiento de los trastornos de personalidad. De acuerdo con Kolb (1992) la psicoterapia es el “tratamiento de los problemas y trastornos emocionales y de la personalidad por medios psicológicos” (Kolb, 1992, p.862). Un importante factor terapéutico más allá de las técnicas es la relación entre el terapeuta y el paciente, con las experiencias interpersonales que ello implica. Mediante la relación el paciente se da cuenta de que puede compartir sus sentimientos, actitudes y experiencias con el terapeuta y que éste no lo juzgará, despreciará o censurará, sino que siempre respetará su dignidad y valor como persona. La intensidad de la relación dependerá del tipo y del tiempo de duración del método terapéutico utilizado, así como de la interacción entre el paciente y el terapeuta.

Existen diferentes tipos de enfoques psicoterapéuticos, Kolb (1992) los clasifica en dos:

- a. Enfoques los cuales el objetivo es llevar al paciente a una comprensión de las fuerzas psicodinámicas que lo motivan, es decir tratamientos de insight.
- b. Enfoques directivos cuyo objetivo es eliminar los síntomas sin tratar de desarrollar un insight personal ni un cambio caracterológico.

3.1 Tratamientos psicodinámicos.

3.1.1 Psicoanálisis.

El término es utilizado en dos sentidos diferentes: como método terapéutico y como teoría psicológica.

El psicoanálisis tiende a establecer sus propios métodos sobre los principios generales y del conocimiento de la dinámica de la vida emocional. Permite estudiar las fuerzas psicológicas profundamente reprimidas e intenta demostrar como ciertas situaciones y acciones interiores persisten, y generan actitudes y mecanismos motivadores que yacen sobre la conciencia, pero pueden determinar el curso de todos los aspectos de la vida. Destaca la influencia determinante de las experiencias infantiles en la forma que adquiere la conducta del adulto.

Es un tratamiento de tipo etiológico que descubre conflictos y proporciona insight. Se basa en la técnica de las asociaciones libres para explorar la mente del individuo, la resistencia y el análisis de la transferencia. El objetivo es revelar y modificar las fuerzas psicológicas inconscientes. El paciente debe descubrir las influencias de estas fuerzas inconscientes sobre el patrón de su vida diaria, sobre las manifestaciones conductuales de su enfermedad, sobre los rasgos de su carácter y sobre su relación con otras personas.

El analista trata de generar cambios en la estructura de la personalidad, deshaciendo los patrones desfavorables que se establecieron en los primeros años. Se espera que el paciente adquiera un máximo autoconocimiento y cambie la estructura de su personalidad, al deshacer y reorganizar las pautas desfavorables que se establecieron en su infancia.

Algunas consideraciones necesarias dentro de la psicoterapia psicoanalítica son la preparación del terapeuta, el método de la asociación libre, la interpretación de la resistencia, la transferencia, contratransferencia y el material de los sueños.

3.1.2 Psicoterapia Breve.

Franz Alexander (Kolb, 1992) utilizando principios psicoanalíticos intentó hacer un tratamiento de menor duración. Redujo el contacto con el paciente, le dio mayor independencia y obstaculizó las tendencias regresivas. La finalidad del terapeuta es que el paciente reconozca la importancia de sus patrones de conducta y su relación con las primeras relaciones interpersonales e influencias ambientales.

La psicoterapia breve es frecuentemente utilizada en momentos de crisis. El terapeuta interviene en forma activa para interrumpir las comunicaciones repetitivas y las descripciones de los síntomas, al hacer esto, interpreta directamente el carácter defensivo de tales verbalizaciones y las hostilidades en las transacciones diarias del paciente.

3.1.3 Psicoterapia familiar.

Surge cuando los terapeutas observan que al intentar tratar algún malestar psíquico en la psicoterapia individual era muy difícil lograr cambios en los síntomas o mantener la mejoría alcanzada cuando el paciente recibía el tratamiento lejos del grupo familiar. Algunas veces cuando la psicoterapia individual tenía éxito y favorecía la adaptación social del individuo, el

equilibrio familiar se alteraba y se producían síntomas en algún otro miembro de la familia. La psicoterapia familiar tiene una buena aplicación en casos de neurosis, psicosis o trastornos de personalidad en donde el paciente expresa sus conflictos en forma de acting out. Está indicada en casos de conducta agresiva que impide la adaptación de los niños o adolescentes a su medio, en casos de adicción en adolescentes y adultos y en casos en los que los conflictos conyugales fomentan interacciones patológicas entre los miembros de la familia. Por el contrario, no se recomienda en casos en los que los padres de niños o adolescentes padecen de psicosis paranoide establecida, o presentan antecedentes de trastornos de personalidad con rasgos que implican deshonestidad y conducta antisocial recurrente, cuando existe algún secreto familiar que amenace a todos los miembros, cuando es inminente la disolución de la familia o cuando algún miembro por razones físicas no puede participar en el tratamiento. El objetivo de la psicoterapia familiar es favorecer un sistema racional efectivo de comunicaciones entre los miembros y que exponga las expresiones escondidas y distorsionadas de la emoción que afectan al miembro o miembros enfermos.

3.2 Terapéuticas de la conducta.

Parten de la idea de que las expresiones patológicas se pueden modificar a través de los procesos descubiertos por Watson y Pavlov que extingan las experiencias originales de aprendizaje, que produjeron la fijación de una respuesta patológica repetida. Se basa en que el individuo asuma el control de su conducta a través de sus consecuencias. La relación entre el terapeuta, el paciente y el medio implica recompensas o estímulos aversivos.

Este tipo de tratamiento requiere que se haga un análisis de cuál fue la situación que ocasionó la perturbación y que se invente una situación de aprendizaje que se adapte específicamente a cada individuo. Este enfoque está recomendado en casos de fobias, para el mejoramiento de funciones

verbales en mudos, autistas, débiles mentales y para moldear la conducta social de esquizofrénicos

3.3 Psicoterapia de grupo.

Hay ocasiones en que la psicoterapia individual es demasiado amenazadora y el paciente encuentra en la psicoterapia de grupo la aceptación y el apoyo adecuados para revisar su problemática. Son candidatos para la psicoterapia de grupo aquellas personas que carecen de experiencias con hermanos, que tienen actitudes antagonistas hacia los hermanos, que han tenido experiencias familiares tormentosas o que presentan signos de desadaptación social. Es además recomendable para adolescentes con problemas de identificación sexual confusa.

Este tratamiento proporciona al paciente la oportunidad de corregir muchas de las experiencias que produjeron distorsiones en los primeros años de su vida y que ocurrieron en el contexto de situaciones que generaron rivalidades destructivas entre hermanos, soledad, separaciones angustiantes, explotación o mimos excesivos. El grupo funciona inconscientemente como una familia, en donde el líder juega el papel del padre y cada miembro asume el papel de hermano con los demás miembros. Los miembros proyectan hacia el terapeuta fantasías transferenciales y viven procesos de intercambio con los demás miembros. Si el líder se comporta autoritariamente fomenta las relaciones dependientes y sumisas, el terapeuta debe de evitar esta actitud y permitir un intercambio libre que motive a los miembros a responder sin restricciones unos a otros y al líder. Se permiten los desacuerdos y las críticas y lograr un nuevo tipo de identificación, en el cual el criterio se identifica con la persona criticada. Esto permite a cada paciente una nueva oportunidad de evaluar su persona y su propia opinión.

El terapeuta puede ser visto como un modelo al que los pacientes admiran, es un nuevo foco para un nuevo ideal yoico cuyo ejemplo utiliza el superyó

para madurar. Cada miembro puede expresar en actos sus conflictos hacia la autoridad y compañeros, algunos logran una mejor comprensión de sus reacciones interpersonales mediante las transacciones grupales. La relación entre cada miembro y el terapeuta tiene las mismas cualidades de la psicoterapia individual con la ventaja de que cada miembro se convierte en terapeuta auxiliar aumentando la interacción emocional. El apoyo del grupo disminuye la angustia individual y permite acelerar la cantidad y el tipo de interacciones afectivas.

3.4 Psicoterapia de acuerdo a la etapa de la adolescencia.

Las intervenciones psicoterapéuticas para adolescentes generalmente han oscilado entre el enfoque psicoterapéutico para niños y el enfoque para adultos.

En el trabajo con adolescentes se deben de incluir aspectos propios de este sector de la población como el hecho de orientar e informar a los padres sobre el estado y evolución psicológica los jóvenes, así como tener en cuenta que dentro de la adolescencia existen varias etapas y técnicas específicas para cada una (González, 2001).

En general, la psicoterapia con adolescentes implica una mayor intensidad contratransferencial que en el caso del tratamiento para adultos. Dice González (2001) que el adolescente transferencialmente espera todo y nada del tratamiento, por lo que el terapeuta puede desconcertarse y angustiarse ante esta ambivalencia. El terapeuta entra en la duda de no saber si responde como un objeto modelo o como una persona común, al mismo tiempo que su propia identidad entra en crisis y regresa a su propia adolescencia, lo cual incrementa la angustia y la ansiedad. La presencia de la angustia obliga a que el terapeuta exprese sus defensas, tanto las que surgen a partir de la relación con el paciente y su propia personalidad, así como las que surgen a partir de la profesión.

3.4.1 Psicoterapia en la preadolescencia.

Durante esta etapa los jóvenes no tienen claridad respecto a su problemática, por lo tanto es más frecuente que los padres sean los encargados de buscarles ayuda psicológica.

El tratamiento durante esta etapa es mayormente de tipo individual y es recomendable de acuerdo a González (2001) que el terapeuta cumpla con los siguientes requisitos: ser del sexo femenino, ya que el principal conflicto es en relación a la figura materna; ser menor de 35 y no mayor de 45 años. Se hace una excepción en el caso de los varones muy necesitados de identidad, en tales circunstancias es apropiado recurrir a un terapeuta hombre. El contrato terapéutico se hace con los padres.

La duración de la sesión puede ser de 45 minutos aunque considerando el miedo del preadolescente a la dependencia materna, la alianza de trabajo se puede ver beneficiada si se reduce a 30 o 40 minutos la sesión. Es también conveniente que el tratamiento sea cara a cara, aunque se puede recurrir al diván dependiendo del progreso y la evolución. La duración del tratamiento es menor a la del caso de los adultos o de adolescentes mayores, aunque no existe un período específico para dar una fecha de terminación.

El objetivo a cumplir en esta etapa es un elemento principal para lograr la motivación del preadolescente y está relacionado con logro del reconocimiento del objeto amoroso y la meta pulsional que lo orienta de la pregenitalidad a la genitalidad. En la transferencia pueden manifestarse los lazos afectivos con los objetos primarios y la expresión de impulsos.

Aún cuando el conflicto central del preadolescente está en función de la dependencia materna, la alianza terapéutica debe de establecerse. Se tienen indicadores de que ésta se ha establecido cuando el paciente muestra interés por ser ayudado, es puntual, asiste regularmente y hace esfuerzo por superar los conflictos a pesar de las resistencias. De igual forma los padres

se ven inmiscuidos en esta dinámica al pagar puntualmente, aceptar los requerimientos técnicos del tratamiento y permitir los cambios aloplásticos que favorezcan al proceso.

3.4.2 Psicoterapia en la adolescencia temprana.

En esta etapa siguen siendo los padres quienes solicitan ayuda profesional para sus hijos.

En los casos en los cuales se decida por un tratamiento grupal es indicado que no existan más de dos años de diferencia entre los miembros. Si el tratamiento es de tipo individual se recomienda que el analista sea del mismo sexo que el paciente con la finalidad de promover la identificación psicosexual considerando que el conflicto central en esta etapa se da en relación a la bisexualidad. La edad recomendada para el terapeuta es de entre 35 y 45 años (González, 2001).

Es importante que el terapeuta tome en cuenta los criterios de analizabilidad: inteligencia normal, capacidad de insight y sensación contratransferencial positiva tanto con el paciente como con los padres.

El contrato también se establece con los padres al igual que en la etapa anterior. Los pacientes en la etapa de la adolescencia temprana pueden tener dificultad para tolerar las sesiones de 45 minutos por lo que se pueden reducir a 30 o 40 minutos. La frecuencia de las sesiones depende del diagnóstico, pero por lo regular en esta edad se suele disminuir el número de sesiones a comparación de pacientes de otras edades.

Es importante que el adolescente conozca del costo del tratamiento, así como del pago de las sesiones a las que no asista, todo esto con la finalidad de que se responsabilice y se comprometa con su tratamiento.

Los objetivos a lograr durante esta etapa son resolver la identificación con el padre del mismo sexo, el logro del ideal del Yo y la resolución del conflicto bisexual a través de una adecuada identificación psicosexual.

Pueden existir dificultades en un inicio para establecer la alianza de trabajo considerando el temor homosexual del adolescente temprano.

En términos de afectos, éstos se pueden presentar mediante la idealización de forma narcisista del analista, lo cual podrá ser utilizado por éste para facilitar el acomodo de la libido narcisista y objetal con la finalidad de promover la búsqueda del objeto heterosexual.

3.4.3 Psicoterapia en la adolescencia propiamente dicha.

En esta etapa puede ocurrir que los padres soliciten la consulta para su hijo, aunque los adolescentes ya están capacitados para hacerlo ellos mismos. En el caso de que los padres sean los que soliciten el tratamiento, puede sugerírsele al joven que sea él el responsable de hacer la llamada telefónica con la finalidad de responsabilizarlo de su tratamiento.

El analista antes de comenzar el tratamiento debe de realizar una serie de entrevistas de evaluación para saber si el joven es o no propicio para el análisis. En caso de que se decida por la terapia de grupo, los miembros deben de tener edades de entre 2 y 5 años de diferencia, mezclando miembros de ambos géneros, todo esto con la intención de promover el desarrollo de la identidad sexual. Si se decide por el tratamiento individual, el analista puede ser del mismo género que el paciente aunque esto no es un requisito indispensable (González, 2001).

El contrato se establecerá con los padres y el paciente, las sesiones pueden durar entre 30 y 40 minutos dependiendo de la tolerancia del paciente, aunque en esta etapa los adolescentes ya son capaces de tolerar las sesiones de 45 minutos. Se recomienda dar información a los padres

respecto al tratamiento en caso de que ellos sean los que lo paguen, pero siempre bajo la autorización del paciente para evitar que se produzca desconfianza. Es importante comunicarle al joven que no tome decisiones importantes sin consultar al psicoterapeuta y sin haber analizado la situación; el analista ofrecerá discreción profesional.

La función del analista con pacientes en la etapa de la adolescencia propiamente dicha es actuar como un Yo auxiliar que contenga las pulsiones al tiempo que el paciente desarrolla los principios inhibitorios que dirigen hacia la realidad a los deseos, acciones, valores y pensamientos. Además debe de promover en la transferencia la identificación heterosexual, integrando y aceptando las características específicas de su propio sexo.

3.4.4 Psicoterapia en la adolescencia tardía.

Ya en la adolescencia tardía lo más frecuente es que el mismo paciente sea quien solicite ayuda profesional. En la analista debe de realizar una serie de entrevistas previas a fin de tener claridad en los criterios de analizabilidad. En el caso de que se opte por la terapia de grupo, los miembros deben ser de edades que tengan entre 2 y 5 años de diferencia, promoviendo así la consolidación de una identidad heterosexual irreversible. Si la opción es la del tratamiento individual, la edad y género del analista no tienen tanta importancia porque las metas propias de esta etapa (consolidación de la identidad e independencia y elección vocacional) se pueden alcanzar independientemente de este factor (González, 2001).

El contrato se concreta con el paciente de forma muy similar a como ocurre con pacientes adultos, la duración de las sesiones es de 45 minutos porque en esta edad hay una mayor tolerancia, capacidad de insight y una motivación auténtica en cuanto a la necesidad de ayuda. La frecuencia de sesiones puede aumentar dado el interés del paciente, aunque este aspecto está siempre ligado al grado de patología.

El tratamiento puede darse cara a cara y después de algún período puede recurrirse al diván porque la estabilidad del Yo así lo permite. Ocasionalmente se podrá llamar a algún familiar que puede colaborar en el tratamiento aunque esto será consultado previamente con el paciente.

En esta edad los conflictos infantiles se han puesto en sintonía con aspectos caracterológicos de la personalidad del joven y el Superyó se ha estructurado de acuerdo con los valores propios del medio ambiente. Las consecuencias de esto se observan en el aumento de identidad y en la constancia de la posición sexual irreversible. La labor del analista debe de ser la de promover estos procesos, que le proporcionarán estabilidad al paciente en el aspecto laboral y emocional, la afirmación de una ideología propia teniendo como meta la expresión genital de afectos.

3.4.5 Psicoterapia en la postadolescencia.

El individuo en esta etapa tiene una mayor consciencia de su problemática por lo que generalmente es él quien se encarga de buscar al analista. Ya en esta etapa la edad y el género del analista no son aspectos esenciales a considerar.

El contrato se estipula entre el analista y el paciente únicamente. La duración de las sesiones es de 45 minutos al igual que en el tratamiento de adultos porque a estas alturas del desarrollo, el sujeto ha alcanzado una mayor tolerancia a la frustración y una mayor motivación para analizar sus propios conflictos. El nivel de patología determina la frecuencia de las sesiones (González, 2001).

Durante la postadolescencia la finalidad terapéutica es la consolidación de la autoestima por lo cual el analista puede recurrir a técnicas de apoyo como aceptación, empatía, refuerzo, entre otras más. Además el individuo debe de lograr jerarquizar sus intereses y valores y adquirir una posición sexual irreversible. Finalmente, el analista debe de favorecer la total reconciliación

del joven con sus figuras parentales, para así lograr un nivel de madurez intelectual adecuado.

II. Teoría metodológica.

La investigación tiene una metodología de tipo cualitativa, la cual es aquella encargada de producir datos descriptivos: las propias palabras habladas o escritas y la conducta observable. Dicen Bonilla y Hernández (1997), que su propósito es la evaluación de fenómenos a través de la observación y el diagnóstico; su aplicación puede ser en las áreas de la educación, industria, clínica y social.

Esta investigación es un estudio exploratorio, entendiendo por tal el estudio cuya finalidad es “examinar un tema o problema de investigación poco estudiado” de acuerdo con Hernández (Hernández, 2004, p. 115).

Además el análisis de la información de los expedientes se hizo mediante los principios de la teoría psicoanalítica, cuya definición es: “un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en la que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento” (Laplanche y Pontalis, 1996, p.316).

1.1 Ejes.

Adolescencia. Es el período de transición entre la niñez y la edad adulta en el cual el individuo define su identidad afectiva, psicológica y sexual (González, 2001). De acuerdo a las ideas de Blos (1971), la adolescencia está constituida por 5 etapas: preadolescencia, adolescencia temprana, adolescencia propiamente dicha, adolescencia tardía y posadolescencia.

Psicoterapia en la adolescencia. El tratamiento psicoanalítico para adolescentes debe de estar organizado en función de la etapa que atraviese el individuo (González, 2001) ya que cada una tiene características particulares y en consecuencia objetivos y consideraciones técnicas diferentes.

Psicopatología. Es la conducta anormal que se origina a partir de causas psicológicas (Dicaprio, 2000).

1.2 Participantes.

En esta investigación participaron los pacientes del Centro de Atención Psicológica Santa Fe ubicados dentro de la etapa de la adolescencia (preadolescencia, adolescencia temprana y adolescencia propiamente dicha.)

La muestra consistió en 72 personas de entre 9 y 17 años, cuyos motivos de consulta se relacionan con: problemas de conducta, de relaciones interpersonales, rebeldía y problemas escolares.

1.3 Escenario.

El espacio de trabajo fue el Centro de Atención Psicológica Santa Fe, ubicado en la calle de Mil Cumbres #344, Colonia Lomas de Guayangareo, en Morelia, Michoacán.

1.4 Técnicas de recolección de datos.

La técnica de recolección de datos utilizada fue el análisis de documentos, los cuales son definidos por Arias (2001) y López (2002), como todos aquellos registros realizados sobre papel, cinta magnetofónica, película o videotape y que pueden servir como instrumentos en la investigación. Existen tanto documentos públicos, los cuales resumen información masiva y documentos privados, los cuales proporcionan información sobre un determinado individuo.

Los documentos analizados fueron:

- Base de datos del CAP.

- Expediente de los pacientes (ficha de identificación, historia clínica, registro de sesiones).

1.4.1 Descripción de técnicas de recolección de datos.

1.4.1.1 Base de datos. Es la colección de datos aparentes usados por el sistema de aplicaciones de una determinada empresa según Maldonado (2001). Es así mismo, un conjunto de información estructurada en registros y almacenada en un soporte electrónico legible desde una computadora. Cada registro es una unidad autónoma de información y puede estar estructurada en diferentes campos que se recogen en dicha base de datos.

Un archivo por sí mismo no representa una base de datos, sino la manera en que está organizada la información es la que da conforma dicha base de datos.

En el Centro de Atención Psicológica se construyó una base de datos en donde se encuentra capturada la información el programa de Acces, teniendo registro desde el 2000. La información se clasificó en niños, adolescentes, adultos y senescentes, contiene los datos esenciales del paciente: fecha de consulta, nombre, edad, sexo, dirección, nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, religión, motivo de consulta y terapeuta asignado.

1.4.1.2. Ficha de identificación del sujeto.

Es el formato que incluye la información personal básica del paciente, con la intención de agruparla y poderlo contactar. Los datos se obtienen a lo largo de la primera entrevista y son los siguientes: nombre, edad, sexo, clave, grupo, tipo de problema, ocupación, religión, nivel socioeconómico y la fecha de entrevista.

1.4.1.3. Historia clínica.

Es el registro obtenido de manera confidencial, en donde se establece un diálogo con la idea de conocer, entender y comprender al paciente, generando una relación de considerable valor terapéutico. Permite formar un panorama general del paciente, entender su personalidad mediante la observación de sus actitudes, gestos, palabras, conducta y la elaboración de un diagnóstico.

Con la finalidad de evitar posibles lagunas en la recopilación de información, el Centro de Atención Psicológica diseñó historias clínicas estandarizadas de acuerdo al formato sugerido por Menninger, cuyas características son las siguientes:

DATOS GENERALES.

Nombre.

Edad.

Fecha de nacimiento.

Dirección.

Lugar de residencia.

Sexo.

Ocupación.

Turno.

Escolaridad.

Referencia.

Fuente de información.

Persona que hace el estudio.

DESCRIPCIÓN DE LA PERSONA.

Descripción Física.

Impresión.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Manifiesto.

Latente.

DATOS FAMILIARES.

Familiograma.

Madre.

Padre.

Hermanos.

Familiares de importancia para el paciente.

Problemas familiares.

Influencia de la familia en el problema.

HISTORIA DEL DESARROLLO.

Historia del embarazo.

Historia de la infancia.

Desarrollo del lenguaje.

PERSONALES.

Estudios anteriores.

Religión.

Diversiones y entretenimiento.

ESTADO FÍSICO.

Salud.

Enfermedades más importantes o frecuentes.

ANTECEDENTES ESCOLARES Y LABORALES.

RELACIONES AFECTIVAS.

Facilidad para relacionarse.

Relación afectiva con la familia.

SEXUALIDAD.

CONCLUSIÓN.

COMENTARIOS.

INFORMACIÓN ADICIONAL.

RECOMENDACIONES.

1.5. Procedimiento.

Se realizó la consulta de la bibliografía propia para la redacción del marco teórico. Posteriormente, se consultó la base de datos del Centro de Atención Psicológica enfocando el interés en los períodos de 2001 a 2005 con la finalidad de identificar los expedientes propicios (se puso especial atención en la edad, las fechas de realización de las entrevistas y los motivos de consulta) de acuerdo a los criterios de inclusión de este estudio.

Finalmente, se separaron los expedientes seleccionados, se leyeron y se concentró la información en cuadros divididos por categorías que facilitaron su posterior análisis. El contenido de información surgida a partir de los expedientes se clasificó en diferentes categorías: información general, de acuerdo a las edades y etapas y finalmente de acuerdo a los conflictos que no forman parte de la crisis de la adolescencia.

III. Resultados.

1. CUADRO GENERAL.

Pacientes adolescentes del Centro de Atención Psicológica que solicitaron consulta entre 2001 y 2006 por problemas de conductas, de relación, escolares y rebeldía.

ETAPA.	HOMBRES.	MUJERES.
Preadolescencia.	9	11
Adolescencia temprana.	23	8
Adolescencia propiamente dicha.	12	9
Total. 72	44	26

1.1 Tabla de información general de pacientes adolescentes en el Centro de Atención Psicológica.

NÚMERO DE SUJETO.	EDADES Y ETAPA.	GENERO	ESTADO CIVIL PADRES.	ESCOLARIDAD	NIVEL SOCIO-ECONOMICO.
1.	9. Preadolescencia.	Femenino.	Casados.	Primaria.	Bajo.
2.	9. Preadolescencia.	Femenino.	Casados.	4 Primaria.	Medio.
3.	9. Preadolescencia.	Femenino.	Padre viudo.	Primaria.	Medio.

4.	9. Preadolescencia.	Masculino.	Casados.	Primaria.	Medio.
5.	9. Preadolescencia.	Masculino.	Casados.	Primaria.	Medio.
6.	9. Preadolescencia.	Masculino.	Divorciados.	Primaria.	Medio.
7.	9. Preadolescencia.	Masculino.	Casados.	5 Primaria.	Medio.
8.	9. Preadolescencia.	Masculino.	Divorciados.	3 Primaria.	Medio.
9.	9. Preadolescencia.	Masculino.	Casados.	Primaria.	Medio.
10.	10. Preadolescencia.	Masculino.	Casados.	Primaria.	Bajo.
11.	10. Preadolescencia.	Femenino.	Casados.	Primaria.	Medio.
12.	10. Preadolescencia.	Femenino.	Divorciados.	5 Primaria.	Medio.
13.	10. Preadolescencia.	Femenino.	Separados.	5 Primaria.	Medio.
14.	10. Preadolescencia.	Femenino.	Casados.	Primaria.	Medio.
15.	11. Preadolescencia.	Femenino.	Casados.	6 Primaria.	Medio.
16.	11. Preadolescencia.	Femenino.	Casados.	4 Primaria.	Medio.
17.	11. Preadolescencia.	Femenino.	Casados.	4 Primaria.	Bajo.
18.	11. Preadolescencia.	Masculino.	Padre muerto, madre vuelta a	4 Primaria.	Medio.

			casar.		
19.	11. Preadolescencia	Masculino.	Casados.	Primaria.	Medio.
20.	12. Preadolescencia.	Femenino.	Separados.	1 Secundaria.	-----
21.	14. Adolescencia temprana.	Masculino.	Casados.	2 Secundaria.	Medio.
22.	14. Adolescencia temprana.	Masculino.	Casados.	3 Secundaria.	Medio.
23.	12. Adolescencia temprana.	Masculino.	Casados.	1 Secundaria.	Medio.
24.	13. Adolescencia temprana.	Masculino.	Casados.	1 Secundaria.	Medio.
25.	12. Adolescencia temprana.	Masculino.	Casados.	Secundaria.	Medio.
26.	12. Adolescencia temprana.	Masculino.	Separados	1 Secundaria.	Medio.
27.	13. Adolescencia temprana.	Masculino.	Casados.	1 Secundaria.	Bajo.
28.	13. Adolescencia temprana.	Femenino.	Separados.	Secundaria.	Bajo.
29.	14. Adolescencia temprana.	Masculino.	-----	1 Secundaria.	Medio.
30.	14. Adolescencia temprana.	Masculino.	Padre muerto.	2 Secundaria.	Medio.
31.	14. Adolescencia temprana.	Masculino.	Separados.	5 Primaria.	Bajo.
32.	15. Adolescencia temprana.	Masculino.	Separados.	3 Secundaria.	Bajo.
33.	15. Adolescencia temprana.	Femenino.	Casados.	Secundaria.	Bajo.
34.	14. Adolescencia	Femenino.	Separados.	1 Secundaria.	-----

	temprana.				
35.	12. Adolescencia temprana.	Masculino.	Casados.	Secundaria.	Medio.
36.	15. Adolescencia temprana.	Masculino.	Casados.	3 Secundaria.	Medio.
37.	15. Adolescencia temprana.	Femenino.	Casados.	1 Preparatoria.	Bajo.
38.	13. Adolescencia temprana.	Masculino.	Separados.	Primaria.	Bajo.
39.	13. Adolescencia temprana.	Masculino.	Separados.	2 Secundaria.	Bajo.
40.	12. Adolescencia temprana.	Masculino.	Casados.	1 Secundaria.	Bajo.
41.	12. Adolescencia temprana.	Masculino.	Separados.	1 Secundaria.	Bajo.
42.	13. Adolescencia temprana.	Femenino.	Casados.	Primaria.	Bajo.
43.	14. Adolescencia temprana.	Masculino.	Separados.	3 Secundaria.	Bajo.
44.	12. Adolescencia temprana.	Masculino.	Casados.	1 Secundaria.	Bajo.
45.	14. Adolescencia temprana.	Masculino.	Casados.	2 Secundaria.	Bajo.
46.	14. Adolescencia temprana.	Masculino.	Casados.	Secundaria.	Medio.
47.	15. Adolescencia temprana.	Femenino.	Divorciados.	Preparatoria.	Medio.
48.	13. Adolescencia temprana.	Femenino.	Casados.	1 Secundaria.	Bajo.
49.	13. Adolescencia temprana.	Masculino.	Separados.	1 Secundaria.	Bajo.
50.	12. Adolescencia temprana.	Masculino.	Separados.	1 Secundaria.	Bajo.

	temprana.				
51.	13. Adolescencia temprana.	Femenino.	Casados.	2 Secundaria.	-----
52.	16. Adolescencia propiamente dicha.	Masculino.	Casados.	1 Preparatoria.	Medio.
53.	16. Adolescencia propiamente dicha.	Masculino.	Casados.	Primaria.	Bajo.
54.	16. Adolescencia propiamente dicha.	Femenino.	Separados.	1 Preparatoria.	Medio.
55.	17. Adolescencia propiamente dicha.	Masculino.	Casados.	3 Preparatoria.	Medio.
56.	17. Adolescencia propiamente dicha.	Masculino.	Casados.	1 Preparatoria.	Medio.
57.	16. Adolescencia propiamente dicha.	Masculino.	Casados.	Preparatoria.	Medio.
58.	16. Adolescencia propiamente dicha.	Femenino.	Separados.	2 Preparatoria.	Medio.
59.	17. Adolescencia propiamente dicha.	Femenino.	Divorciados.	3 Secundaria.	Bajo.
60.	17. Adolescencia propiamente dicha.	Femenino.	Vive con abuelos, no conoció a sus padres.	Preparatoria.	Bajo.
61.	17. Adolescencia	Masculino.	Casados.	3 Preparatoria.	Medio.

	propiamente dicha.				
62.	16. Adolescencia propiamente dicha.	Masculino.	Casados.	Preparatoria.	Medio.
63.	16. Adolescencia propiamente dicha.	Masculino.	Separados.	1 Preparatoria.	Medio.
64.	16. Adolescencia propiamente dicha.	Masculino.	Casados.	1 Preparatoria.	Bajo.
65.	16. Adolescencia propiamente dicha.	Femenino.	Casados.	Preparatoria.	Bajo.
66.	16. Adolescencia propiamente dicha.	Femenino.	Casados.	1 Preparatoria.	Bajo.
67.	17. Adolescencia propiamente dicha.	Femenino.	Padre muerto, madre casada de nuevo.	1 Preparatoria.	Medio.
68.	17. Adolescencia propiamente dicha.	Masculino.	Casados.	2 Secundaria.	Bajo.
69.	16. adolescencia propiamente dicha.	Masculino.	Casados.	1 Preparatoria.	Bajo.
70.	16. Adolescencia propiamente dicha.	Masculino.	Separados.	3 Secundaria.	Medio.
71.	17. Adolescencia	Femenino.	Casados.	2 Preparatoria.	Bajo.

	propivamente dicha.				
72.	17. Adolescencia propivamente dicha.	Femenino.	Casados.	2 Preparatoria.	Medio.

1.2. Conductas agrupadas de preadolescentes en CAP.

NÚMERO DE SUJETO Y GÉNERO.	SÍNTOMAS SOMÁTICOS.	VIDA FAMILIAR.	CONDUCTAS ANTISOCIALES.	MIEDOS.	CONFLICTOS ESCOLARES.	EMOCIONALES/ PERSONALIDAD.	CONFLICTOS CON RELIGIÓN.	SEXUALIDAD.
1. Femenino.		Padre ausente.				Perdió el control de esfínteres pero sólo le sucede en casa.		
2. Femenino.		Conflictos entre padres.			Agredida por una maestra, es rebelde.	Se siente insegura de sí misma.		
3. Femenino.		Mala relación con la madre.				Agresiva, rebelde, tímida, insegura, voluble.		
4. Femenino.		Padre alcohólico, mala relación con él.			Ha reprobado 3 veces 3º de primaria, tiene problemas para concentrarse.	Irritable, baja autoestima, tímida.		
5. Femenino.		Padres separados, abandonada por padres,			Bajas calificaciones.	Dificultad para relacionarse con grupo de pares, se siente sola.		

		cumple las funciones de la madre con sus hermanos menores.						
6. Femenino.						Ansiedad, se siente insegura a partir del secuestro de un primo, insomnio.		
7. Femenino.		Abandonada por el padre.			Bajas calificaciones.	Irritable.		
8. Femenino.					Dificultad para aprender, es "lenta".			
9. Femenino.		Padres divorciados, padre ausente.				Confusión, irritabilidad y tristeza por la separación de padres.		
10. Femenino.	Atrofia cerebral.	Mala relación con el padre, buena relación con la madre.				Aislada en la escuela, baja autoestima.		
11. Femenino.		Mala relación			Agresiva en la	Sensación de		

		con familiares, abandonada por la madre, rivalidad con la nueva pareja del padre.			escuela.	soledad.		
12. Masculino.		Le molesta que su madre camine por la casa en ropa interior.	Robó dinero a su familia.	Miedo a la oscuridad.		Explosivo, hiperactivo, se muerde la uñas, "se porta como de 6 años."		
13. Masculino.		Codependencia a padres, buena relación con el padre, rechaza a la madre.			Dificultad para concentrarse en la escuela.	Ansiedad, mal humor,		
14. Masculino.					Inquieto, distraído, no respeta reglas.			
15. Masculino.				Miedo a la oscuridad y a dormir solo.	Se pone nervioso en la escuela.			

16. Masculino.					Problemas con una maestra.	Distraído, aislado, aplanamiento afectivo, no tiene amigos, tiene amigo imaginario.		
17. Masculino.		Mala relación con la madre, padre ausente.				Sensación de soledad, baja autoestima, no tiene amigos.		
18. Masculino.		Duerme con padres, mala relación con el padre, buena relación con la madre.		Miedo a la oscuridad, miedo a la muerte.		Agresivo.		
19. Masculino.						Distraído, tics nerviosos, agresivo.		
20. Masculino.		Abandonado por el padre.			Bajas calificaciones.	Irritable.		

1.3. Conductas agrupadas de adolescentes tempranos en CAP.

NÚMERO DE SUJETO Y GÉNERO.	SÍNTOMAS SOMÁTICOS.	VIDA FAMILIAR.	CONDUCTAS ANTISOCIALES.	MIEDOS.	CONFLICTOS ESCOLARES.	EMOCIONALES / PERSONALIDAD	CONFLICTOS CON RELIGIÓN.	SEXUALIDAD.
1. Femenino.			Fuma.		Rebeldía.			
2. Femenino.		No recibe apoyo económico de los padres.	Tomó alcohol en la escuela.		Reprobó.	Siente que sobra en su familia.	No practica religión.	
3. Femenino.			Fuma.		Se escapó de la escuela, malas calificaciones, está condicionada.			
4. Femenino.		Huyó de casa con su novio, se siente sobreprotegida, mala relación entre padres.				Se siente nerviosa.	Cree en Dios a su manera.	Vida sexual activa.

5. Femenino.		Padre alcohólico que la golpea.	Toma, fuma marihuana.			Se siente sola.		Promiscuidad para sentirse querida.
6. Femenino.	Anemia.	Mala relación con padres.			Malas calificaciones.	No come bien, es explosiva, se siente sola.		
7. Femenino.		Mala relación con padres, rebelde.			Malas calificaciones.	No le gusta comer. Es de carácter fuerte como su papá.		
8. Femenino.	Duerme poco.	Mala relación con padres.			La sacan frecuentemente del salón de clases.	Impulsiva, soberbia, egocéntrica.		
9. Masculino.					Malas calificaciones.	Grosero.	No practica religión.	
10. Masculino.		Desobedece a la madre.			Expulsado de la escuela.	No se comporta de acuerdo a su edad.		
11. Masculino.		Sus padres no aceptan su forma de vestir.	Le gustan los graffitis.		Bajas calificaciones.			
12. Masculino.	Colitis nerviosa.	No cumple los castigos.	Mentiroso.		Lento aprendizaje, distráido.	Latoso.		

13. Masculino.		Padre alcohólico.	Golpeó a su madre,	Miedo a la oscuridad.	Pelea con compañeros.	Tímido, introvertido.		
14. Masculino.		Padres separados. Busca aceptación del padre.		Miedo y admiración por la madre.	Lo molestan en la escuela porque es muy sensible.			
15. Masculino.		Desobediente.				Ha cambiado mucho, enojón, impulsivo.		
16. Masculino.		Padres separados.			Problemas con maestro, le dicen que es diferente.	Introvertido, cambia fácilmente de estado de ánimo.		
17. Masculino.		Conflicto con la madre, rivalidad con hermana, mala relación entre padres, desobediente.						
18. Masculino.		Padre alcohólico y drogadicto, agresivo	Navajeo a compañero.		Hiperactivo, desobediente.	Enuresis.		Exhibicionismo.
19.		Conflicto con el	Tutelar de					

Masculino.		padre, abandonado por madre al nacer, madre drogadicta.	menores por asalto.					
20. Masculino.		Padres divorciados.		Miedo a ser electrocutado por rayo.	Agresivo en la escuela.			
21. Masculino.	Migraña.	Mala relación con padre, buena relación con madre.			Suspendido en la escuela.	Introvertido, ordenado.		
22. Masculino.			Escapó del internado.					Tiene 3 novias, sexualidad activa.
23. Masculino.					Reprobó materias, mala relación con maestros.	Voluble.		Hace bromas sobre sexualidad.
24. Masculino.		Mal comportamiento en casa, padre en AA muy exigente.				Apático, extrovertido.		
25.		Buena relación				Temeroso,		

Masculino.		con madre.				desconfiado, enojón, flojo, agresivo.		
26. Masculino.		Buena relación con madre, mala relación con padre.			Suspendido en la escuela, problemas con matemáticas.	A veces no come y a veces se atraganta, extrovertido.		
27. Masculino.		Mala relación con padre, buena con madre, no cumple reglas de casa.	Roba dinero de padres.		Le da flojera la escuela.			
28. Masculino.		Mala relación con madre, le molesta que lo manden a hacer algo.				Sociable.	A veces le gusta su religión.	
29. Masculino.		Mala relación con padre, no acepta su forma de vestir.			Se siente inadaptado en la escuela.	Le aburre su vida.	No cree en Dios.	
30. Masculino.			Miente mucho.		Reprobó materias.	Explosivo cuando lo castigan, nervioso, no le		

						gusta durar mucho con novias.		
31. Masculino.		Conflicto con madre.	Dice palabras obscenas.		Le gusta la materia de historia.			Ha tenido 10 novias, tuvo relaciones sexuales con una de ellas.

1.4 Conductas agrupadas de pacientes en la adolescencia propiamente dicha.

NÚMERO DE SUJETO Y GÉNERO.	SÍNTOMAS SOMÁTICOS.	VIDA FAMILIAR.	CONDUCTAS ANTISOCIALES.	MIEDOS.	CONFLICTOS ESCOLARES.	EMOCIONALES/ PERSONALIDAD	CONFLICTOS CON RELIGIÓN.	SEXUALIDAD.
1. Femenino.		Mala relación con la madre porque critica a sus amigos, huyó de casa.				Le parecen difíciles los cambios que vive. Quiere estudiar psicología.		
2. Femenino.				Miedo a salir a la calle		Se siente perseguida después del suicidio de un amigo		Vida sexual con novio de 25 años.
3. Femenino.		Abandonada por padres, vive con abuelos. Los abuelos rechazan a sus amigos.			Reprobó materias.	Extrovertida.	No practica religión.	
4. Femenino.	Tic facial	Padres separados. No			Es "rara" en la escuela,	Buena relación con hombres,		

		le gusta estar en casa.			agresiva.	mala con mujeres.		
5. Femenino.		Rebelde con padres, no se lleva con nadie en casa.				Se siente "abandonada" por la madre. Come poco para no engordar, quiere estudiar psicología. Sale mucho con amigos.		
6. Femenino.		Rebelde con padres, el padre la golpea, se escapa de casa, mala relación entre padres.				A veces no come, extrovertida, es indiferente.	No practica religión.	
7. Femenino.		Conflicto con la madre, es agresiva.				Quiere estudiar música.		
8. Femenino.		Escapó de casa, un cumple las				Enojona, quiere estudiar turismo.		Vida sexual activa.

		reglas.						
9. Femenino.			Fuma .			Carácter inestable, terminó con su novio, quiere estudiar leyes.	No le gusta su religión.	Vida sexual activa.
10. Masculino.		Desobediente, agresivo con familiares.			Reprobó un año.	Siente que no le dan su lugar en casa.		
11. Masculino.		Dice que sus padres piensan a la "antigua", no aceptan su forma de ser, no quiere estudiar.						
12. Masculino.		Mala relación con padres.	Le gusta robar.		Actitud "negativa" en la escuela, le da flojera.		No cree en Dios.	Vida sexual desde los 16 años.
13. Masculino.		Discute con la madre por amistades.	Le gustan los graffitis.		Suspendido en la escuela, ha estado en 7 preparatorias	Extrovertido, quiere estudiar diseño gráfico.		Vida sexual activa.

					diferentes.			
14. Masculino.		Poca confianza en el padre, buena relación con la madre..			Le molestan las reglas de la escuela, es enojón con maestros, rebelde, flojo.	Inseguro y nervioso ante retos y ante mujeres.		
15. Masculino.		Conflicto con madre.	Fuma.		Llega tarde a clases.	Quiere estudiar medicina.		
16. Masculino.	Le duele el estomago cuando se enfrenta a algo nuevo.	Padres separados.				Cambia de estado de ánimo, es voluble, nervioso, se siente solo.		
17. Masculino.		“enojón” con padres, relación inestable con el padre (adicto en rehabilitación).				Extrovertido quiere estudiar comercio.		
18. Masculino.		Mala relación con padres.				Es rebelde, enojón, tuvo ganas de suicidarse y		

						compró veneno pero no se lo tomó, es nervioso, quiere ser pintor.		
19. Masculino.		Buena relación con padres.			Conflicto con maestros, no respeta reglas.	Es explosivo, quiere ser futbolista.	No le gusta ir a misa.	Vida sexual desde los 13 años.
20. Masculino.		No se lleva con su familia, no le gusta estar en casa.			Indisciplinado	Es desobediente y no sabe porqué.	No practica religión.	
21. Masculino.					Problemas con materias: inglés, trigonometría, física.	Ha cambiado mucho, es más sociable. Reprobar es como "defraudar" a los padres. Dificultad para relacionarse con mujeres.		

2. Cuadro de conductas psicopatológicas que no forman parte de los cambios de la adolescencia.

2.1 Preadolescencia.

Número de sujeto y género.	Patología identificada.
1. Femenino.	Perdió el control de esfínteres, pero esto sólo le ocurre en su casa.
2. Femenino.	Ella y sus hermanos fueron abandonados por los padres, viven con otros familiares pero ella cumple las funciones parentales con sus hermanos menores.
3. Femenino.	Se siente insegura y ansiosa a partir de que secuestraron a su primo.
4. Femenino.	Nació con atrofia cerebral y esto afecta su vida escolar y emocional.

2.2 Adolescencia temprana.

Número de sujeto y género.	Patología identificada.
1. Femenino.	No recibe apoyo económico de sus padres y siente que sobra en su casa.
2. Femenino.	Padre alcohólico que la golpea, además ha empezado a fumar marihuana y a tomar alcohol. Conducta sexual promiscua.
3. Masculino.	Padre alcohólico y drogadicto. Atacó a un compañero con una navaja, fue diagnosticado como hiperactivo. Tuvo conductas exhibicionistas en la escuela.
4. Masculino.	Madre drogadicta que lo abandonó al nacer, es referido del tutelar para menores por asalto.

2.3 Adolescencia propiamente dicha.

Número de sujeto y género.	Patología identificada.
1. Femenino.	Temor a salir a la calle y sensación de persecución a partir

	del suicidio de un amigo.
2. Masculino.	Mencionó haber tenido intenciones de suicidarse e incluso haber comprado veneno pero no se lo tomó.

3. Explicación teórica de las conductas de adolescentes del CAP.

ETAPA.	CONDUCTAS.	TEORÍA.
Preadolescencia.	<p>Vida familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mala relación con la madre / rivalidad. b. Mala relación con padre. c. Abandono de algunos de los padres. <p>Conductas antisociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. robo de dinero a familiares. <p>Miedos:</p>	<p>Vida familiar: (González, 2001)</p> <p>El principal conflicto en esta etapa es con la madre. El individuo tiene que luchar contra los deseos de seguir siendo niño y depender del vínculo con la madre. Existen fantasías paranoides de ser devorado por la madre preedípica, así como el miedo a amarla y mantenerse dependiente de ella para siempre.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> a. oscuridad. b. Muerte. c. A dormir solo. <p>Conflictos escolares:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bajas calificaciones, dificultad para concentrarse. b. Rebeldía, agresiones. c. Lento aprendizaje. d. Conflictos con maestros/as. <p>Emocionales / personalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Irritabilidad, mal humor, agresividad. b. Baja autoestima. c. Aislamiento. d. Conductas regresivas. 	<p>El preadolescente utiliza mecanismos de defensa como la represión, formación reactiva y desplazamiento para evitar regresar a la dependencia total de la madre.</p> <p>En esta etapa el individuo intenta comenzar la independencia familiar y particularmente la madre tiene que cooperar mediante la comprensión afectiva de este proceso.</p> <p>Conductas antisociales, conflictos escolares y emocionales: (González, 2001)</p> <p>El preadolescente comparte los sentimientos de culpa con los demás, particularmente con el líder del grupo; la finalidad de evitar conflictos con el Superyó. Pueden</p>
--	--	---

		<p>surgir síntomas transitorios como miedos, fobias y tics nerviosos, dolores de cabeza y estomago o manías como comerse las uñas, tartamudear e incluso chuparse el dedo. Las mujeres pueden asumir comportamientos masculinos e respuesta al conflicto de envidia por el pene. Los hombres pueden tener comportamientos sádicos, utilizar lenguaje obsceno, rechazar la higiene y tener comportamientos exhibicionistas. Además se presenta la etapa de los “niños con los niños y las niñas con las niñas” a consecuencia del temor de los hombres hacia las mujeres debido a la angustia de castración. Para superar el conflicto con la mujer, los jóvenes recurren a ritos de iniciación.</p>
--	--	---

		La angustia homosexual es un elemento presente en esta etapa del desarrollo.
Adolescencia temprana.	<p>Síntomas somáticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Colitis. b. Migraña. <p>Vida familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mala relación con padres, rebeldía. b. Relación con padre del mismo género. c. Padre o madre con adicciones. <p>Conductas antisociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fuma, toma, graffitis, miente, roba, dice palabras obscenas. b. Atacó a compañero con navaja. <p>Miedos.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. A la oscuridad, a ser 	<p>Vida familiar, conductas antisociales, conflictos escolares, emocionales y sexualidad: (González, 2001).</p> <p>Se presenta una descatectización de los objetos primarios, se da la elección de objeto fuera de la familia y es de tipo narcisista. La falta de afecto en los objetos primarios ocasiona que la libido se encuentre libremente flotante por lo que el Superyó se ve disminuido y el Yo pierde el control de afectos, motilidad e intelecto. Las conductas delictivas o antisociales están relacionadas con la búsqueda de objetos libidinales.</p> <p>El Yo al quedar empobrecido, sufre una sensación de soledad y vacío.</p>

	<p>electrocutado por rayo, a la madre.</p> <p>Conflictos escolares.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bajas calificaciones, rebeldía, problemas con maestros. b. Problemas con compañeros. <p>Emocionales / personalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sensación de soledad, que sobra en la familia. b. Nerviosismo. c. Impulsividad, agresividad, egocentrismo. d. No come bien. e. No se comporta de acuerdo a su edad. <p>Sexualidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Vida sexual activa. b. Promiscuidad, exhibicionismo. 	<p>Ocurre un episodio bisexual transitorio inconsciente que le ocasiona vergüenza al individuo. La mujer muestra más abiertamente su masculinidad y el hombre niega y se avergüenza de su feminidad. Se produce la identificación con el padre del mismo género; el conflicto afectivo y de dependencia hacia la madre de la preadolescencia se resuelve queriendo ser como el padre del mismo género. Esto a su vez permite el abandono del período bisexual y favorece la adquisición de una identidad psicosexual. La angustia de castración se ve neutralizada mediante las fantasías masturbatorias.</p> <p>La precocidad sexual en esta etapa se puede evitar mediante la</p>
--	--	---

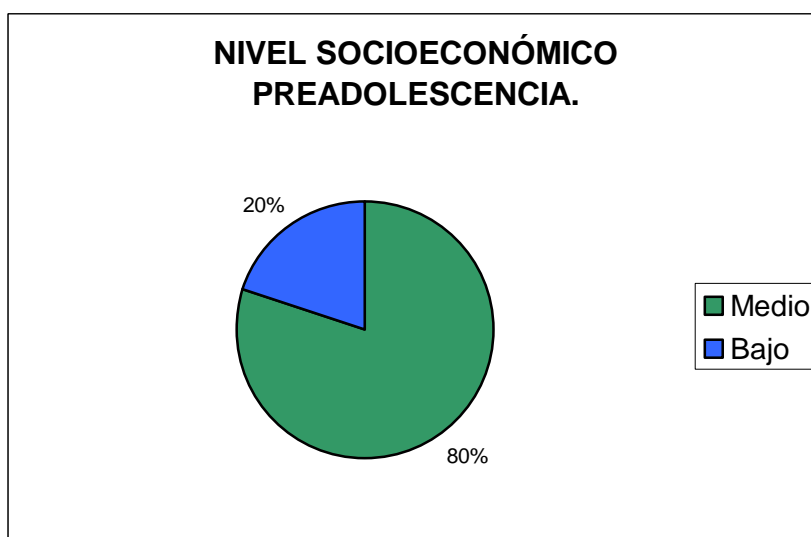
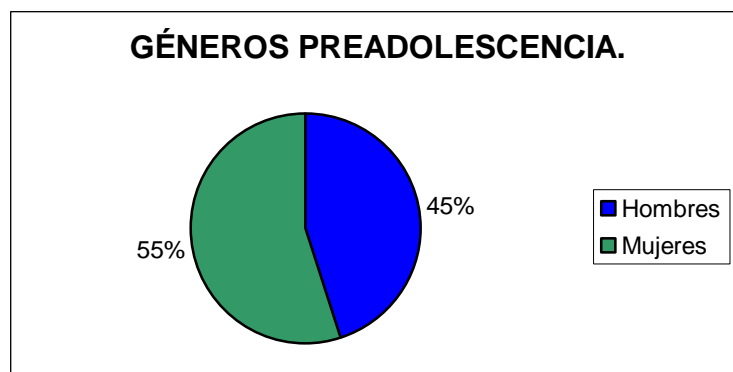
		<p>accesibilidad emocional de los padres, particularmente de la madre, así como en las amistades, las actividades deportivas y las fantasías (sublimación).</p> <p>En el caso del hombre, los sentimientos de ternura hacia el padre son un conflicto que es resuelto mediante la gratificación inhibida de metas (camaradería) o entrando en oposición con él.</p> <p>El individuo comienza a aprender a expresar sus afectos y emociones de manera más madura mediante la tolerancia a la frustración. Para ello, los padres deben de colaborar mediante la tolerancia y la congruencia emocional.</p> <p>La aparición de nuevas metas instintivas ocasiona que la intensidad de los afectos aumente.</p>
--	--	---

<p>Adolescencia propiamente dicha.</p>	<p>Síntomas somáticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Tics, dolores somáticos. <p>Vida familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mala relación con padres, rebeldía, agresividad. <p>Conductas antisociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Robo, graffitis, fuma. <p>Miedos.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. A salir a la calle. <p>Conflictos escolares.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Malas calificaciones, rebeldía. <p>Emocionales / personalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sensación de soledad, rebeldía. b. Mala relación con grupo de pares. c. Sensación de persecución. 	<p>Vida familiar, conductas antisociales, conflictos escolares, emocionales y sexualidad: (González, 2001).</p> <p>Se presenta un empobrecimiento del Yo ante el abandono de los objetos primarios y su eventual sustitución. La elección del nuevo objeto se basa en el ideal del Yo, es decir, es de tipo narcisista. El narcisismo aumenta por lo que aparecen actitudes egocéntricas, pero al mismo tiempo la sensación de independencia ocasionan depresión. Las figuras paternas son devaluadas, le ocasionan al adolescente vergüenza y asumen comportamientos rebeldes. Esto favorece al desarrollo de identidad y separación definitiva del adolescente. Las primeras elecciones de objeto en esta etapa</p>
--	---	---

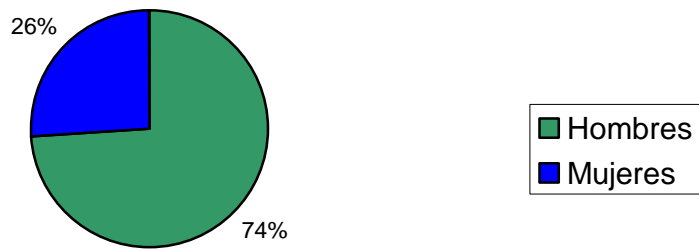
	<p>d. Ganas de suicidarse.</p> <p>Conflictos con religión.</p> <p>a. No le gusta su religión, no la practica, no cree en Dios.</p> <p>Sexualidad.</p> <p>a. Vida sexual activa.</p>	<p>no son relaciones maduras, sino desplazamientos primitivos que logran madurez a través de la resolución del complejo de Edipo. Respecto a la nueva meta instintiva (reproducción) existe una postura ambivalente, se desea y se niega al mismo tiempo.</p> <p>El individuo no ha adquirido por completo del medio los principios inhibidores de control porque para ello se debe de completar el desprendimiento de los objetos primarios.</p> <p>Antes de que ocurra la experimentación sexual se presenta el enamoramiento en donde predominan los sentimientos de ternura hacia el nuevo objeto. Este nuevo enamoramiento puede producir el temor de una nueva</p>
--	---	--

		<p>dependencia. En el caso de que haya relaciones sexuales con este nuevo objeto, puede existir el miedo a prostituir el amor de su vida.</p> <p>La función de los adultos en esta etapa es la de mostrar una escala de valores y una actitud firme y flexible que le permitan reconocer los límites externos.</p>
--	--	--

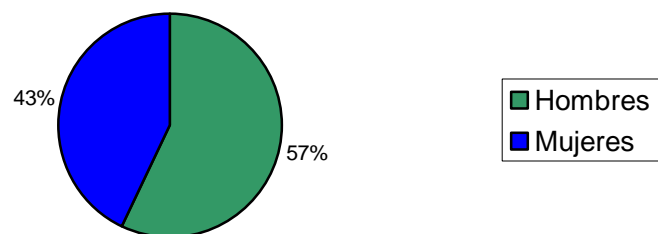
4. Gráficas de porcentajes.



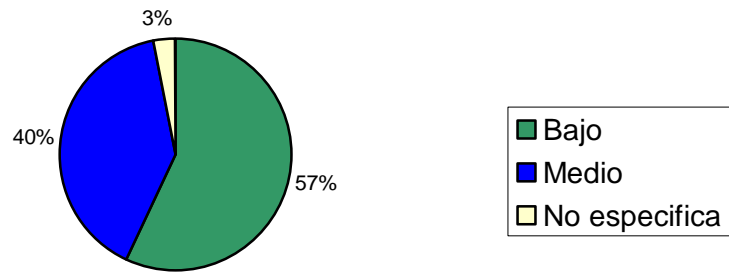
GÉNEROS ADOLESCENCIA TEMPRANA.



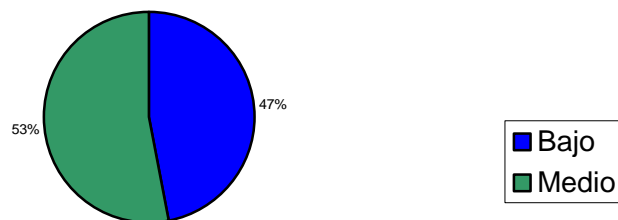
GÉNEROS ADOLESCENCIA PROPIAMENTE DICHA.



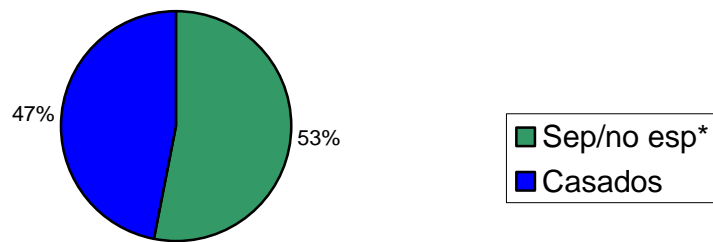
NIVEL SOCIOECONÓMICO ADOLESCENCIA TEMPRANA.



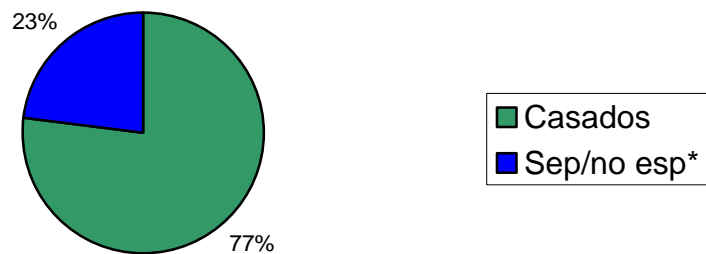
NIVEL SOCIOECONÓMICO ADOLESCENCIA PROPIAMENTE DICHA.



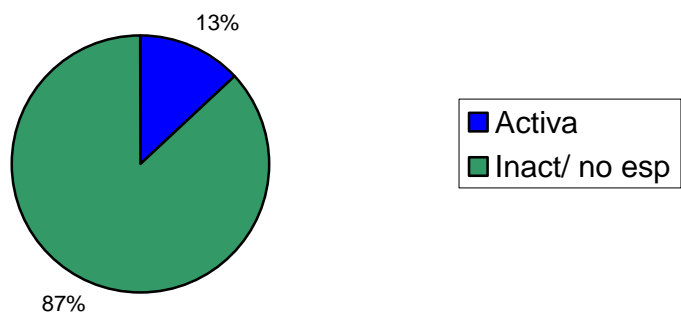
**EDO. CIVIL DE PADRES N.S. BAJO AD.
TEMPRANA. *No especificado**



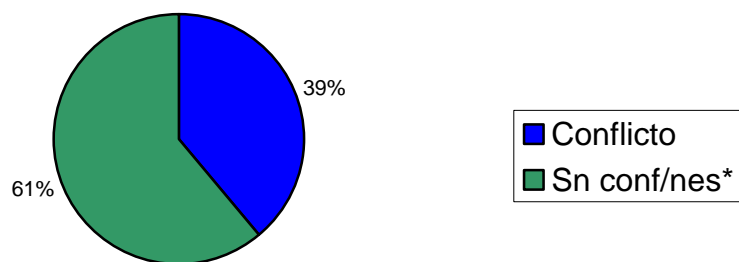
**EDO. CIVIL PADRES N.S. MEDIO AD.
TEMPRANA. *No especificado.**



VIDA SEXUAL ADOLESCENCIA TEMPRANA.

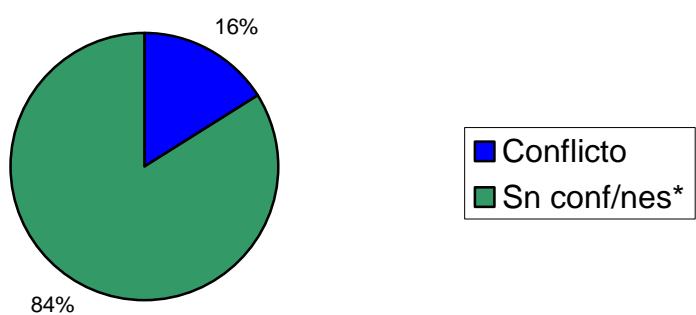


VARONES EN CONFLICTO CON FIGURA PATERNA AD. TEMPRANA. *No especificado.

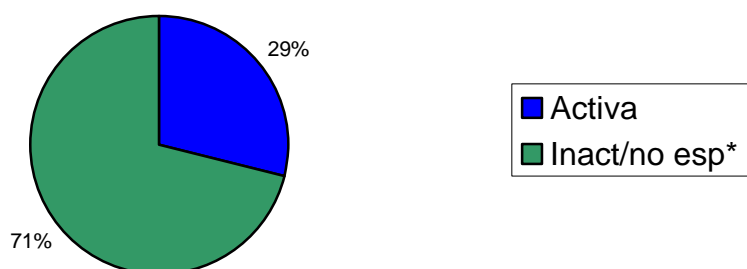


**CONFLICTO CON CREENCIAS RELIGIOSAS
AD. TEMPRANA.**

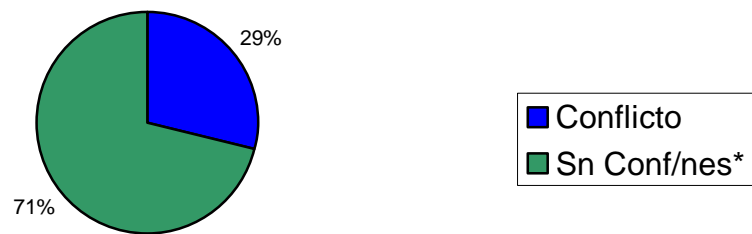
**No especificado.*



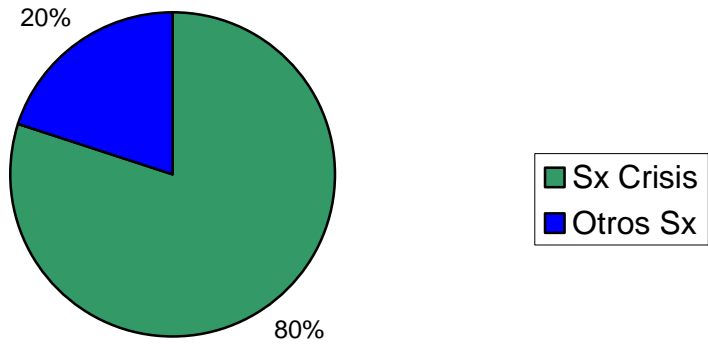
**VIDA SEXUAL AD. PROPIAMENTE DICHA. *No
especificado.**



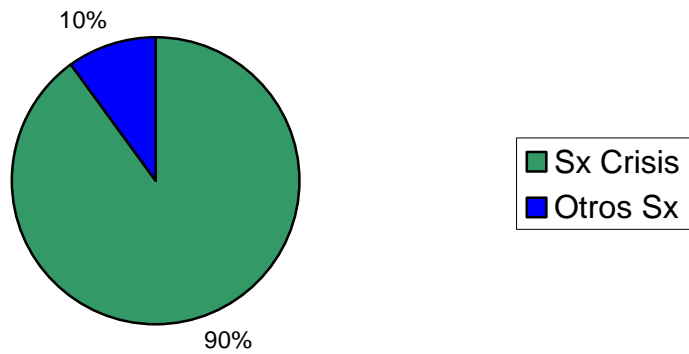
CONFLICTO CON CREENCIAS RELIGIOSAS
AD. PROPIAMENTE DICHA. *No especificado



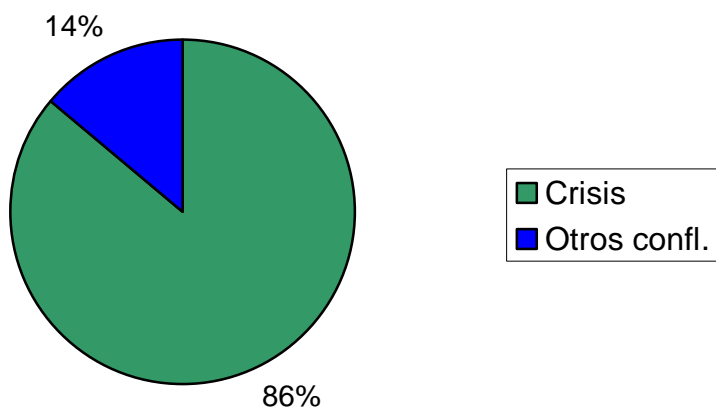
**PORCENTAJE DE CASOS DE
PREADOLESCENTES CON SX DE LA CRISIS
ADOLESCENTE.**



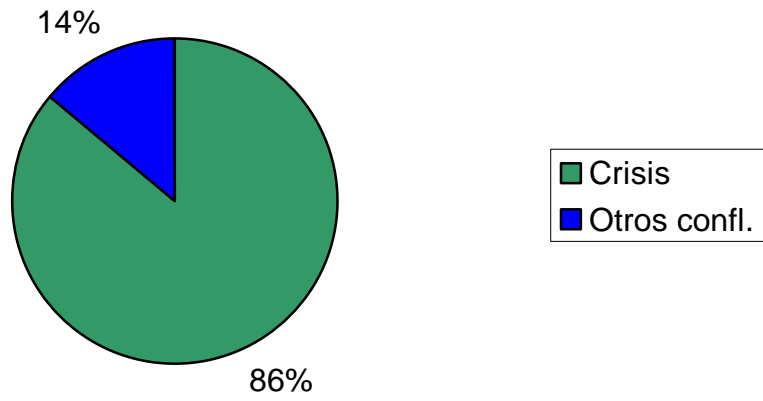
**PORCENTAJE DE AD. PROPIAMENTE DICHOS
CON SX DE LA CRISIS ADOLESCENTE.**



**PORCENTAJE TOTAL DE ADOLESCENTES
DEL CAP CON SX DE LA CRISIS
ADOLESCENTE.**



**PORCENTAJE TOTAL DE ADOLESCENTES
DEL CAP CON SX DE LA CRISIS
ADOLESCENTE.**



IV. DISCUSIÓN.

Esta investigación surgió con el interés de responder a la pregunta: ¿El paciente adolescente en el Centro de Atención Psicológica acude debido a los conflictos propios de la crisis de la adolescencia o a causa de manifestaciones de cuadros psicopatológicos?

Como se mencionó en el capítulo dedicado a los abordajes teóricos de la adolescencia, la etapa por sí misma contiene elementos que de presentarse en otra etapa de la vida deberían de ser síntomas evidentes de conflicto. Al respecto dice Knobel (2005) que se trata de una “entidad semipatológica” o lo que él y mismo y Aberastury llaman “síndrome de la adolescencia normal” (Aberastury y Knobel, 2005). Para Erickson (1959), en esta etapa el conflicto central pasa por la búsqueda de una identidad que se mantendrá por el resto de la vida, pero para ello el adolescente tendrá que enfrentar una crisis cuyo mayor riesgo es la confusión del rol manifestada mediante dudas sobre la propia identidad sexual que llevan a episodios psicóticos o a cometer conductas antisociales.

Los resultados arrojados por esta investigación están segmentados de acuerdo a las etapas de la adolescencia sugeridas por Blos.

a) Preadolescencia.

Se trata de individuos de un nivel socioeconómico medio en un 83% y de nivel socioeconómico bajo en un 17%. De los pertenecientes al nivel medio el 60% son de familias en donde ambos padres siguen casados, y el otro 40% están separados, divorciados o ha fallecido alguno de ellos. La escolaridad del grupo de preadolescentes oscila entre tercero y sexto de primaria, aunque en la mayoría de las historias clínicas no viene especificado el grado de primaria.

En ambos casos de hombres y mujeres, no se hace mención en las historias clínicas de manifestaciones somáticas, con la excepción de un caso de atrofia cerebral cuyas consecuencias se vieron reflejadas en problemas de adaptación a la vida escolar y de autoestima. Respecto a la vida familiar el conflicto más frecuente en el caso de las mujeres se da en función a la ausencia del padre, tanto física como emocional, ya sea por la separación de la pareja o alcoholismo. Una segunda problemática se presenta en relación a la figura materna o su sustituto (en el caso de la separación de la pareja y el establecimiento de una nueva relación por parte del padre). En esta etapa de la adolescencia el conflicto central se da en torno a la figura materna por la ambivalencia que representa el hecho de que el preadolescente desea seguir dependiendo de la madre pero al mismo tiempo le angustia que la dependencia se postergue por el resto de su vida (González, 2001). En los casos en los cuales las preadolescentes tienen una mejor relación con la madre que con el padre, es posible sugerir que se debe a la falta de constancia emocional por parte del padre, ante lo cual el vínculo de dependencia hacia la madre se ve fortalecido sobre todo si se trata de una madre capaz de cumplir sus funciones propias.

En el caso de los hombres, la mayoría de los conflictos relacionados con la vida familiar también se establece a partir de la madre. Al respecto dice González (2001) que además de la ambivalencia mencionada anteriormente respecto a la figura materna, se presenta el resurgimiento de la angustia de castración que lleva a que el joven recurra a determinados ritos de iniciación que le permitan dejar por completo las gratificaciones pregenitales. Esta misma angustia de castración se puede relacionar con la aparición de miedos como se observa en el cuadro 1.2 ya que estos síntomas son únicamente referidos en casos de hombres, además de que el desplazamiento es uno de los mecanismos de defensa frecuentemente utilizado por los preadolescentes (González, 2001).

Una segunda causa de la aparición de miedos es mencionada por el mismo González (2001) como una característica propia de la preadolescencia en

donde se presentan síntomas transitorios como fobias, miedos y tics nerviosos.

En el área de la vida escolar se presentan conflictos como la rebeldía, las bajas calificaciones y conflictos con las figuras de autoridad (maestras), que también son un desplazamiento del conflicto por lograr la independencia materna que comienza en esta etapa de la adolescencia. González (2001) menciona que en esta etapa el individuo es capaz de encontrar satisfacción en actividades escolares, aunque esto no esté necesariamente relacionado con la obtención de buenas calificaciones y sí con el desarrollo de capacidades de socialización.

Del total de 18 casos de preadolescentes, sólo en 1 se presentaron conductas antisociales, tratándose de un joven que robó dinero a su familia. Durante la preadolescencia el individuo evita conflictos con el Superyó mediante la socialización de la culpa (González, 2001). Para Aberastury y colaboradores (2005) el hecho de que ocurra algún fracaso en la comunicación verbal en el adolescente puede ocasionar el paso del lenguaje a la acción lo cual resulta evidente en actos como la compulsión a robar o participar en actos delictivos; dice Aberastury que es cuando el adolescente entra en el terreno de la psicopatía. La utilización de la palabra y el pensamiento tiene la finalidad de permitir la elaboración de la realidad y su adaptación a la misma (Aberastury, 2005). Respecto a los actos delictivos menciona Erickson (1959) que el riesgo de esta etapa se encuentra en la confusión de rol que cuando parte de la duda en cuanto a la propia identidad sexual puede manifestarse mediante conductas delictivas o episodios psicóticos.

En términos de personalidad y vida emocional, se presentan síntomas de irritabilidad, sensación de soledad, ansiedad, mal humor e inseguridad que pueden ser una consecuencia del resurgimiento de la pregenitalidad de la que hablaba Freud (citado por González, 2001) ante la cual el individuo tiene que hacer oposición. Así mismo se presentan casos en donde el

preadolescente tiene dificultad para relacionarse con sus compañeros en la escuela, al respecto dice González (2001) que durante esta etapa es común que la angustia de castración lleve a los varones a tener comportamientos hostiles hacia las mujeres y éstas sean más directas con ellos e incluso tengan actitudes de “marimachas”. Es la etapa en la cual se relacionan “los niños con los niños y las niñas con las niñas”.

Además los sentimientos de coraje, irritabilidad, ansiedad y mal humor son frecuentes en esta etapa en el caso de los varones a consecuencia de la renuncia a los deseos de seguir siendo niño y el temor a la dependencia materna. Las mujeres oponen resistencia contra una “tendencia regresiva hacia la madre preedípica” (González, 2001, p.17), aunque como se observa en el cuadro 3.2.1 esta lucha contra la regresión no siempre se gana (pérdida del control de esfínteres o comportamientos “como de 6 años” a decir de los padres. En el caso de la joven que perdió el control de esfínteres es necesario averiguar más información mediante la entrevista para determinar qué otros factores están relacionados con esta conducta.

Del total de 20 casos de acuerdo a la información contenida en las historias clínicas, en 4 se presentaron síntomas que sobrepasan las características de la etapa y corresponden a una problemática diferente. Se trata de los casos de 4 mujeres cuyos problemas fueron: pérdida del control de esfínteres (conducta que se presenta únicamente en casa), el abandono de padres y la asunción de los roles parentales con hermanos, las manifestaciones de ansiedad y sensación de inseguridad después del secuestro de un familiar y finalmente el caso de una chica con atrofia cerebral, problemas escolares y de autoestima.

b) Adolescencia temprana.

Se trata de individuos de nivel socioeconómico bajo en un 57%, de nivel medio en un 40% y de un 3% no especificado. De los pertenecientes al nivel socioeconómico bajo el 53% viene de familias en donde los padres están

separados, divorciados o no se especifica en la historia clínica y el 10% cursa la primaria. Dentro del nivel socioeconómico medio, el 33% pertenece a familias en donde los padres están divorciados, separados, ha muerto alguno de los cónyuges o no está especificado el estado civil en la historia clínica.

Todos los individuos dentro de este nivel socioeconómico cursan entre el primer grado de secundaria y el primer grado de preparatoria.

Las manifestaciones somáticas en el grupo de preadolescentes son pocas (únicamente cuatro casos de pocas horas de sueño, migraña, colitis nerviosa y anemia). Particularmente los relacionados con la alimentación se relacionan con el proceso de represión que utiliza el adolescente y que extiende al total de sus actividades según Freud (2000). De acuerdo con ella, el adolescente evita ceder inmediatamente a todas sus necesidades fisiológicas como la alimentación, la eliminación o el sueño porque desconfían de cualquier impulso que se encuentre matizado sexualmente. Al respecto dice González que en la adolescencia temprana ocurre una “continuación de las nuevas metas instintivas que matizan e intensifican los afectos” (González, 2001, p.11). Anna Freud añade que esto no sólo ocurre con la vida afectiva sino con el total de actividades del individuo.

En el área de la vida familiar se presentan dos problemáticas básicas: la mala relación entre el adolescente temprano y sus padres y familiares, y los problemas de adicciones, violencia y disfuncionalidad familiar que son independientes de la problemática propia de la adolescencia. Respecto a la conflictiva entre el adolescente y su familia, obedece al retiro de la catexia de los objetos primarios para buscar objetos fuera del grupo familiar. La energía libidinal queda flotando libremente y ocasiona que el Superyó se vea disminuido y el Yo pierda fuerza en el manejo de afectos, intelecto y motilidad (González, 2001). Esto está particularmente relacionado con la vida escolar, las conductas antisociales, los conflictos con las creencias religiosas y la sexualidad. Los conflictos más frecuentes en la escuela tienen

que ver con las bajas calificaciones, la rebeldía, los problemas con las figuras de autoridad y las agresiones hacia los compañeros. Las bajas calificaciones pueden no sólo deberse a ser una forma de retar a la autoridad de los padres, sino además a una pérdida del control temporal de las capacidades intelectuales de las cuales habla González.

Respecto a las conductas antisociales, las que se presentaron fueron: fumar, fumar marihuana, tomar alcohol, escapar de la escuela, robar dinero, el gusto por los graffitis, decir palabras obscenas, atacar con una navaja a un compañero y el asalto que incluso ocasionó el ingreso al tutelar de menores.

En cuanto a estas últimas dos conductas presentadas en dos varones, es importante mencionar que pueden obedecer ya no a las conductas típicas de la adolescencia, que según Aberastury y Knobel (2005) son transitorias, sino más bien a la manifestación de un trastorno de personalidad considerando que en el caso del joven que atacó con una navaja a su compañero también se presentaron conductas exhibicionistas con sus compañeras y enuresis.

En cuanto a las conductas de fumar tabaco, marihuana y tomar alcohol, en las historias clínicas no viene la información necesaria para determinar si existen más casos en donde se presenten estas conductas y se puedan relacionar con el alcoholismo y las adicciones de los padres. De los casos en los cuales se presentaron estas conductas y son mencionadas en las historias clínicas, sólo en el de una mujer se señalan el alcoholismo del padre y la presencia de golpes hacia ella. Además en este caso la joven refiere conductas de promiscuidad realizadas con la finalidad de “sentirse querida”. Este es otro caso en donde la problemática del individuo sobrepasa la conflictiva específica de la adolescencia.

La vida sexual del grupo de adolescentes tempranos no se encuentra muy detallada en las historias clínicas. Del grupo de 31 individuos, 4, es decir el 13% manifestaron tener vida sexual activa. Sobre la precocidad sexual en esta etapa dice González (2001) que las medidas preventivas se encuentran

principalmente en la accesibilidad emocional de los padres, especialmente de la madre. En los casos en los cuales los individuos llevan una vida sexual activa, existen también conflictos en la relación con los padres por lo que se supone difícil la cercanía emocional. Durante esta etapa los padres deben de colaborar siendo congruentes en la expresión de afectos y tolerando la ambivalencia propia de los adolescentes tempranos, porque de lo contrario se crea mayor confusión y desconcierto (González, 2001). Es importante recordar que una de las principales tareas durante este período de la adolescencia es la identificación con el padre del mismo género que el adolescente y de esta manera abandonar la posición bisexual. En este sentido, dentro de las historias clínicas se menciona la existencia de conflictos entre los adolescentes y los padres y en el caso de los varones se presentaron conflictos específicamente con el padre ya sea por la forma de vestir, de pensar, por la búsqueda de aceptación o por las adicciones y/o alcoholismo del padre en un 39% de los casos. Esto hace pensar que el proceso de identificación se ve obstaculizado considerablemente, lo cual no significa que no se logre, sino más bien que será un proceso difícil para ambas partes en donde tal vez el adolescente se vea obligado a buscar identificaciones con personalidades más estables.

En la parte de las creencias religiosas, únicamente en el 16% de los casos se hace referencia a algún conflicto, ya sea que no les gusta su religión, no creen en Dios o creen en él pero a su manera. Para Aberastury y Knobel (2005) las actitudes de ateísmo o misticismo ferviente son formas de solución de la angustia que sufre el yo en la búsqueda de identificaciones positivas y del enfrentamiento con la muerte definitiva de parte de su yo corporal.

En la esfera de los conflictos emocionales y la personalidad, se presentaron síntomas de sensación de soledad, rebeldía, aburrimiento, apatía, cambios en el estado de ánimo, irritabilidad y agresión. Como se mencionó anteriormente la rebeldía, irritabilidad y agresión particularmente hacia los padres, familiares y figuras de autoridad están vinculados con el retiro de

energía afectiva en los objetos primarios, proceso necesario y fundamental dentro de la adolescencia.

A esto, se le suma el hecho de que los padres niegan el crecimiento de los hijos y que la sociedad tiene un trato hostil hacia la el adolescente y la adolescencia en general por el hecho de reeditar la situación edípica, en donde se manifiesta la ambivalencia y antagonismo que los padres sienten hacia sus hijos (Aberastury y Knobel, 2005). De acuerdo con Aberastury y Knobel (2005), el adulto proyecta en el adolescente la incapacidad propia para controlar lo que ocurre a su alrededor social y políticamente. Por su parte el adolescente proyecta en el exterior la frustración producida por el duelo por la perdida de los padres. Ante esto el único resultado es un conflicto entre ambas partes.

Los sentimientos de soledad, aburrimiento, apatía y los cambios en el estado de ánimo se relacionan con lo que Aberastury y Knobel (2005) llaman “cantidad y calidad de la elaboración de los duelos de la adolescencia” .Cuando ocurre alguna falla en los intentos de elaboración de los duelos aparecen cambios de humor que se asemejan a micro crisis maníaco depresivas (Aberastury y Knobel, 2005).

Del total de 31 casos de adolescentes tempranos de acuerdo a la información contenida en las historias clínicas, 4 presentaron características que no forman parte de la sintomatología específica de la etapa; se trata de 2 chicas cuyas problemáticas fueron la falta de apoyo económico por parte de los padres, y en el caso de la segunda manifestó tener problemas de consumo de drogas y promiscuidad. Los otros dos casos se presentaron en dos varones; el primero de ellos refirió enuresis, hiperactividad, exhibicionismo y la agresión con una navaja a uno de sus compañeros de escuela; el segundo fue canalizado por el tutelar de menores por asalto.

c) Adolescencia propiamente dicha.

El grupo de pacientes en esta etapa de la adolescencia está compuesto por un 53% que se encuentran dentro de un nivel socioeconómico medio y un 47% en un nivel socioeconómico bajo. El grado de escolaridad para los de nivel medio está entre primero y tercero de preparatoria y para el nivel socioeconómico bajo fluctúa entre la primaria y la preparatoria.

En lo que se refiere a síntomas somáticos, sólo se mencionan en las historias clínicas dos casos; el primero es el de una mujer que presenta tics faciales y el segundo es el de un hombre que presenta dolores estomacales al enfrentar situaciones nuevas. Respecto a los trastornos gastrointestinales en la adolescencia dice González (2001) que existen factores psicológicos relacionados como lo son la insatisfacción crónica, depresión y relaciones parentales contradictorias que ocasionan un sentimiento de desesperanza. Además dice que las colitis representan un contenido agresivo que en lugar de ser expresado hacia el exterior, se expresa hacia el interior (González, 2001).

En el caso de los tics faciales, al tratarse de un individuo dentro de la adolescencia propiamente dicha, no se puede decir que sean parte de las características específicas de la etapa porque este tipo de manifestaciones se dan al inicio de la adolescencia, particularmente en la preadolescencia por lo que es importante investigar a mayor profundidad las causas de este síntoma.

Dentro de la vida familiar se encontró que la mayor problemática se da en función de la relación entre el adolescente y sus padres o sus sustitutos. Los conflictos giran principalmente alrededor de la diferencia de ideologías entre padres e hijos, la rebeldía y el incumplimiento de las reglas de casa. En tres casos el adolescente escapó de casa. En la adolescencia propiamente dicha se produce un aumento del narcisismo a consecuencia de que la energía

afectiva retirada de los objetos primarios (devaluados) se dirige hacia el Yo, el adolescente puede tener actitudes arrogantes, rebeldes y puede parecer como afectivamente egocéntrico (González, 2001). Este período transitorio narcisista afecta también la vida escolar y se pueden ver deterioradas las relaciones con figuras de autoridad como los maestros, el respeto a las reglas y cumplimiento de responsabilidades escolares. Además el adolescente oscila entre la impulsividad y el control yoico porque es el momento en el cual apenas se están desarrollando los principios inhibidores de control que dirigen sus pensamientos, deseos, valores y acciones hacia la realidad. Para ello el adolescente debe encontrar nuevos objetos que tomen el lugar de los objetos primarios (González, 2001). Para Aberastury (2005) el hecho de que el adolescente tenga unas buenas imágenes parentales internalizadas facilita el desarrollo hacia la madurez. Además dice que la “disociación esquizoide” (Aberastury y Knobel, 2005, p.100) de las figuras parentales es un fenómeno normal durante esta etapa. Del total de 21 casos de pacientes en la etapa de la adolescencia propiamente dicha, únicamente en 7 casos se encontró que el estado civil de los padres fue: divorciados, separados, algunos de los padres fallecidos, o que el joven nunca conoció a sus padres y vive con sus abuelos. A pesar de esto, la problemática se manifestó con el sustituto parental.

En cuanto a las conductas antisociales se refiere, se presentan en menor cantidad respecto al grupo de adolescentes tempranos. Las conductas antisociales descritas en las historias clínicas son: fumar, robar y el gusto por los graffitis. Como se mencionó en el grupo de adolescentes tempranos, las conductas antisociales en el adolescente son resultado de la búsqueda de identidad y por lo tanto son pasajeras a diferencia del caso de los psicópatas, los cuales no logran elaborar los duelos adolescentes (Aberastury y Knobel, 2005). La labor de los adultos en este sentido consiste de acuerdo a González (2001) en mostrar una escala de valores flexible que permitan que el adolescente reconozca límites en el exterior.

El grupo de adolescentes propiamente dichos únicamente presentó en las historias clínicas un caso en donde se habla de la existencia de miedos o temores, se trata del caso de una joven que manifiesta temor a salir a la calle y la sensación de ser perseguida a consecuencia de haber presenciado el suicidio de un amigo, por lo que puede decirse que se trata de un posible caso de estrés postraumático.

Respecto a los conflictos emocionales y de personalidad recopilados a través de las historias clínicas del grupo de pacientes en la etapa de la adolescencia propiamente dicha se encontraron los siguientes síntomas: dificultad para asimilar los cambios que se viven, inestabilidad de carácter, sensación de abandono o soledad, inseguridad ante retos y ante el sexo opuesto, introversión o extroversión, ganas de suicidarse y en algunos casos se menciona el interés por alguna profesión. En relación a la dificultad para asimilar los cambios, la inestabilidad de carácter, la sensación de abandono o soledad señala González (2001) que así como aumenta el narcisismo en esta etapa a consecuencia del retiro de energía afectiva en los objetos primarios, aparece también una sensación de depresión porque el adolescente se percibe como independiente en términos biológicos, psicológicos y sociales. Además dice Aberastury (2005) que el hecho de que los padres no sean capaces de comprender las polares fluctuaciones por las que pasa el adolescente: dependencia-independencia, refugio en la fantasía-afán de crecimiento y logros adultos-refugio en los logros infantiles, se dificulta el proceso de elaboración de los duelos. En cuanto a la introversión o extroversión es importante señalar la influencia de las diferencias individuales respecto a los rasgos de personalidad, pero además es necesario considerar lo que Aberastury (2005) sugiere en cuanto a las "identidades transitorias" que puede asumir el adolescente. De acuerdo a esto, el adolescente puede tomar diferentes identidades dependiendo de las circunstancias y situaciones esto está relacionado con el proceso de separación de los padres. En muchas de las historias clínicas se menciona que el adolescente es de una forma en su ambiente familiar pero que al salir de él se transforma y se comporta de una manera muy diferente.

En el terreno de la sexualidad, el 29% de los pacientes refirieron llevar una vida sexual activa. Para González (2001) el amor tierno generalmente se presenta antes que la experimentación sexual y que el hecho de tener relaciones sexuales puede generar el temor de “prostituir el amor de su vida”, además de que el enamoramiento puede resultar amenazante porque es vivido como una nueva dependencia. En cuanto a las relaciones sexuales en la adolescencia para Aberastury (2005) no es un índice de madurez genital cuando no se asume la responsabilidad que esto implica, sino son más bien un indicador de perturbaciones serias.

Al igual que en el grupo de adolescentes tempranos, en el grupo de adolescentes propiamente dichos también se dieron casos en donde los jóvenes manifestaron tener algún tipo de diferencia en cuanto a las creencias religiosas que se practican en su casa. El 29% dijo no creer en Dios, no practicar su religión o tener algún tipo de disgusto en este sentido. Tanto el misticismo exagerado como el ateísmo son desplazamientos de cambios corporales y a nivel social-familiar que resultan incontrolables para el adolescente y le ocasionan una sensación de impotencia (Aberastury, 2005).

De los 21 casos de jóvenes en la etapa de la adolescencia propiamente dicha de acuerdo a la información contenida en las historias clínicas, 2 de ellos presentaron conductas que no forman parte de la sintomatología específica de la adolescencia; se trata de una chica que presentó temor de salir a la calle y sensación de persecución después de presenciar el suicidio de un amigo; el segundo caso es el de un joven que manifestó intenciones de suicidarse e incluso dice haber comprado veneno para tomárselo pero no lo hizo.

De esta forma se observa que de los 70 casos tomados como muestra para esta investigación, en 10 de éstos (4 de preadolescentes, 4 de adolescentes tempranos y 2 de adolescentes propiamente dichos), es decir el 14%

manifestaron síntomas y/o conductas que no son parte de las características de la crisis de la adolescencia descritas a lo largo de esta investigación.

V. CONCLUSIONES.

El 86% de los pacientes adolescentes que asisten al Centro de Atención Psicológica “Santa Fe” lo hacen a consecuencia de las manifestaciones de la crisis de la adolescencia.

Los adolescentes que solicitan ayuda al Centro de Atención Psicológica lo hacen a partir de una condición de malestar ocasionada por factores internos y externos.

Los factores internos se relacionan directamente con el malestar surgido a partir de la crisis de la adolescencia o lo que Aberastury (2005) llama “síndrome de la adolescencia normal” que afecta la vida afectiva, sexual, familiar, social, escolar y social del individuo.

Los factores externos se relacionan con las toxicomanías de los padres, la medida en que cumplan o no las funciones afectivas, sociales y económicas de padres y figuras de autoridad, la vivencia de experiencias traumáticas y el padecimiento de enfermedades crónicas.

La vida familiar es el aspecto que más se ve deteriorado por la crisis de la adolescencia, particularmente la relación con los padres por lo que son ellos los que generalmente solicitan la ayuda psicológica.

La intervención psicológica en casos de crisis de la adolescencia debe de estar acompañada de acciones que orienten a los propios padres a la comprensión integral de esta etapa porque es con ellos con quienes mayor conflictiva tiene el adolescente.

Durante la preadolescencia el principal conflicto a nivel familiar se da con la figura materna (González, 2001) pero además en el grupo de mujeres preadolescentes del Centro de Atención Psicológica “Santa Fe” también se

observó conflicto con el padre a consecuencia de su ausencia física o emocional.

En la etapa de la preadolescencia los conflictos emocionales y de personalidad tales como: la inseguridad, timidez, irritabilidad, baja autoestima, volubilidad y sensación de soledad representan el principal malestar para los individuos, lo cual repercute en el desempeño académico y en la relación con familiares y maestros.

La angustia de castración es un fenómeno que se presenta particularmente en la preadolescencia y adolescencia temprana manifestándose a través de síntomas como los miedos y temores y son resultado del uso de mecanismos de defensa como el desplazamiento, el cual no sólo es utilizado como menciona González (2001) ante el temor de regresar a la dependencia oral de la madre sino además para disminuir la angustia de castración.

Durante la etapa de la adolescencia temprana se presenta una mayor cantidad de síntomas relacionados con conductas antisociales, las cuales están vinculadas con la búsqueda de identidad (Aberastury, 2005). Para González (2001) en la adolescencia temprana las conductas delictivas se relacionan con la búsqueda de objetos de amor, y es hasta la adolescencia propiamente dicha el momento en que se consolida la formación de identidad sexual. Por lo tanto la adolescencia temprana es la etapa más crítica en términos de búsqueda de identidad y objetos de amor que ocasionan que el individuo lleve al acting out esta conflictiva mediante conductas psicopáticas.

La adolescencia temprana y la adolescencia propiamente dicha es la etapa en donde se presenta una mayor cantidad de conflictos relacionados con las creencias religiosas. Esto está relacionado con el formato de las entrevistas del Centro de Atención Psicológica en donde la preadolescencia (9-11 años) es todavía considerada dentro de los formatos de historias clínicas infantiles. Pero además en estas etapas de la adolescencia la falta de catexia sobre los

objetos primarios y la colocación de la energía afectiva sobre sí mismo (González, 2001) ocasionan que el Superyó vea reducida su efectividad y que el aumento del narcisismo lleve a conductas egocéntricas y soberbia, por lo que todo aquello que tenga relación con figuras de autoridad como en este caso las creencias religiosas son devaluadas. Además menciona Aberastury (2005) que las crisis religiosas “son medios a través de los cuales se intenta resolver la angustia del Yo en busca de identificaciones positivas y del enfrentamiento con la muerte definitiva de parte del Yo corporal” (Aberastury, 2005, p. 66) y considerando que entre los 12 y 18 años (comienzo de la adolescencia temprana y terminación de la adolescencia propiamente dicha) se presentan la mayor cantidad de cambios físicos tanto en hombres como en mujeres, es normal esperar que estas dos etapas de la adolescencia sean en las cuales los conflictos con las creencias religiosas sean un fenómeno que acompañe al desarrollo psicológico del individuo.

Al igual que en el caso de los conflictos con las creencias religiosas, es en la adolescencia temprana y adolescencia propiamente dicha cuando se presenta una mayor cantidad de casos en donde se menciona el hecho de llevar vida sexual activa. Esto también tiene relación con el formato de historias clínicas mencionado en el párrafo anterior, pero además tiene que ver con que a partir de la adolescencia temprana se buscan objetos fuera del círculo familiar, se erotiza la amistad y en la adolescencia propiamente dicha el impulso sexual adquiere mayor fuerza (González, 2000) por lo que resulta evidente que ante una mayor exigencia, esta necesidad se cumpla con mayor frecuencia aún con los riesgos que ello implica. Aún cuando en algunas historias clínicas se menciona el hecho de llevar o no vida sexual activa, en la mayoría de ellas existe escasa información por lo que es importante investigar el motivo por el cual los entrevistadores evitan el tema a fin de realizar historias clínicas más completas.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

La realización de esta investigación tuvo algunas limitantes respecto a la información contenida en las historias clínicas porque en muchas de éstas los datos recabados no correspondían a los apartados específicos de las historias clínicas, eran poco explícitos o eran omitidos por el entrevistador.

En este sentido, las mayores carencias se encontraron en el área de la vida sexual en donde la información era muy escasa o no existía, por lo tanto se sugiere que los alumnos encargados además de haber cursado materias de teoría de la entrevista, teorías de la personalidad y teorías del desarrollo psicológico, estén en proceso psicoterapéutico a fin de evitar en la mayor medida posible omisiones en las entrevistas y de esta forma optimizar la función del Centro de Atención Psicológica.

Además, sería importante que con el objetivo de ampliar los servicios de atención hacia el sector adolescente de la población del Centro de Atención Psicológica, se iniciaran talleres para padres en donde se les clarificara las características propias de la etapa con todas las implicaciones a nivel familiar, escolar y social a fin de promover una comprensión integral de la complejidad adolescente.

REFERENCIAS.

1. ABERASTURY, A., KNOBEL, M. (2005). La adolescencia normal un enfoque psicoanalítico. México, Paidós.
2. ÁVILA, RODRÍGUEZ SUTIL. (1987). Psicodiagnóstico Clínico. Tesis de Lic. En Psicología. UVAQ, Morelia.
3. BLEICHMAR, N., LEIBERMAN DE BLEICHMAR, C. (2004). El Psicoanálisis después de Freud. México, Paidós.
4. BLOS, P. (1971). Psicoanálisis de la adolescencia. México, Joaquín Mortiz.
5. BRANDT, OTROS. (1998). Adolescentes Borderline. Buenos Aires, Nueva Visión.
6. CEJA, M.M. (1993). Estructura del Centro de Atención Psicológica de la Universidad Vasco de Quiroga y principales problemáticas que atiende. Tesis de Lic. En Psicología. UVAQ, Morelia.
7. DÍAZ, B.D. (2003). Funcionamiento familiar y características de personalidad desarrolladas en adolescentes. Tesis de Lic. En Psicología. UVAQ, Morelia.
8. DICAPRIO, N. (2000). Teorías de la personalidad. México, McGraw Hill.
9. ENGLER, B. (1996). Teorías de la personalidad. México, McGraw Hill.
10. ERICKSON, E. H. (1959). Infancia y Sociedad. Buenos Aires, Paidós.
11. FERNÁNDEZ, M. O. (1997). Abordaje Teórico y clínico del adolescente. Argentina, Nueva Visión.
12. FREUD, A. (2000). El Yo y los mecanismos de defensa. México, Paidós.
13. FREUD, S. (2001). Obras completas. Argentina, Amorrortu.
14. GONZÁLEZ, N. J. Et.al. (2000). Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México, Trillas.
15. GONZÁLEZ, N. J. (2001). Psicopatología de la adolescencia. México, Manual moderno.

16. HERNANDEZ, C. Q. (2000). Perfil de personalidad y capacidad intelectual en adolescentes con capacidades y aptitudes superiores. Tesis de Lic. En Psicología, UVAQ, Morelia.
17. HERNANDEZ, OTROS. (2004). Metodología de la investigación. México, McGraw Hill.
18. HERRERA, H. A. (2005). Programa de prevención de trastornos alimenticios en adolescentes dirigido a padres: una propuesta. Tesis de Lic. En Psicología. UVAQ, México.
19. KANAN, C. E. (2002). Ambiente Familiar y rendimiento académico del adolescente. Tesis de Lic. En Psicología. UVAQ, Morelia.
20. KAPLAN, L. (1991). Adolescencia, el adiós a la infancia. México, Paidós.
21. KOLB, C. L. (1992). Psiquiatría Clínica Moderna. México, Prensa Médica Mexicana.
22. LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. (1996). Diccionario de Psicoanálisis. España, Paidós.
23. LEMUS, A, P. (1994). Atención y apoyo psicopedagógico en el internado España- México. Informe de Lic. En Psicología. UVAQ, Morelia.
24. LOPEZ, G. L. (2004). Causas del intento suicida en la adolescencia. Tesis de Lic. En Psicología. UVAQ, Morelia.
25. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2003). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV. México, Masson.
26. MACIEL, R. M. (1983). Apoyo emocional a niños y adolescentes hospitalizados a través del servicio de salud mental del Hospital Infantil "Eva Sámano de López Mateos". Informe de Lic. En Psicología. UVAQ, Morelia.
27. MADRIGAL, G. L. (2006). El uso del videojuego como una modalidad a la técnica psicoanalítica en el tratamiento de adolescentes. Tesis de Maestría en Psicología. UVAQ, Morelia.

28. MANZO C. M. (2002). Motivación al logro en la adolescencia y su relación con la depresión. Tesis de Maestría en Psicología. UVAQ, Morelia.
29. MANNONI, O., OTROS. (2001). La crisis de la adolescencia. Barcelona, Gedisa.
30. MENDIETA E. G. (1998). Embarazo en la adolescencia como consecuencia de la disfuncionalidad familiar. Tesis de Lic. En Psicología. UNLA, Morelia.
31. MONROY, A. (2002). Salud y sexualidad en la adolescencia y juventud. México, Pax.
32. MUSS, R. E. (2001). Teorías de la adolescencia. México, Paidós.
33. ORTEGA, V. L. (1995). Apoyo psicológico a menores infractores del albergue tutelar juvenil de Morelia. Informe de Lic. En Psicología. UVAQ, Morelia.
34. PAPALIA, WENKOS, FELDMAN. (2001). Desarrollo Humano. Colombia, McGraw Hill.
35. PAPALIA, WENDKOS. (1998). Psicología. México, McGraw Hill.
36. PICK DE WEISS, S., VARGAS, T. E. (1992). Yo, adolescente. México, Planeta.
37. SHAW, F. I. (2003). La evaluación cualitativa. Introducción a los métodos cualitativos. Barcelona, Paidós.
38. TAYLOR, S. J. (1987). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, Paidós.
39. VALLES, S. M. (2003). Técnicas cualitativas de investigación social, reflexión metodológica y practica profesional. Madrid, Síntesis.
40. VAZQUEZ, M. L. (2001). El autoconcepto del adolescente y su relación con los padres en Morelia. Tesis de Lic. En Psicología. UVAQ, Morelia.
41. WOLFF, W. (1953). Introducción a la Psicología. México, Fondo de Cultura Económica.

ANEXOS.



UNIVERSIDAD VASCO DE
QUIROGA

CENTRO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA "SANTA FE"

FICHA PSICOLÓGICA PARA ADOLESCENTES

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre:

Edad:

Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento:

Sexo:

Estado civil:

Ocupación:

Escolaridad:

Dirección:

Religión:

Nivel socioeconómico:

Fuente y fidelidad de la información:

Referencia:

Fecha de la entrevista:

Fecha de entrega:

Persona que hace la entrevista:

Terapeuta asignado:

II. DESCRIPCIÓN DEL SUJETO.

Física:

Impresión:

III. MOTIVO DE CONSULTA.

Manifiesto:

Latente:

IV. PADECIMIENTO O PROBLEMA ACTUAL.

V. FACTOR DESENCADENANTE.

VI. ÁREA FAMILIAR (FAMILIA DE ORIGEN).

VII. DESARROLLO.

VIII. ÁREA ESCOLAR.

IX. ÁREA LABORAL.

X. ÁREA SOCIAL (RELACIONES INTERPERSONALES).

XI. ÁREA SEXUAL.

XII. VIDA MARITAL.

XIII. FARMACODEPENDENCIA.

XIV. COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL.

XV. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO.

XVI. DIAGNÒSTICO NOSOLÒGICO.

XVII. PRONÒSTICO.

XVIII. TRATAMIENTO RECOMENDADO.

XIX. COMENTARIOS ADICIONALES.

XX. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.