



**UNIVERSIDAD SALESIANA**

---

---

ESCUELA DE PSICOLOGIA  
INCORPORADA A LA U.N.A.M.

ANÁLISIS PSICODINÁMICO EN PACIENTES CON EL  
SÍNTOMA DE ADICCIÓN A LA DROGAS:  
¿ELECCIÓN O DESTINO?

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N :

**CHÁVEZ CHAPA ROCÍO Y**

**GONZÁLEZ ALAMILLA ERIKA**

ASESOR DE TESIS: LIC. FRANCISCO JESÚS OCHOA BAUTISTA

MÉXICO, D.F.

ABRIL, 2008



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## *Dedicatoria*

A mi esposo Hugo Enrique  
con amor y gratitud.

## *Agradecimientos*

Agradezco a Dios y a la vida por permitirme vivir y haber realizado este trabajo.

A mi esposo Hugo Enrique le estoy infinitamente agradecida por todo su esfuerzo, tiempo y entrega para que este trabajo quedara bien. Su amor y apoyo incondicional, permitió que no abandonara este proyecto.

A mi hermano Francisco, que más que un hermano ha sido un padre para mí. A él le agradezco que haya estado conmigo en mi caminar por esta vida. Sin su apoyo incondicional, comprensión, empuje y cariño, no hubiera podido concluir mi carrera y ahora este trabajo.

A mi hermano Héctor por darme estrategias para que yo siguiera adelante.

Agradezco a mi madre todo su apoyo y amor que siempre me ha brindado.

A mi padre le agradezco su apoyo económico que me dio para mis estudios.

A mis amigos y amigas, pero en especial a América, por el apoyo que me ha brindado.

Gracias a mi asesor Francisco Jesús Ochoa por su orientación para la realización de este proyecto.

Finalmente agradezco a Rocío su amistad y el haberme invitado a colaborar con ella en la realización de este trabajo.

**Erika González Alamilla.**

Esta tesis se fue construyendo con mucho esfuerzo, dedicación, amor, compromiso y esperanza. Que Tannia y Jorge Emilio, a través de sus miradas, llantos, sonrisas, me motivaban en los momentos difíciles para seguir y no declinar. Dedico este trabajo a mis hijos.

**Rocío Chávez Chapa**

Quiero agradecer a mi esposo su amor, apoyo y comprensión que me brindó para poder concluir con este ciclo que inicié en 1997 y que cierro ahora con este trabajo.

**Rocío Chávez Chapa**

Gracias padres, por no coartar mi libertad y por creer en mí, condición que me ha ayudado para alcanzar mis sueños; por su amor, comprensión y apoyo.

Gracias hermanos por su apoyo y cariño incondicional que me brindaron en el proceso para poder terminar este proyecto profesional y personal.

Gracias Blanca, Brenda, Edgar, Armando, y cómo olvidar a Elia que por ser la brújula que me orientaba y me hicieron el camino más fácil.

Finalmente agradezco a mis pacientes que me permitieron conocer su experiencia dolorosa con las drogas y poder poner en práctica el conocimiento adquirido durante mi formación profesional y aprender en la parte humana.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	4
<b>CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES Y DEFINICIONES</b>	8
1. Breve historia de las drogas	10
La antigüedad, 11. Edad Media y Renacimiento, 12. Siglos XVII y XVIII, 15. Siglos XIX y XX, 16.	
2. Adicción a las drogas	17
Farmacodependencia, 18. Clasificación de las drogas, 20.	
3. Tipos de usuarios	34
<b>CAPÍTULO 2 : BASES TEÓRICAS,</b>	36
1. Acercamiento a la estructuración del psicoanálisis y el síntoma	38
2. Aproximación histórica del concepto de síntoma en Freud	41
3. Factores de riesgo del consumo de drogas	45
Factores constitucionales, 46. Relaciones objetales tempranas (constancia objetal), 46. Depresión Materna, 47. Desarrollo del Self (sí mismo), 48. Relación con la figura paterna, 53. Invasión de los límites del otro, 53. Importancia y negación del cuerpo en el adicto: Negación de la finitud, 54. Constelación y personalidad preadictiva, 55. Adolescencia y drogadicción, 56; La presión social, 61.	
4. Algunos elementos psicodinámicos en la teoría psicoanalítica	65
Freud y sus modelos mentales, 67. El primer año de Spitz, 73. El nacimiento psicológico del infante humano (Mahler), 76. La línea evolutiva y los mecanismos de defensa de Anna Freud, 80. ¿Qué es el aparato psíquico?, 81. La posición esquizoparanoide y depresiva de Melanie Klein, 83. Sobre la metapsicología (Rapaport), 84. Las funciones del yo según Bellak, 88. Teoría de las relaciones de objeto de Kernberg, 94. El self y su patología en Kohut, 99. El cuidado materno en Winnicott, 103.	

<b>CAPÍTULO 3: PSICODINAMIA Y VIÑETAS CLÍNICAS</b>	<b>131</b>
1. El concepto de psicodinamia y su contexto metodológico	133
2. Delimitación del significado del término	134
3. Antecedentes de modelos de psicodinamia	136
El modelo de la evaluación metapsicológica de la personalidad de Anna Freud, 136. El modelo de Coderch, 147. Modelo de la psicología del yo (Mackinnon y Yudofsky), 149. Modelo de las relaciones de objeto (Estrada y Salinas), 150.	
4. Propuestas de los elementos y criterios a tomar en cuenta en una evaluación psicodinámica	151
Hipótesis metapsicológicas, 154. Funcionamiento yóico, 161. Funcionamiento defensivo, 180. Transferencia y contratransferencia, 190	
5. Casos	193
Paciente Soledad, 195. Paciente Lulú, 211. Paciente Salvador, 227.	
Conclusiones	254
Bibliografía	264

+

## Introducción

La farmacodependencia uno de los problemas más dramáticos que vive el hombre contemporáneo. Las llamadas drogas duras o de diseño se consumían preferentemente en los países desarrollados; pero en los últimos años se ha observado que México no sólo es país de paso o tráfico, ahora es de consumo; el uso de drogas se ha extendido a diversos sectores de la población, no sólo a las clases populares, también a la clase media y alta. Los datos ofrecidos por la encuesta nacional de adicciones 2002 refiere que el número de casos nuevos corresponde a poco más de un millón trescientos mil personas entre los 12 y los 65 años, y las drogas con mayor número de usuarios fuertes son la cocaína, la heroína y los estimulantes anfetamínicos.

En el DSM-IV, la American Psychiatric Association considera a las adicciones como un trastorno relacionado con la ingesta abusiva de una droga. Es decir, de acuerdo a sus características sintomáticas es en sí misma una enfermedad mental. Sus consecuencias pueden ocasionar trastornos físicos en el organismo del sujeto que consume la droga, tales como enfermedades respiratorias, cáncer, cirrosis, e incluso puede llegar a ser causa directa de la muerte del usuario. También son ampliamente conocidos los trastornos que el adicto a alguna droga provoca en el ámbito familiar y social.

Sin embargo, el diagnóstico del DSM-IV se sitúa en un momento muy avanzado de la historia del sujeto. Toma un hecho en sí y un comportamiento ya muy definido. Pero no nos explica cómo es que este sujeto llegó a convertirse en el adicto que es ahora. Sin lugar a dudas, nos habla de patrones de comportamiento muy puntuales (tolerancia, abstinencia, falta de control en el consumo, etc.); es decir, de lo que hacen o presentan conductualmente todos los que sufren dependencia a alguna droga. Pero además de depender de una droga, el sujeto tiene una historia, que fue organizando una determinada estructura psicológica en la que subyacen una

serie de motivaciones, deseos, vinculados también a aspectos neurológicos, químicos y sociales. Esta estructura ya existe en el sujeto que posteriormente conoceremos como adicto. Hay que recordar que para que se presente el alcoholismo tuvieron que pasar más de 14 años desde el inicio del consumo y que el resto de las drogas no producen una dependencia inmediata, salvo quizá la heroína inyectada que tiene un promedio de 21 días o hasta dos o tres meses para que produzca la dependencia física. En otras palabras, la aparición del consumo de drogas llega cuando ya casi está construida la estructura de personalidad de un sujeto, en la adolescencia y en algunos casos en latencia o pubertad. Se inicia el consumo y quizá haya abuso del mismo, pero no dependencia. Quizá el joven llegue a la dependencia, o quizás sólo se tenga un período de consumo, sin que se convierta en adicto. Entonces, ¿a qué obedece que se llegue a la adicción? Seguramente a muchas circunstancias como la disponibilidad de drogas, a su potencia adictiva en el ámbito bioquímico, a situaciones familiares y hasta económicas, presiones sociales; pero principalmente a factores psicológicos tempranos como la falla en la consolidación de la constancia objetal, sentimiento de vacío, baja tolerancia a la frustración, además de la poca capacidad a la demora, a la falta o déficit en la respuesta especular, fracaso en la empatía, como lo señalan Eduardo Kalina y Ethel C. de Casarino. También la dependencia a las drogas constituye un fenómeno, no que causa una enfermedad, sino que señala la existencia de la misma en un sujeto; esto es, la drogadicción es un síntoma, un signo de un problema más profundo.

¿Cómo se puede detectar este trastorno cuya manifestación superficial es la drogadicción? ¿Con qué método de análisis psicológico podemos detectar los factores que inciden en el consumo de drogas? En el marco general de la psicología ha surgido una modalidad de psicoterapia con la que a decir de autores como Kernberg, Selzer, y Vázquez García ha dado buenos resultados. Nos referimos a la terapia psicodinámica (del griego *ψυχή*, alma, y *δύναμις*, fuerza, movimiento) ésta sostiene que ciertas experiencias en la vida de los pacientes son el origen de dificultades emocionales, que eventualmente, mediante ciertos procesos dinámicos, desembo-

can en trastornos psicológicos. Los factores que indican el síntoma del consumo de drogas se pueden determinar con la teoría clásica del psicoanálisis.

Otro armazón teórico que vamos a tomar en esta tesis es el de las relaciones de objeto, desarrollado por autores como Melanie Klein, Fairbain, Kernberg y Kohut. Esta teoría señala la importancia que tiene el establecimiento de la conducta de la vicisitud de la relación temprana del niño con sus objetos, particularmente sus padres, y cómo esta relación de objeto y la formación de la estructura psíquica están profundamente relacionadas.

Nuestra propuesta central es el análisis psicodinámico de tres casos clínicos donde se identifiquen los posibles factores psicodinámicos y las vicisitudes de la relación temprana del paciente con sus primeros objetos, asociados al consumo de drogas y la posibilidad de manejar un estilo de trabajo psicodinámico que utilice varios elementos de diferentes autores con marcos referenciales distintos dentro del psicoanálisis, que nos permitan abordar el mismo hecho clínico, "consumo de drogas", visto con diferentes perspectivas, con la finalidad de llegar a una comprensión más abarcante y profunda. Rapaport (1967) y luego Gedo y Goldberg (1980) llegaron a la misma conclusión: no hay teoría o modelos mentales totalmente satisfactorios; lo que actualmente obliga al clínico a explicar un fenómeno de diversos ángulos o desde distintos niveles operativos. Por ello los elementos psicodinámicos que proponemos contemplan, además de la ya mencionada, diversas vertientes teóricas, como la teoría pulsional clásica, la psicología del yo, el self y el narcisismo, etc. No en búsqueda de un eclecticismo que forme un todo unificado, sino de una conciencia de que este conjunto de teorías y afirmaciones se pueden respetar entre sí y a la vez puede explicar un dato clínico desde diferentes perspectivas, permitiendo que el espíritu del psicoanálisis continúe unificado en sus principios básicos.

De los pacientes que asisten a Centros de Integración Juvenil A.C. se seleccionaron tres de entre 16 y 30 años que, de acuerdo con el DSM-IV presentaran diagnóstico de abuso o dependen-

cia a cualquier sustancia, que no presentaran trastorno psiquiátrico, que tuvieran un nivel escolar mínimo trunco de secundaria. Por obvias razones, asignamos pseudónimos a los pacientes: dos mujeres, Soledad y Lulú, un joven, Salvador.

La presente investigación descansa en los fundamentos metodológicos cualitativos desde una orientación interpretativa. El estudio de casos de tipo extrínseco se utiliza para la elección de sujeto de estudio. Primeramente realizamos la historia clínica a dos de los sujetos de estudio; en uno de los casos transcribimos las entrevistas que tuvimos con el paciente, en este caso Salvador; al final, a través de la psicodinamia se interpreta la información.

# Capítulo 1

## ANTECEDENTES Y DEFINICIONES

Comencemos con las bases. En este capítulo haremos una revisión histórica general del uso de las drogas desde la antigüedad hasta el siglo XX, revisión que nos servirá de antecedente para comparar diferentes percepciones que se tienen de los fármacos, incluyendo la visión contemporánea. Luego revisaremos definiciones básicas relacionadas con las drogas; apoyándonos en el DSM-IV, veremos lo relativo a la adicción de las drogas, y los términos relativos (farmacodependencia, síndrome de tolerancia y síndrome de abstinencia) con el fin de tener una visión panorámica de cómo se percibe hoy el uso y el abuso de las drogas. En un apartado final revisaremos una clasificación de los fármacos (estimulantes y depresores) así como los tipos de usuarios (experimentadores, funcionales y disfuncionales).

## BREVE HISTORIA DE LAS DROGAS

¿Cómo podemos definir el término droga? ¿Cuál es la actitud de las diferentes culturas frente a las drogas y quienes las usan? ¿Son las mismas drogas las utilizadas en la antigüedad y las que hoy se usan? ¿Cómo ha variado el uso y la percepción que los individuos y las sociedades tienen de la droga?. Para dar respuesta a estas preguntas, nos apoyamos principalmente en la *Historia General de las drogas* de Antonio Escohotado y en *Las drogas y la formación del mundo moderno* de David T. Courtwright.

El primer autor emplea el término *droga* para designar una serie de sustancias psicoactivas, legales o ilegales, blandas o duras, utilizadas o no para fines médicos; la palabra proviene del árabe hispánico *hatrúka* que literalmente quiere decir “charlatanería” y nos da la idea de que la droga es un *engaño*, una materia sin sustancia, sin contenido, un fraude a la psique. Resulta interesante la definición clásica griega de *φάρμακον*<sup>1</sup> (en latín *pharmâcum* y de donde vienen vocablos españoles como *fármaco*, *farmacia* y *farmacopea*) que significa “remedio y veneno”, es decir, el genio griego percibió al fármaco como una sustancia que tiene las dos cualidades simultáneamente, que alivia y daña.

Desde las culturas asirias antiguas hasta la actualidad, el hombre ha utilizado las drogas ya sea por motivos sociales, religiosos, mágicos, medicinales, por costumbre, o bien, mero hedonismo. Aunque drogas como el alcohol, la cafeína, el tabaco, los opiáceos, el cannabis, la coca, la cocaína y el azúcar en un principio se encontraban restringidos a un determinado ámbito geográfico, se fueron introduciendo progresivamente en el comercio global, en diferentes épocas y luga-

---

<sup>1</sup> ESCOHOTADO, Antonio, *Historia general de las drogas, incluyendo el apéndice Fenomenología de las drogas*. 3ª edición, Espasa Calpe, España, 2000.

res. De hecho los fármacos han avanzado de forma paralela al desarrollo tecnológico del hombre, de modo que en la actualidad hay drogas que se obtienen de procesos sintéticos.

## LA ANTIGÜEDAD

En las culturas antiguas de Grecia, Egipto, Mesopotamia, la India e Irán, no hay manera de distinguir entre la terapia empírica, las prácticas mágicas y las creencias religiosas. Por lo que Escohotado plantea un factor común a las diversas instituciones de los pueblos antiguos: “el temor universal a la impureza (*miasma*) y su correlato, el deseo universal de purificación ritual (*katharsis*)”<sup>2</sup>. El *phármakon* era un vehículo de la *katharsis* y libraba a la persona de una impureza, determinada por un camino no paranoico sino realista, expulsando el *miasma*.

Esta civilización comenzó a usar el término; comprendía que ciertas sustancias participaban de dos estatus aparentemente contradictorios (remedio y tóxico), por lo cual no había que considerarlas sólo benignas o sólo dañinas. Los principales fármacos griegos son el opio, la cerveza, el vino, el cáñamo, el beleño y la mandrágora. Tales drogas se usaban con fines mágico-religiosos (para producir estados extáticos a los que asistían a los templos), recreativos (para animar reuniones sociales, bebían una decocción de cáñamo con vino y mirra), y terapéuticos (el opio se utilizaba, por ejemplo, para tratar la histeria).

---

<sup>2</sup> Escohotado, Antonio, op. cit., pp. 34-35. La palabra griega *μῖασμα* dio *miasma* en español que en el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua se define como “*Efluvio maligno que, según se creía, desprendían cuerpos enfermos, materias corruptas o aguas estancadas*”; por otro lado *catarsis* (de *κάθαρσις*) es en español, además de lo que dice Escohotado, en su tercera acepción una “*purificación, liberación o transformación interior suscitados por una experiencia vital profunda*”.

Se tiene también registro del uso del opio<sup>3</sup> en Mesopotamia, lo mismo que de la cerveza como remedio para mujeres en lactancia. Había además “casas de bebidas” o tabernas. Se usaban también la mandrágora, las daturas y el cáñamo, estas dos últimas en saumerios ceremoniales.

En la cultura hebrea se dan pocas referencias al uso de drogas. En el Antiguo Testamento sólo se mencionan diversos usos del vino: un uso desinhibitorio, como en los casos de Noé y de Lot; inspirador de la alegría, como en el Salmo 104, y como un modo de destacar la santidad.

El criterio romano sobre el uso de las drogas se calca del griego y prácticamente tenían las mismas sustancias modificadoras del ánimo. Aunque la civilización latina constituye “una sociedad donde la sumisión del ciudadano ante el Estado y sus constantes necesidades se compensa con un poder absoluto de puertas adentro, que le confiere facultad de vida o muerte sobre una familia y sus servidores”<sup>4</sup>, el individuo tenía libertad sobre el uso de las drogas, siempre y cuando no intervinieran con la autoridad.

## EDAD MEDIA Y RENACIMIENTO

Con el advenimiento de los grandes monoteísmos, uno occidental, el Cristianismo, y otro oriental, el Islamismo, vino un proceso de migración y desuso de algunas sustancias psicoactivas.

No sólo como enteógenos (para prácticas mágico—religiosas) sino en todos los usos, las drogas son radicalmente aborrecidas para un culto como el cristiano ortodoxo. Desde sus comienzos la Iglesia persiguió directa o indirectamente los focos de cultura farmacológica. Ya en la Alta edad Media está plenamente asociado el consumo de drogas con la brujería, el satanismo y la apostasía (negación de la fe de Cristo). Las llamadas “manzanas espinosas” (la *datura estra-*

---

<sup>3</sup> De acuerdo con Escotado en la antigua Mesopotamia la adormidera, de donde se obtiene el opio, se representa mediante dos signos, uno de los cuales el segundo significa “júbilo”, “gozar”. Ibid. p. 73.

*monio*) se rechazaba como “filtro satánico en manos de burdeles, jaraneros desvergonzados procuradores de faldas”<sup>5</sup>. Se supone que las famosas escobas de las brujas eran “consoladores químicamente reforzados”<sup>6</sup>.

El Islamismo, mal conocido y malinterpretado en Occidente, que se impone desde Arabia, también se permite pontificar sobre las drogas, aunque, a diferencia del Cristianismo, sí dará muestra considerable de evolución y tolerancia.

Esta religión ha permitido en general el uso del alcohol. Suele decirse que fue prohibido por Mahoma, pero sin duda se trata de una confusión. Durante la época del Califato de Córdoba, la actitud era de suave reproche, sin llegar a la penalización. El famoso matemático y filósofo Omar Khayam (siglo XI) compone una poderosa apología de la embriaguez. Este famoso autor escribe por ejemplo: “*¡Bebe el vino dorado! Es reposo para el espíritu, bálsamo providencial/ para alma y corazón heridos/ si te sintieras ahogado/ en un diluvio de tristezas... aférrate sin recelo/ al delicioso vino dorado*”. Lo mismo tenemos en relación con otras drogas; Teodoro de Esmirna, un erudito bizantino, cuenta que en el año 750 el jugo de la adormidera era consumido en Constantinopla por todas las clases sociales. El opio se utilizó en triacas como remedio medicinal y como euforizante. Es conocida la historia de los hassasins, orden fundada por Hassab Ibn Al Sabbah, el célebre “Viejo de la Montaña”, y modelo de los Templarios y caballeros teutónicos; cada miembro de la orden recibía una provisión abundante de hachís antes de salir al combate (de *hassasin* proviene el término *asesino*). A pesar de todo el hachís es condenado; un tratado jurídico árabe del siglo XIV le imputa 120 perjuicios, entre los que se incluyen “ser complaciente con los cuernos, muerte súbita, lepra y sodomía pasiva”.

---

<sup>4</sup> Ibid. p. 171.

<sup>5</sup> Ibid. p. 227.

<sup>6</sup> Ibid. p. 279-280.

En el ambiente intelectual y artístico del Renacimiento prevalece la legitimidad del individuo, el principio de autogobierno, pero predomina el Cristianismo en la cultura y la vida cotidiana. El Santo Oficio de la Santa Inquisición reprime la herejía y una diversidad de conductas.

Muchos campesinos pertenecían a religiones misteriosas, en cuyas ceremonias lo esencial era el desenfreno erótico, favorecido por el consumo de fármacos, drogas naturales cuya eficacia no requería "que el demonio las compusiese o hiciese"<sup>7</sup>. Eran sustancias conocidas desde la antigüedad, empleadas por famosos médicos, y se aprovechaba su efecto desinhibidor para participar en orgías. El opio y la solanáceas arrastraban anatema legal estricto desde la Alta Edad Media, y aunque las demás drogas fuesen insuficientemente conocidas para el inquisidor, caían también dentro del tabú como "brebajes perjudiciales", "untos diabólicos" o "hierbas maléficas"<sup>8</sup>.

Algunos investigadores abordaron el estudio de las drogas con "espíritu científico": Pietro Pomponazzi, Andrés de Laguna, Giambattista della Porta y Paracelso, este último, padre de la "farmacología oficial".

Con el descubrimiento de América, se abre un panorama rico en botánica. Los indios conocían hierbas medicinales mejor que los médicos o boticarios europeos. En México los farmacéuticos-drogueros vendían sus remedios en los mercados; muchas de estas drogas medicinales eran psicoactivas, y no pocas se empleaban en contextos religiosos o análogos. Toda América bebía, comía o fumaba tabaco. La segunda droga descubierta en el Nuevo Mundo es la hoja de la coca; al parecer estas hojas sin tostar eran empleadas como emplastro medicinal, y tostadas, como estimulante de uso cotidiano.

---

<sup>7</sup> Ibid. p. 329.

<sup>8</sup> Ibid. p. 330

## SIGLOS XVII Y XVIII

La expansión del comercio a través del océano es el rasgo más destacado del comienzo del mundo moderno. Las plantas, los animales y los microorganismos que durante mucho tiempo estuvieron confinados en un continente o hemisferio se extendieron hacia otras zonas geográficas, con efectos ecológicos y demográficos espectaculares. Las causas que mantuvieron escondido el empleo de las drogas se neutralizan a mediados del siglo XVII. Se amplía el intercambio masivo de drogas entre un continente y otro. Las medidas chinas contra ciertos alcoholes europeos, la pugna entre los cristianos y otomanos en el Mediterráneo, la acogida que se da a los fármacos del Nuevo Mundo y el café arábigo, preparan una movilización de energías e inversiones acorde con los horizontes abiertos por el progresivo control occidental de los mares y las políticas coloniales.

Los holandeses controlan las escalas que aseguraban la ruta de las especias desde las Indias Orientales. Dicho comercio emplea el sistema ya puesto en práctica por los lusitanos, que consistía en usar opio de Asia Menor como principal medio de trueque. El siglo XVII es el momento de máximo de apogeo político y cultural en los Países Bajos. De ahí provienen propagandistas del uso del opio entre fisiólogos y clínicos que han pasado a la historia de la medicina universal. El iniciador fue J. B. van Helmont (1580—1644) , un “místico apiadado de la humanidad doliente, a la que pretendía favorecer atiborrándola de opio”<sup>9</sup>. Otros fueron F. De Boe (1614—1672) y H. Boerhaave (1668—1738).

El tabaco sufrió durante el siglo XVII un proceso de expansión por Europa y Asia. El uso de esta droga penetró en todas las categorías sociales, y logró la fuerte represión iniciada por

---

<sup>9</sup> Ibid. p. 372.

autoridades civiles y religiosas. Para el siguiente siglo, el tabaco no se consumió menos<sup>10</sup>, sino que se diversificó el modo de consumo con la producción de artículos para fumar.

Hacia finales de ese siglo, los alambiques destilaban licores de alta graduación desde Irlanda hasta Rusia. Los líderes en la destilación eran nuevamente los holandeses.

La reina del consumo en el mundo, a pesar de la expansión de otras drogas, es la cafeína<sup>11</sup>. La planta del café se estableció en Europa en la segunda mitad del XVII, y rápidamente se hizo popular.

### *SIGLOS XIX Y XX*

Desde inicios del siglo XIX se observa un interés extraordinario por los fármacos psicoactivos, en el cual no sólo influyen químicos, farmacéuticos y médicos, sino literatos, filósofos y artistas. Durante este siglo puede decirse que sólo el alcohol y el éter sugieren medidas de control.

Uno de los rasgos fundamentales del siglo XX es la actitud prohibicionista en Estados Unidos. La meta es ilegalizar todo "apetito antinatural", la ebriedad en cualquiera de sus formas. En 1919, se aprueba la enmienda constitucional en Estados Unidos de la Ley Seca, que prohibía la venta y la fabricación de alcoholes; sólo el vinagre y la sidra quedan exentos.

Quizás lo más relevante del opio en el siglo de Baudelaire, es lo diametralmente opuesto que parecen los usuarios en distintos lugares del mundo. Lo consumían tanto banqueros y cargadores chinos hasta aristócratas e intelectuales franceses.

En Estados Unidos entre 1898 y 1902, la importación de coca aumentó alrededor de 500 por ciento, y el opio en 600 por ciento.

---

<sup>10</sup> COURTWRIGHT, David T, *Las drogas y la formación del mundo moderno, breve historia de las sustancias adictivas*. Traducción de Marta Pino Moreno. Paidós, España, 2002.

Antes de controlarse en 1925, la heroína era consumida en Estados Unidos de modo regular por personas de más de 50 años, de clase acomodada, casi siempre activas laboralmente (sin presencia de actitudes delictivas). Una década después empieza a consumirse de modo regular por un grupo menos de edad (mucho más joven), desarraigado socialmente, hostil al trabajo y con presencia delictiva.

El consumo de tabaco vuelve a imponerse en Europa en el siglo XIX. Iniciaron su camino los románticos, los bohemios, soldados y dandis. Se popularizaron las pipas y los cigarros. Hacia la primera mitad del siglo XX, el cigarrillo se populariza y triunfa sobre otras maneras de consumir tabaco, hasta convertirse en su forma natural prácticamente en todo el mundo.

La droga más consumida en el mundo sin duda es el café, le sigue el alcohol. El primero es un carburante para la civilización actual. En el mundo occidental nunca se prohibió. En el siglo XIX la producción aumentó, bajaron los precios y muchas veces, sobre todo en países caribeños, estaba exento de gravámenes. En Estados Unidos, el consumo per cápita era de 1.3 kg. al año en 1830, que ascendió a 3.6 kg. en 1859.

En suma, las drogas no se perciben igual en diferentes tiempos y lugares geográficos. La tolerancia o intolerancia depende de ciertas condiciones políticas, económicas, de ideas religiosas.

## **ADICCIÓN A LAS DROGAS**

En la actualidad, en general el criterio médico ha predominado en la percepción general que la civilización tiene de las drogas; este criterio se muestra en informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tratados de especialistas médicos y psicólogos, y manuales y tratados sobre la materia como el DSM. Todo esto configura la percepción que ahora se tiene de las drogas.

---

<sup>11</sup> Ibid. p. 41.

El DSM IV considera a las adicciones como un trastorno relacionado con la ingesta abusiva de una droga; es decir, de acuerdo a sus características sintomáticas, es en sí misma una enfermedad de tipo mental. Sus consecuencias pueden ocasionar trastornos de tipo físico en el organismo del sujeto que consume la droga. El DSM IV considera los siguientes criterios para diagnosticar a un sujeto como adicto, si se presentan por lo menos tres de éstos.

- 1) Tolerancia;
- 2) abstinencia;
- 3) ingestión de una sustancia en entidades mayores a las que se pretendía;
- 4) falta de control o interrupción del consumo de la sustancia;
- 5) emplear mucho tiempo dedicado a buscar y conseguir la sustancia;
- 6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas;
- 7) continuar consumiendo la sustancia a pesar de saber de los daños psicológicos y físicos que ésta ocasionando.

## FARMACODEPENDENCIA

La OMS define a la farmacodependencia como el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco continua o periódicamente, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación.

El comité de la OMS ha elaborado varias subdefiniciones necesarias para la mejor comprensión de la definición general.

*Dependencia psíquica:* Se caracteriza por el impulso a tomar la droga, de una forma periódica o continua, a fin de obtener el placer que la misma proporciona o de eliminar a través de ella un estado de malestar. La dependencia psíquica es el factor más importante en la intoxicación crónica por muchas drogas, en especial las psicotrópicas<sup>12</sup> y el único factor significativo en otros tipos de drogas.

*Dependencia física:* La utilización crónica de ciertas drogas da lugar a la dependencia física, un estado de adaptación que se manifiesta por intensos trastornos físicos que se presentan cuando se suspende la administración de la droga, o cuando su acción es afectada por la administración de antagonicos específicos.

*La tolerancia:* Cuando el organismo se ha adaptado a los efectos de la droga, se genera la necesidad de aumentar la dosis de consumo para continuar obteniendo los mismos efectos, ya que cuando una droga se administra repentinamente, se obtiene un efecto cada vez menor con la misma.

*Síndrome de abstinencia:* Es el conjunto de síntomas desagradables o dolorosos que se presentan en aquellos consumidores que han desarrollado una dependencia física, en el momento de la supresión de la droga que toman habitualmente. Este síndrome ofrece diferentes peculiaridades para cada tipo de droga.

---

<sup>12</sup> Las drogas psicotrópicas son aquellas que producen efectos tan intensos que llegan a causar cambios profundos en la personalidad.

## CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Existen diferentes y numerosas clasificaciones de las drogas psicotrópicas en relación con lo que se considere de base para incluir alguna droga en un grupo o en otro. Así pueden existir clasificaciones sobre la base del origen de la droga, de los usos médicos o su legalidad, su composición química, sus efectos, sus riesgos, su valor terapéutico, la dependencia y la tolerancia que producen, etc.

Con fines didácticos y para posibilitar una fácil comprensión, una clasificación que resulta útil es aquella que agrupa a los fármacos de acuerdo a su efecto en el sistema nervioso central, el cual puede ser de dos tipos: acelerar o retardar la actividad mental. Las drogas que aceleran y por lo tanto producen estados de excitación, reciben el nombre de *estimulantes*. Aquellas que por el contrario deprimen o retardan la actividad del sistema nervioso central se conocen como *depresores*. Todas las drogas producen dependencia psíquica y algunas de ellas dependencia física.

Hay tres tipos de estimulantes que pueden producir adicción. El primero de ellos es el de las anfetaminas. El segundo es la cocaína. Las drogas del tercer grupo producen una excitación mental que se manifiesta en forma de alucinaciones, donde los sentidos se distorsionan y se perciben objetos que no existen en la realidad; este grupo comprende a los alucinógenos. De ellos, el más comúnmente usado en nuestro país es la marihuana, que en grandes dosis produce alucinaciones. Dentro de los alucinógenos también se encuentran otras drogas que, aunque no son tan comunes, empiezan a representar un problema, tal es el caso del LSD, de la mezcalina y la psilocibina. De todos los estimulantes, sólo las anfetaminas tienen algún uso médico, pues a veces se usan en el manejo de la obesidad.

Los depresores comprenden en primer lugar al alcohol, que es de hecho, excluyendo al café, la droga que más se consume y que más problemas ocasiona en nuestra sociedad. Otros depresores son los barbitúricos y los tranquilizantes que en ocasiones se utilizan como medicamentos. En este grupo también se ubican la morfina y sus derivados (la heroína y la codeína). La morfina se emplea médicamente desde tiempo atrás para calmar los dolores más intensos. Por último, tenemos un grupo especial de depresores, formado por los inhalantes. Estas drogas no se toman ni se inyectan como casi todas las demás, sino que se inhala por la nariz y la boca. Dentro de los inhalantes se encuentran el cemento plástico, el thíner, el éter, la acetona y otros. Su abuso constituye uno de los más graves problemas de farmacodependencia en México.

### *Estimulantes*

*Anfetaminas:* Las anfetaminas pertenecen al grupo de los estimulantes del sistema nervioso. Por lo tanto, aceleran la actividad mental y producen estados de excitación. Además, reducen el apetito por lo que se usan a veces como medicamentos para tratar la obesidad y en algunos casos de depresión mental menor. Es frecuente que sea la prescripción médica la que provoque el inicio de la adicción, puesto que luego los pacientes las toman en dosis mayores y fuera de control médico. En otras ocasiones, el abuso de anfetaminas no guarda relación con su uso médico.

Los productores autorizados fabrican las anfetaminas en forma de polvo blanco que es presentado como tabletas o cápsulas de tamaños, formas y colores diferentes. Algunos tipos de anfetaminas también se preparan como soluciones para ser inyectadas. Las producidas ilegalmente en laboratorios clandestinos por lo común tienen la misma apariencia que las fabricadas legalmente.

Existen tres tipos de anfetaminas con diferente aspecto.

El primer tipo es el de la anfetamina, cuyo nombre comercial más conocido es Benzedrina. Se puede presentar como tabletas de color rosa en forma de corazón, tabletas redondas y blancas o tabletas ovaladas de diversos colores, también la hay inyectable.

El segundo tipo se conoce como dextroanfetamina, y su nombre comercial es Dexedrina. Se presenta en tabletas de color naranja y de forma de corazón.

El tercer tipo es el de la metilanfetamina, la que se fabrica tanto en ampollitas para inyección como en tabletas. Su efecto sobre el sistema nervioso es más intenso que el de otras dos anfetaminas. También se fabrica ilegalmente. Las tabletas pueden ser ingeridas, pero muchos usuarios las disuelven en agua y después se las inyectan, con el fin de aumentar sus efectos.

Cuando se encuentra bajo los efectos más leves, el abusador se vuelve parlanchín y excitable, alerta, activo, inquieto y exaltado. Comúnmente hay un cambio en la manera de ser: las personas fatigadas se vuelven alertas, las deprimidas se hacen activas. Sin embargo estos consumidores pueden sufrir de estados de angustia y depresión que se presentan después de que han pasado los efectos inmediatos de la droga.

El abuso de anfetaminas también puede producir temblor en las manos, pupilas agrandadas, sudoración abundante, falta de sueño e inapetencia. Además su uso excesivo reseca la nariz y la boca; esto determina que el abusador no pueda captar muchos olores. Es frecuente que el nerviosismo y la inquietud lo obliguen a fumar muchos cigarrillos. Las anfetaminas también elevan la presión sanguínea y causan alteraciones en la respiración y en los ritmos del corazón y cuando se toman a grandes dosis, provocan trastornos mentales con ideas de persecución y alucinaciones. El uso prolongado produce irritabilidad, insomnio, nerviosismo y debilidad.

*Cocaína:* La cocaína es una droga estimulante que proviene de una planta cultivada en algunos países de América del Sur, principalmente Perú y Bolivia. Esta planta requiere un clima templado y húmedo. Alcanza una altura de cerca de un metro y medio. Las hojas son lisas y de forma oval y crecen en grupos de siete en cada tallo. En la región de los Andes, las hojas son masticadas por la población indígena que así obtiene un ligero efecto estimulante y calma su hambre. A partir de la hoja de coca se obtiene la cocaína, cuyas propiedades estimulantes son mucho más poderosas que las de hojas. Para extraer la cocaína, las hojas son sometidas a un tratamiento de cal, con lo que se obtiene un polvo cristalino que después es tratado con un ácido bórico.

La cocaína puede usarse de dos maneras: inhalándola por la nariz como polvo o inyectándola por la vena como líquido. Los usuarios que aspiran la droga, comúnmente tienen la nariz roja, con una erupción en la piel de la región vecina. Los que se la inyectan presentan huellas de piquetes de aguja en los brazos. Muy pocas veces la cocaína se consume sola. Como la estimulación que provoca es muy intensa, muchos de los usuarios la combinan con alguna droga depresora. En algunos países es frecuente hacer una mezcla inyectable de cocaína con heroína (*speedball*).

La cocaína produce euforia, excitación, ansiedad, locuacidad, disminución de la fuga, aumento de la capacidad de trabajo y sensación de mayor fortaleza física. Las pupilas se dilatan y la presión de sangre aumenta. Con dosis mayores la cocaína puede producir alucinaciones y delirios de persecución. Después de que ha desaparecido el efecto, el abusador sufre de una profunda depresión. El uso prolongado de la cocaína lleva una rápida pérdida de peso con debilidad física, extrema palidez de la cara mareos, vómito y gran excitabilidad.

La cocaína crea una fuerte dependencia psicológica. Al dejar de usarla, el abusador puede sentirse deprimido y sin sufrir alucinaciones. La cocaína produce también un grado considerable de tolerancia, lo que puede llevar a sobredosis y por tanto a una intoxicación aguda. Ésta se caracteriza por inquietud, excitabilidad, euforia, alucinaciones, resequedad bucal, palidez,

dilatación de las pupilas, fiebre, escalofrío, náusea, vómito, dolor abdominal, respiración irregular y rápida que después se hace lenta, pulso rápido al principio y después lento y débil, convulsiones y trastornos de la circulación. Todo esto puede llevar a la muerte.

En la actualidad existe una serie de derivados de la cocaína que por ser sustancias no “purificadas” representan un riesgo más alto como posibles causantes de adicción, debido a su acción más intensa, a que los efectos se presentan con más rapidez y a la necesidad de repetir las dosis con mayor frecuencia.

De los derivados los más importantes son la base libre y el *crack*; este último, indudablemente el de mayor interés por la forma de consumirlo –se fuma-, su bajo costo y su fácil acceso.

### *Alucinógenos*

*Mariguana.* La mariguana es una droga alucinógena que se puede presentar de diversas formas. Toda la mariguana se obtiene de una planta llamada *cannabis*, que tiene variedades sativa e índica; se conoce también como cánamo indio o simplemente cañamo. Esta planta se cultiva y también crece silvestre. Puede desarrollarse en todos sitios del mundo donde hay clima templado, pero se encuentra sobre todo en África, India, Medio Oriente, Estados Unidos y muy especialmente en México. La altura de la planta varía entre uno y tres o más metros. Las hojas son largas, estrechas y aserradas. Adoptan una forma de abanico. Cada abanico suele tener cinco o siete hojas, pero llegan a poseer desde tres hasta quince. Estas hojas son lustrosas y pegajosas, y su superficie superior está cubierta por vellos cortos.

Según la parte de la planta que se utilice, pueden obtenerse diversas preparaciones de la droga. La más común es la que conocemos propiamente con el nombre de mariguana. En ella,

se utilizan las hojas de las plantas, separándolas de las semillas y los tallos. Las hojas, de color verde, se cortan finamente.

Si se utiliza la resina de la planta, la preparación se conoce con el nombre de hachís. Esta resina es de color café y comúnmente se comprime en forma de bloques. El hachís es varias veces más potente que la marihuana.

Otra preparación consiste en un líquido aceitoso de color café oscuro que contiene una alta concentración del principio activo de la cannabis, llamado tetrahidrocannabinol o THC. Esta preparación es conocida como aceite de marihuana y a veces se añade a los cigarrillos de marihuana para aumentar su efecto, aunque existen otras formas de consumirlo. Es mucho más potente incluso que el hashish.

Por lo común, los usuarios la fuman casi siempre en forma de cigarrillo, donde puede estar sola o mezclada con tabaco. También se usan pipas, especialmente para resina. La marihuana se consume asimismo en preparaciones alimenticias, sobre todo dulces y pastillas. También puede masticarse las hojas. El usuario puede hacer sus propios cigarrillos a los que tuerce el papel en los dos extremos para evitar que la marihuana se salga. Otras veces se extrae parte del tabaco de cigarrillos ordinarios y los rellena con marihuana; en este caso la apariencia del cigarrillo es indistinguible de la de un cigarrillo común y corriente. Un cigarrillo con marihuana pura es más pequeño y su contenido tiene un color verde, a diferencia del color café claro del tabaco.

Cuando se enciende o se fuma, la marihuana produce un olor muy peculiar, parecido al de la paja seca en combustión. Antiguamente, la marihuana se usó con fines terapéuticos, pero ha sido proscrita de la medicina.

La potencia de la marihuana varía según el sitio de donde provenga, la forma de cultivar la planta y la manera en la que ha sido preparada y almacenada.

Además, los efectos varían de acuerdo con la cantidad que se consuma, el ambiente social y la personalidad del usuario.

El efecto de la droga se hace sentir con rapidez entre 15 y 30 minutos después de inhalar el humo. Este efecto suele durar de dos a cuatro horas. Como dijimos antes, los efectos dependen de las dosis. Existen, sin embargo, dos signos que son constantes: el enrojecimiento de los ojos y el aumento de la frecuencia cardíaca.

Con las dosis pequeñas, de aproximadamente medio cigarrillo, el usuario se siente en un principio estimulado, de manera que ríe y habla con facilidad; posteriormente puede presentar marcada somnolencia.

Una dosis tres veces mayor, de un cigarrillo y medio, aumenta la percepción de lo que está ocurriendo en el exterior. Al mismo tiempo, se pierde la coordinación de las extremidades y la capacidad de recordar lo que ha ocurrido recientemente. Se produce disminución anormal de la temperatura corporal, hambre insaciable e inflamación de las membranas mucosas y los bronquios. La droga también exalta la fantasía, el estado de ánimo y la sensación de estar por encima de la realidad. Además existe una pérdida del sentido del espacio. El tiempo relativo se hace muy lento.

Con dosis mayores de tres cigarrillos, suelen ocurrir alucinaciones muy vívidas. Pueden producirse estados de pánico, un temor exagerado a la muerte y delirios de persecución. Si la dosis es alta, el usuario puede sufrir una psicosis tóxica. En general, la marihuana provoca una incapacidad para tomar decisiones que requieren de un razonamiento claro. La persona que está bajo sus efectos acepta con facilidad las sugerencias de otras personas. No pueden realizar correctamente las tareas que requieren de buenos reflejos y de una coordinación de las ideas y los movimientos.

Si bien la marihuana no produce dependencia física ni síndrome de abstinencia, sí puede crear una fuerte dependencia psíquica. Tampoco provoca tolerancia y los casos de sobredosis

son extremadamente raros. Sin embargo, existen varios peligros en el abuso; aún las dosis pequeñas pueden provocar reacciones inesperadas con estados emocionales incontrolables. El uso continuado produce, además de un hábito difícil de romper, estados crónicos de apatía y desinterés, con una disminución de la motivación, descuido de la higiene personal y deterioro en las relaciones personales y sociales.

### *Depresores*

*Alcohol:* El alcohol es una de las drogas que más se consume en el mundo, incluido México. El hecho de que el consumo de alcohol esté permitido en la mayoría de los países, explica en parte que el alcoholismo constituya el principal problema de farmacodependencia. El alcohol es un fármaco depresor y como tal inhibe y retarda las acciones del sistema nervioso central.

Los efectos del alcohol dependen de la cantidad que se ingiera. Con una dosis pequeña, se presenta relajación, sensación de bienestar, locuacidad y disminución leve de los reflejos. Una dosis mayor, del doble de lo anterior, provoca dificultad en el habla, falta de coordinación de los movimientos, juicios alterados, reducción de las inhibiciones y falta de control emocional. Una dosis todavía mayor produce una clara intoxicación con marcada dificultad para la marcha, trastorno del pensamiento y la memoria, juicio distorsionado, labilidad emocional y agresividad. Con el doble de esta dosis, se presentan coma y muerte por depresión respiratoria. La piel se vuelve fría y pegajosa, la temperatura baja, la respiración se hace y ruidosa, el corazón se acelera y las pupilas se dilatan si el proceso continúa, la persona se muere.

El alcohol produce dependencia física y una marcada dependencia psíquica; provoca también tolerancia. Al afecto posterior a una fuerte intoxicación alcohólica, se le conoce como "cruda". Sin embargo en los alcohólicos crónicos el síndrome de abstinencia es muy severo, y comienza unas tres horas después de la última ingestión; se caracteriza por temblores, náuseas,

vómito, ansiedad, sudoración profusa, calambres y puede llegar a alucinaciones terroríficas, convulsiones, delirios, insuficiencia cardíaca y muerte según el grado de la dependencia física desarrollada. El síndrome de abstinencia del alcohol puede ser el mismo que el de la heroína. Una vez que el delirio empieza, resulta muy difícil de detener el proceso.

*Barbitúricos:* Los barbitúricos pertenecen al grupo de medicamentos popularmente conocidos como "pastillas para dormir". Se trata de sustancias cuya acción principal es el de deprimir el sistema nervioso central. Los barbitúricos se producen en forma sintética.

En la actualidad debido a la existencia de una amplia gama de sedantes de otro tipo, el uso médico de los barbitúricos se restringió a cierto tipo de ataques epilépticos en niños y como inductores de anestesia, pero con una tendencia hacia el desuso o cambio por otros fármacos. Su uso fuera del control médico se hace a grandes dosis en aras de su efecto sedante. Los que se emplean en la actualidad son 1) para inducir anestesia (pentobarbital), que se usa por vía parenteral, y 2) de acción lenta utilizado como anticonvulsivo por vía oral.

En dosis bajas, los barbitúricos pueden hacer que el usuario parezca relajado y de buen humor, aunque muy lento para reaccionar. En dosis elevadas, dan lugar a dificultades del habla, tambaleos, pérdida del equilibrio, caídas, facilidad para reír o llorar y agresividad, todo ello seguido por un sueño profundo. En ocasiones, el usuario despierta con la sensación de "cruda". En casos extremos, los barbitúricos pueden provocar pérdidas de la conciencia.

Estos síntomas son parecidos a los producidos por el alcohol, aunque el consumo de barbitúrico obviamente no produce aliento alcohólico. Sin embargo el alcohol se consume en ocasiones junto con barbitúricos a fin de aumentar los efectos de los últimos.

Los síntomas comunes de intoxicación aguda debida a una sobredosis de barbitúricos son los siguientes: desorientación, somnolencia, inestabilidad emocional, pupilas pequeñas,

pérdida de conciencia, flacidez muscular, coma, respiración lenta, color morado de la piel, disminución de la presión sanguínea, estado de choque y finalmente de muerte.

Con las dosis excesivas, los barbitúricos provocan una gran dependencia física además de la psíquica. También se desarrolla tolerancia, que suele provocar intoxicaciones por sobredosis. Como resultado de la dependencia física, se produce un síndrome de abstinencia cuando se dejan de tomar. Los síntomas de abstinencia son muy peligrosos y pueden causar la muerte. Empiezan entre ocho y diez horas después de la última ingestión de barbitúricos. Entre los síntomas de abstinencia se encuentran los siguientes: inquietud, nerviosismo creciente, temblores, debilidad, insomnio, delirios, náuseas, vómito. Después de 36 horas se producen convulsiones. La presencia de convulsiones permite distinguir al síndrome de abstinencia por barbitúricos del producido por opiáceos.

*Tranquilizantes menores:* Los tranquilizantes son drogas depresoras cuyo uso como medicamentos se ha ido extendiendo. Existen varios tipos de tranquilizantes; los de uso más común, y por lo tanto los que dan lugar a fármacodependencia con mayor frecuencia, son los siguientes: *meprobamato* (cuyo nombre comercial más conocido es Equanil); *clorodicepóxido*, *diazepam* y una gran cantidad de derivados de las *benzodiazepinas*. Estas drogas se presentan en tabletas de diversos tamaños y colores, y algunas de ellas también en ampollitas inyectables.

Los síntomas del uso de grandes dosis son muy parecidos a las de los barbitúricos. Con una sobredosis de tranquilizantes, se puede llegar a producir coma, insuficiencia respiratoria y muerte, aunque esto ocurre con menos frecuencia que con los barbitúricos.

Los signos de intoxicación aguda son: somnolencia, movimiento rápido e involuntario de los ojos, visión doble, visión borrosa, pupilas muy pequeñas, debilidad, relajación muscular, zumbido en los oídos, confusión mental, alucinaciones, disminución de los reflejos, falta de coor-

dinación, convulsión en algunos casos, excitación, agresividad, disminución de la tensión arterial, estado de choque, coma y depresión respiratoria que puede llevar a la muerte.

*Analgésicos narcóticos:* El opio, la morfina, la heroína y la codeína son de las drogas más importantes del grupo conocido como estupefacientes, poderosos depresores del sistema nervioso central.

El opio se obtiene de la adormidera, una planta de altura entre 70 cm y un metro y medio, que produce flores blancas de cuatro pétalos. Tiene una cabeza o cápsula de forma ovalada que, una vez madura, es de un tamaño intermedio entre una nuez y una naranja. En el interior de la cápsula se encuentra, además de las semillas, una sustancia espesa de color blanco. Para extraerla, se hace una incisión en la cápsula. La sustancia recoge vasijas donde se endurece y toma un color de café oscuro. Esto es el opio crudo; tiene un olor fuerte, parecido al del amoníaco, y un sabor amargo. Se envuelve en celofán para mantenerlo húmedo.

El opio preparado se obtiene del opio crudo, mediante un proceso muy simple. Se presenta en forma de varas, planchas o barras, de color café o dorado. Se fuma en pipas especiales, y al quemarse desprende un olor muy característico. También puede ingerirse o inyectarse. Existen además preparaciones farmacéuticas de opio, como la tintura alcanforada de opio, llamada *paregórico*, que antes se utilizaba como medicamento contra la diarrea.

La morfina se extrae del opio mediante un sencillo procedimiento químico. La morfina base se presenta como un polvo fino o en bloques. La morfina inyectada es de diez a veinte veces más potente que el opio ingerido. Si bien ésta puede ser una de las drogas más dañinas cuando se abusa de ella, es necesario señalar que constituye un medicamento muy útil cuando se usa en forma adecuada, pues la morfina es el analgésico más poderoso que se conoce. Sin embargo, como su uso provoca efectos indeseables y produce adicción, sólo se emplea para tratar dolores

extremadamente intensos resultantes de quemaduras, fracturas, intervenciones quirúrgicas, etc., así como para reducir el sufrimiento en las últimas fases de enfermedades como el cáncer.

La heroína es un derivado de la morfina que se produce mediante procedimientos químicos relativamente sencillos. Sus efectos son de cuatro a diez veces más poderosos que los de la morfina. En su forma pura, es un polvo cristalino blanco tan fino que desaparece al frotarse contra la piel. Sin embargo, cuando su fabricación es imperfecta, resulta de color amarillento, rosado o café y de consistencia áspera. Cuando la heroína llega al mercado ilícito generalmente se encuentra muy adulterada con azúcar, quinina u otras sustancias. Aunque puede ingerirse, lo más común es que se inhale después de calentarla, o bien que se disuelva en agua y se inyecte.

La codeína también se obtiene en su mayor parte de la morfina. Su poder adictivo es mucho menor que el de las drogas anteriores y debe tomarse en grandes cantidades y durante mucho tiempo para causar dependencia, puede ingerirse o inyectarse. Se presenta en forma de polvo blanco o de tabletas. Como medicamento, la codeína se emplea extensamente en forma de jarabes y de tabletas para suprimir la tos. También se usa para aliviar el dolor, aunque sus efectos analgésicos son diez veces menores que los de la morfina.

En términos muy generales, el abuso de alguna de estas drogas hace que el usuario se vea somnoliento, apático con un escaso interés en lo que ocurre en su alrededor y con poca capacidad para concentrarse o comunicarse. El usuario puede simplemente sentarse y mirar extraviadamente hacia el espacio. Sus ojos pueden parecer descoloridos y con las pupilas muy pequeñas, como puntos. En ocasiones se produce primero euforia y una sensación de desconexión con respecto al dolor y a las preocupaciones sociales. El hambre, la agresividad y los deseos sexuales disminuyen.

En particular la heroína produce una primera reacción emocional consistente en una atenuación de los temores y una liberación de las preocupaciones. Después sigue un estado de inactividad que se parece al estupor.

En dosis terapéuticas la morfina produce efectos secundarios que incluyen náusea y vómitos, estreñimiento, comezón (sobre todo de la nariz), sensación de calor, pesadez de los miembros, rubor, constricción de las pupilas y depresión respiratoria.

La codeína produce primero una sensación de bienestar. Algunos usuarios se vuelven muy sociables y se sienten valientes. Con dosis mayores se vuelven solitarios y se desconectan del medio. Los efectos empiezan a la media hora de haberla tomado y duran entre ocho y dieciocho horas.

Estas cuatro drogas producen dependencia psíquica y una gran dependencia física. Existe marcada tolerancia, lo que obliga al usuario a aumentar progresivamente las dosis. El síndrome de abstinencia es uno de los más severos que se conocen. Cuando se acerca la hora de consumir la nueva dosis el usuario empieza a presentar el síndrome de abstinencia; cuando éste es leve, se caracteriza por bostezos, ojos llorosos, flujo nasal, nerviosismo, ansiedad, comezón dilatación de pupilas y "carne de gallina". Cuando los síntomas son más graves, se presentan insomnio, sudoración profusa, fuertes dolores en la espalda y en las piernas, escalofríos, aumento de la respiración y de la presión sanguínea, fiebre y una sensación de desesperación y de obsesión por conseguir una nueva dosis. La intensidad del síndrome de abstinencia varía con el grado de dependencia física y con la cantidad de droga que se consuma.

*Inhalantes.* Forman un grupo especial de depresores del sistema nervioso, constituido por una serie de sustancias químicas diversas, caracterizados todos por tratarse de gases, líquidos volá-

tiles y aerosoles, que al ser inhalados y absorbidos por vía pulmonar, producen alteraciones de la conciencia, de la percepción, cognición, volición y, debido a la intoxicación primero y después al daño cerebral, son causa de problemas conductuales.

En general se trata de diversos productos volátiles de uso casero, comercial o industrial, tales como la gasolina y otros derivados del petróleo: pegamentos y adhesivos, pinturas, lacas, líquidos volátiles utilizados para disolver pinturas, etc. Ninguno de estos productos se considera en condiciones normales como una droga, sin embargo si se toma en cuenta su capacidad para producir alteraciones cuantitativas y cualitativas de la conciencia, así como su efecto psicotrópico, aunado a la conducta adictiva relacionada con su mal uso y abuso, es lógico incluirlos como elemento importante en las adicciones y considerarlos como drogas. Todas las sustancias son o contienen compuestos volátiles. Por ello, se consumen como drogas de abuso inhalándolas.

Los efectos de una inhalación de estos depresores del sistema nervioso aparecen muy rápido y duran alrededor de media hora. En las fases iniciales producen una sensación de hormigueo y de mareo que es seguida por una visión borrosa, zumbidos en los oídos y dificultades para articular palabras. Se presenta también un estado de embriaguez, junto con alborozo, euforia, inestabilidad en la marcha, sensación de flotar, inquietud, pérdida de las inhibiciones, agresividad y sentimiento de gran poder, parecidos a los de la intoxicación alcohólica. El usuario tiene aspecto de estar borracho y aturdido. En una fase superior puede vomitar, sentirse con mucho sueño incluso perder la conciencia. Cuando se recupera, puede ser que no recuerde lo que ocurrió bajo los efectos de esa sustancia. Si la intoxicación es severa, hay temblores, respiración rápida y superficial, irregularidad en el latido cardíaco, convulsiones y coma. El estado consciente puede ir precedido de excitación violenta o de delirio. En algunos individuos susceptibles, se presentan alucinaciones, muy vívidas y se refieren con frecuencia a temas de fuego y de calor.

Son las sustancias que mayor daño cerebral producen, además de perjudicar la médula ósea, el hígado y los riñones, así como el más agudo deterioro orgánico global, conductual y social.

## TIPOS DE USUARIOS DE DROGAS

Existen formas muy diferentes de consumir drogas, al respecto se reconocen cuatro distintos grupos de usuarios. Resulta fundamental distinguirlos, pues cada uno tiene características propias y se maneja en forma particular.

El primer grupo de usuarios es de los *experimentadores*, el segundo es el grupo de los *usuarios sociales* u ocasionales, el tercer grupo es el de los *farmacodependientes funcionales* y el cuarto grupo corresponde a los *farmacodependientes disfuncionales*.

Los experimentadores son usuarios que utilizan drogas por simple curiosidad. En tanto los usuarios sociales u ocasionales consumen drogas cuando están en algún grupo, el consumo de drogas en ellos tiene la finalidad de pertenecer a un grupo, de rebelarse contra los valores sociales establecidos, de resolver conflictos pasajeros de la adolescencia o simplemente de seguir una moda.

Los farmacodependientes funcionales son aquellos usuarios que necesitan tomar droga para funcionar en sociedad. Se trata de personas que han desarrollado una dependencia tal a una droga que no pueden realizar ninguna actividad si no la consumen. Sin embargo, a pesar de su dependencia siguen funcionando dentro de la sociedad y sólo presentan trastornos cuando no pueden consumir la droga.

Los farmacodependientes disfuncionales son personas que han dejado de funcionar en la sociedad. Toda su vida gira en torno a las drogas y su actividad entera la dedican a conseguirla y a consumirla.

# Capítulo 2

## **BASES TEÓRICAS**

El propósito en este capítulo es describir las bases teóricas en que nos apoyaremos para analizar los casos en el capítulo 3. Éstas se enmarcan en la teoría clásica del Psicoanálisis y la teoría de las relaciones de objeto y abarcan tres aspectos generales: el concepto de síntoma (partimos de la suposición de que el consumo de droga es un síntoma), los factores de riesgo del consumo de drogas y los elementos del análisis psicodinámico.

## ACERCAMIENTO A LA ESTRUCTURACIÓN DEL PSICOANÁLISIS Y EL CONCEPTO DE SÍNTOMA<sup>1</sup>

El procedimiento catártico de Breuer como parte de la prehistoria del Psicoanálisis pretendió dar una respuesta al origen y al significado de los síntomas, así como ofrecer un tratamiento en la supresión de éstos. Posteriormente, en “La etiología de las neurosis” (1898), al sustituir el método catártico por la técnica de la asociación libre, Freud observó que las vivencias sexuales tenían un vínculo con los síntomas, y plantea que el origen de las neurosis se encuentra en la vida sexual de los pacientes. Algunos síntomas se originaban por una anormalidad en la actividad sexual que podía ser causada por vivencias sexuales infantiles. La etiología de las psiconeurosis se sitúa siempre en lo sexual. “Por un curioso rodeo del que luego hablaremos, uno puede llegar a tomar la etiología, y concebir que el enfermo no sepa decirnos nada de ello. Y es que esos sucesos e injerencias que están en la base de toda psiconeurosis no corresponden a la actualidad, sino a una época de la vida del remoto pasado; por así decir *prehistórica* de la primera infancia...”<sup>2</sup> por lo que los síntomas son un sustituto de la satisfacción sexual en la vida de los enfermos.

Más tarde en la *Conferencia 16*, “Psicoanálisis y psiquiatría”, Freud realizó una comparación entre psiquiatría y psicoanálisis. La primera proporcionaba una explicación de ciertos padecimientos mentales en base a actos descriptivos con un trasfondo hereditario. En cambio, para el psicoanálisis, estos padecimientos (síntomas) poseen un sentido (significado), están vinculados con procesos inconscientes: “Toda vez que tropezamos con un síntoma tenemos derecho a inferir que existen en el enfermo determinados procesos inconscientes, que justamente contienen el sentido del síntoma pero, para que el síntoma se produzca, es preciso también que este sentido sea incons-

---

<sup>1</sup> Nos atenemos en este capítulo y en el siguiente a las conclusiones de Blanca E. Morán Esquivel y Luz G. Olmos Velázquez en su Tesis de Licenciatura *El síntoma en la obra de Sigmund Freud*, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., abril de 1998, pp. 23—31.

<sup>2</sup> Freud, S. “La sexualidad en la etiología de la neurosis”, citado por Morán y Olmos, op. cit. p. 23.

ciente”<sup>3</sup>. Así mismo, Freud reconoció que “el sentido de los síntomas fue descubierto por J. Breuer, lo hizo mediante el estudio y (...) curación de un caso de histeria que, desde entonces se ha hecho famoso (1880-1882)<sup>4</sup>. Es cierto que Pierre Janet (1888) aportó de manera independiente la misma demostración (...) concebía los síntomas como exteriorizaciones de ideas inconscientes que predominaban en los enfermos”<sup>5</sup>. De acuerdo con esta cita, Freud reconoce que el síntoma tiene significado y que está en relación con la vida inconsciente de los enfermos; así como las operaciones fallidas y los sueños, el síntoma tiene un nexo con las vivencias del enfermo, se puede decir que para el psicoanálisis es importante lo que el paciente pueda expresar sobre sus síntomas. En el decir de los enfermos se encuentra el significado del síntoma y el papel que juega dentro de la vida anímica. Así, un mismo síntoma tendrá diferente sentido en cada caso clínico.

Otro de los trabajos realizados por Freud acerca del síntoma es “Los caminos de la formación del síntoma”<sup>6</sup> (1917), donde ahondó en el papel de la libido y del *yo* con relación al significado y a las condiciones internas y externas de los mecanismos de la formación del síntoma. Los signos biológicos dejan de tener importancia para el psicoanálisis, ya que por sí solos carecen de significado. Además se empieza a argumentar que la cura no consistía en suprimir los síntomas, sino a entender qué estaba sucediendo en el paciente como un resultado de un conflicto que se libra en torno a una nueva modalidad, a la satisfacción pulsional. “El síntoma repite alguna modalidad de satisfacción de su temprana infancia desfigurada por censura, del conflicto, por regla general volcada a una sensación de nace sufrimiento y mezclada con elementos que provienen de la ocasión que llevo a contraer la enfermedad. La modalidad de satisfacción que el síntoma aporta tiene en sí mucho de extraño. Prescindamos que es irreconocible para la persona que sienta la satisfacción más bien como un sufrimiento y como tal se queja de ella”<sup>7</sup>. Esto es parte del conflicto psíquico cuyo resultado es la formación del síntoma. Hay que aclarar que para Freud una misma

---

<sup>3</sup>Ídem.

<sup>4</sup> Freud se refiere al caso de Ana O.

<sup>5</sup> Freud, S. “El sentido del síntoma”, citado por Morán y Olmos, p. 24.

<sup>6</sup> Ibid. P. 25

vivencia no produce los mismos efectos, es decir que se buscará la misma satisfacción sustitutiva y, al no encontrarse ésta, tendrá como resultado la formación del síntoma.

Hasta aquí Freud explica la primera serie de tópicos relacionados con el síntoma. Luego, propone la existencia de un aparato psíquico compuesto de una parte *consciente* y otra *inconsciente*, y de ciertos mecanismos u operaciones anímicas que tratan de explicar el origen de la neurosis. En 1923, al realizar su artículo "El yo y el ello", plantea una segunda serie dentro de la teoría y estructura del aparato psíquico: el *yo*, el *ello* y el *superyó*. Esto le permitió instalar cada una de las operaciones anímicas en dichas estructuras, que a su vez poseen características específicas.

En el yo existe una parte consciente, que es la superficie del aparato anímico, de ésta, la percepción externa del mundo forma el superyó o *ideal del yo* (esta parte del yo tiene un vínculo más firme con la conciencia). Para entender mejor la estructura de la psique es necesario observar las fases primitivas, como la fase oral del individuo, donde es imposible diferenciar, por un lado, la investidura del objeto, y por otro, la identificación. Más tarde se puede suponer que las investiduras de objeto parten del ello, que se sienten las aspiraciones eróticas como necesidades, y el yo busca defenderse de ellas por medio del proceso represivo.

Cuando el objeto sexual es resignado, no es raro que devenga una alteración en el yo. Este proceso es frecuente en la fase temprana del desarrollo. También se puede relacionar con la historia de elección de objeto, ya que está presente la resignación de objeto. Además, la primera identificación (identificación con el padre) es resultado de la necesidad de renunciar a las primeras investiduras de objeto. Freud explica que en el caso del niño, se desarrolla una investidura de objeto hacia la madre; en cambio con el padre hay una identificación, hasta que éste se percibe como un obstáculo para sus deseos y nace un complejo de Edipo. Más tarde esta relación ambi-

---

<sup>7</sup> Ídem.

valente trae como resultado un enfrentamiento con el contenido del yo por medio del superyó, que puede tener como consecuencia la formación del síntoma.

Con el planteamiento de las estructuras psíquicas, Freud reformula lo que había expuesto anteriormente. Su teoría se estructuró, en especial el concepto de síntoma. Aquella concepción que se pensaba tenía origen en lo "reprimido", ahora se debe a un conflicto que se da entre las pulsiones diferentes y opuestas que provienen de las estructuras del aparato psíquico.

### **APROXIMACIÓN HISTÓRICA AL CONCEPTO DE SÍNTOMA EN FREUD**

Mediante la técnica hipnótica, el síntoma fue utilizado como un término que permite diagnosticar enfermedades mentales. Es en los años 1893-1895 cuando Freud considera que "el síntoma aparece por breve lapso después de un trauma que lo provocó y lo estabilizó"<sup>8</sup> demostrando que los primeros traumas no dejaban secuela de síntoma alguno, mientras que un trauma posterior de la misma clase podía provocar un malestar. De esta forma, Freud y Breuer encontraron que los síntomas de los pacientes desaparecerían cuando el paciente recordara qué ocasionó el malestar vivenciando por segunda vez lo experimentado en un trauma psíquico, completando la reacción y expresando el factor en palabras de forma más detallada.

Con la terapia sintomática (1893-1895), Freud observó que los síntomas disminuían por otro nuevo que pudiera sustituirse en el lugar despejado; a esto le atribuía a que existen obstáculos que residen en circunstancias personales de tales casos. Aquí Freud toca dos puntos importantes: el simple hecho de querer encontrar o saber que había provocado el síntoma no era de ayuda para entender la enfermedad; por otra parte, el método catártico, o cualquier otro método, no

---

<sup>8</sup> Freud, S. "Caso clínico de la señorita von R.", citado por Morán y Olmos, p. 27.

funcionaba de igual manera en todos los pacientes, ya que el lugar que ocupaba el síntoma era diferente para cada caso.

El método catártico visto como una forma de tratamiento para los padecimientos histéricos, necesitaba indicar el momento en que se había manifestado por primera vez la enfermedad, por lo que el síntoma fue entendido como trauma vivencial. El procedimiento catártico de Breuer surgió en un estado previo al psicoanálisis y fijó el comienzo de la teoría en el momento en que Freud desestimó la técnica hipnótica e introdujo la asociación libre.

En 1901, cuando Freud plantea el problema sobre la patogénesis de los síntomas histéricos y sobre los procesos psíquicos que ocurren en la histeria, consideró que los síntomas son el resultado de vivencias traumáticas sexuales.

En el artículo "El delirio de los sueños en la Grandivia de W. Jesen" (1906) Freud asegura que los síntomas del delirio son sustitutos y retoños de unos recuerdos reprimidos a los que ciertas resistencias no permitieron llegar a la conciencia, no obstante lo cual consigue devenir consciente toda vez que arreglan cuentas con esa censura de la resistencia, mediante algunas alteraciones y desfiguraciones. Además considera que la represión juega un papel importante en la formación del síntoma que más tarde retomará en su artículo "Inhibición, Síntoma y Angustia".

Posteriormente en 1908, Freud amplía el concepto de síntoma introduciendo el término *pulsión*, entendiendo así los síntomas histéricos como un compromiso entre dos mociones pulsionales afectivas opuestas, una de las cuales se empeña en sofocarlos. "Los síntomas pueden asumir la subrogación de diversas mociones inconscientes no sexuales pero no pueden carecer de un

significado sexual”<sup>9</sup>. Las pulsiones sexuales juegan un papel importante en la constitución del síntoma.

En la *Conferencia 24* “El estado neurótico común” (1917) Freud menciona que “el síntoma proviene de una libido y son por tanto aplicaciones anormales de las neurosis actuales. La presión intracraneana, una sensación dolorosa, una irritación en algún órgano, carecen de significado psíquico, no sólo se exteriorizan predominantemente en el cuerpo como lo hacen también, por ejemplo, los síntomas histéricos, sino que ellos mismos son procesos enteramente corporales en cuya génesis faltan todos los procesos mecánicos anímicos”<sup>10</sup>. La libido tiene un vínculo con la formación del síntoma. A diferencia de los años anteriores (1910), cuando se plantea que el síntoma era un conflicto que se originaba en el aparato psíquico, posteriormente en la *Conferencia 24* la libido es considerada como causa del síntoma.

En la *Conferencia 22* “La etiología de la neurosis” se define al síntoma “como la satisfacción nueva y sustituta que se hizo necesaria”<sup>11</sup>. Se pensaba que la libido daba origen a la formación del síntoma, debido a que había una evitación de energía libidinosa no satisfecha, y el síntoma venía a ocupar el lugar de aquella satisfacción llevada a cabo por la frustración.

Se puede ver que en 1917, las investigaciones que existen acerca del síntoma están más elaboradas debido a las aportaciones que hubo dentro de la teoría freudiana. En 1919, el Psicoanálisis había introducido el concepto de narcisismo a la teoría de la libido, así como la noción *de pulsión de muerte*. En el artículo “La composición del síntoma” Freud afirma que “los síntomas y las exteriorizaciones patológicas del paciente eran considerados de naturaleza compuesta, los elementos de esa composición están constituidos por motivos de mociones pulsiona-

---

<sup>9</sup> Freud, S. “Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad”, citado por Morán y Olmos, p. 28.

<sup>10</sup> Citado por Morán y Olmos, p. 29.

<sup>11</sup> Ídem.

les. El paciente enferma a raíz de una frustración (versaguns) y sus síntomas se presentan al servicio de una satisfacción sustitutiva<sup>12</sup>.

En 1926, cuando las investigaciones realizadas sobre el yo y el ello (1923) ya habían dado un gran avance a la teoría psicoanalítica, Freud presenta un trabajo titulado "Inhibición, síntoma y angustia" en donde define al síntoma del siguiente modo: (un) "indicio y sustituto de una satisfacción pulsional que no se realizó es el resultado de un proceso represivo, la represión parte del yo, quien eventualmente, por encargo del superyó, no quiere acatar una investidura pulsional incitada en el ello"<sup>13</sup>. De acuerdo con esta cita el síntoma es una señal de peligro, donde aparece la sustitución para tratar de satisfacer un conflicto pulsional que se presenta en las estructuras psíquicas; por lo que se puede decir que el síntoma no sólo se debe a una libido insatisfecha (como Freud sostuvo en 1917) sino al fracaso del proceso represivo.

En la *Conferencia 32*, "La angustia y vida pulsional", Freud trabajó la descomposición anímica replanteando el problema de la angustia, que había desarrollado en la conferencia titulada "La angustia", donde mencionó que el yo es el único que puede producir y sentir tal trastorno, puesto que nota una satisfacción de una experiencia pulsional dada por el ello. El yo debe sofocar, cancelar y volver impotente esta pulsión, es decir, la conrainvestidura, al conjugarse con la moción reprimida, formará un síntoma. Por lo que se puede decir de la concepción que se tiene del síntoma en el año de 1932, es similar a la que se trabajó en 1926, pero ampliado aún más en este último el papel que juega la represión en la formación del síntoma. Es la elección y la mezcla de mecanismos lo que determina el tipo de formación de síntomas en la histeria (represión, conversión), en la fobia (fuga, desplazamiento, evitación), en las neurosis obsesivas (represión, formación reactiva, aislamiento, anulación) y la paranoia (proyección).

---

<sup>12</sup> Ídem.

<sup>13</sup> Ibid, p. 30.

Así pues, el concepto de síntoma en la obra de Freud tuvo diferentes usos en la práctica analítica. Primero se le tomó como una herramienta de diagnóstico que permitía encontrar la etiología de la neurosis y así poder dar un tratamiento médico. Posteriormente, cuando Freud empieza a elaborar su teoría psicoanalítica e introduce el concepto de inconsciente, le posibilita entender que el síntoma se debía a un proceso anímico y no fisiológico, de tal forma que el síntoma es un saber desconocido al enfermo, es la verdad anímica del paciente que llega a exteriorizarse de diversas formas en la neurosis. Además Freud observó que muchos de los términos utilizados en el psicoanálisis tenían relación recíproca, no se podía avanzar en la teoría si algún concepto no era retomado para entender o esclarecer el planteamiento teórico expuesto anteriormente o surgido de la clínica, por lo que el término síntoma fue útil en el proceso de investigación y permitió dar una aplicación más completa acerca de la teoría de la neurosis.

El concepto de síntoma no surgió como algo ya definido con precisión, tendió a estructurarse poco a poco; conforme se desarrolló la teoría psicoanalítica; de esta forma se puede decir que este concepto tiene un uso en la práctica psicoanalítica.

## **FACTORES DE RIESGO DEL CONSUMO DE DROGAS**

El psicoanalista Eduardo Kalina, uno de los investigadores más reconocidos de Latinoamérica en el campo de las adicciones, señala que los factores que influyen en el desarrollo de una son la falta de amor, el abandono y las consecuencias psicológicas correspondientes. Luego especificaremos otros factores que influyen, y los analizaremos con mayor detalle.

En cuanto a la falta de amor, el hombre al nacer y durante una cantidad de tiempo importante, necesita dedicación, atención y cuidados amorosos para poder desarrollarse e integrarse adecuadamente. Cuando esta condición falla, vemos entonces aparecer con gran frecuencia los trastornos de la personalidad y también las adicciones. Esto nos lleva a analizar algunos elementos que Kalina considera importantes para explicar el desarrollo de una adicción.

## FACTORES CONSTITUCIONALES

Estudiosos de la psicología infantil, como Klein, consideran que hay niños que nacen con características psicológicas de origen constitucional diferentes; por ejemplo, hay niños que nacen con una menor capacidad para tolerar la ansiedad, que son más impulsivos y que tienen características diferentes a otros niños.

Se están investigando las bases neuroquímicas de la conducta y ya se sabe por ejemplo, que el feto responde con alteraciones del ritmo cardíaco, succión del dedo y movimientos, a situaciones de estrés de la madre. Podemos suponer entonces que a través de mensajes neuroquímicos se va plasmando una pauta de respuestas conductuales en germen, que después del nacimiento se expresarán en diversas respuestas psicológicas entre un niño y otro frente a la ansiedad, el miedo, la frustración, etc.

No podemos olvidar que la ingestión por parte de la madre de ciertas sustancias como alcohol, tabaco, psicofármacos y otros, también van a ejercer su efecto sobre la evolución y estructuración biopsicológica del feto –futura persona.

## RELACIONES OBJETALES TEMPRANAS (CONSTANCIA OBJETAL)

Si al nacer un niño, su madre está bien sustentada por su pareja y por condiciones ambientales adecuadas, es más posible que pueda ser atendido por ella como un *otro*. En esa fase y durante

los primeros años, el niño necesita dedicación, amor y cuidados, que le permitirán desarrollarse e ir fortaleciendo su yo. En la medida en que ha recibido mejor calidad de amor, respeto por él mismo y un buen concepto de límites entre uno y otro, va desarrollándose dentro de él la génesis de una conducta madura. Todo esto se logrará si las primeras relaciones del niño con la madre son adecuadas y si el objeto primario, la madre, permanece constante y disponible, por lo menos durante los primeros meses de vida.

El alejamiento de la madre o la incapacidad de dar todo este sustento al niño, Kalina lo llama micro o macroabandono<sup>14</sup>, y va a provocar alteraciones de las relaciones objetales tempranas, y por lo tanto dificultará posteriormente el logro de un yo maduro. Esto predispondrá a la aparición de una adicción, sólo si se cumplen además otras circunstancias, porque este factor recién expuesto no es específico como base predisponente.

## DEPRESIÓN MATERNA

Existe un micro o macroabandono del cuidado del niño en los casos de depresión materna<sup>15</sup>. Normalmente, frente al nacimiento de un hijo las madres tienen reacciones depresivas. El parto y el período de postparto es una etapa de cambios muy importantes para la mujer. Hay madres que presentan depresiones muy serias, y la persona depresiva es alguien siempre hambrienta de estima. En esta situación, la madre atenderá posesivamente a su hijo, no porque éste la necesite, sino porque ella lo necesita a él, o si no, directamente lo abandona. Este es un proceso que se desarrolla y se extiende en el tiempo, y a través del cual la madre usa al niño para ella misma, venciendo los límites del niño para acomodarlo a sus necesidades. Se produce una simbiosis que no se va a resolver en forma normal, a través de los procesos de separación-individuación. Las técnicas de acción para llegar al otro, en vez de las verbalizaciones, las invasiones del territorio

---

<sup>14</sup> KALINA, Eduardo. *Temas de drogadicción*. 3ª edición, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, p. 54.

<sup>15</sup> Ídem.

del otro y su manipulación permanente, los modelos tóxicos, los dobles mensajes inductores, las mentiras, etc., van configurando un cuadro particular.

Al estudiar los antecedentes de la relación madre-hijo de los pacientes adictos comprobamos que en la mayoría de los casos la madre, debido a su estructura psíquica deficitaria, careció de la empatía para la necesaria fusión simbiótica nutriente (Mahler)<sup>16</sup>. El self del niño debió sobreadaptarse entonces con desarrollos que son expresión de una seudomadurez, que encubren falta de cohesión, tendencia a la fragmentación, sentimientos de vacío, fuente de desasosiego y hastío, así como también carencia de la normal capacidad de experimentar soledad y de poder sobreponerse a ella.

#### DESARROLLO DEL *SELF* (SÍ-MISMO)

El niño nace dotado de un equipo psicológico (*self*) que le permite realizar su primera acomodación a la estructura de su ambiente. Su forma y su estilo de adaptación dependerán del interjuego que se dé entre sus recursos constitucionales, psíquicos y biológicos, y los vínculos con los objetos que el medio externo aporta (la familia más próxima) y entre estos dos, los sucesos infantiles. En este punto, es de fundamental importancia el vínculo que se mantenga entre la madre y el niño. La capacidad de la madre para soportar la angustia, calmar y dar consuelo, hacen que el niño se sienta bueno, querido y aceptado tal cual es. Esto estimula la relación afectiva y el contacto con la realidad. El sujeto (bebé) necesita encontrar un objeto (madre) que le aporte gratificaciones; que dirija, modele y contenga sus impulsos; que alivie y regule sus tensiones, y que lo haga sentirse grande e importante.

Cuando la madre no puede responder a los deseos y necesidades del bebé, el self de éste se conforma desvitalizado, depresivo y con importantes sentimientos de vacío. Esta situación es el germen que en el futuro generará las ansias de dependencia patológica (estructura adictiva). Es decir, cuando el *sí-mismo* no ha tenido una relación armónica con el objeto madre, la relación con su mundo interno se distorsiona y, por lo tanto, se perturba la capacidad para percibirse a sí mismo y a los demás. El mundo humano que rodea a estas personas queda desprovisto de relaciones significativas y de vínculos de amor en los que ellos pueden participar. Como han sufrido falta de empatía del objeto madre, no han podido desarrollar esta función para ejercerla consigo mismos o con los demás. Por eso sus vínculos con las personas son mecanizados y fríos. Incapaces de sentir en profundidad, siempre guiados por sus urgencias utilitarias, buscan a los demás de forma transitoria. Por eso no aceptan con facilidad el amor o la preocupación que se les ofrece. Como consecuencia de no sentirse amados de acuerdo con sus legítimas necesidades, se exacerban sus demandas instintivas, tanto libidinales como agresivas, perentorias, cargadas de hostilidad. Sus fantasías omnipotentes e irrealistas invaden cada vez más su mundo afectivo y los aíslan, causándoles un profundo sufrimiento. Estos pacientes están fijados a una finalidad narcisista, son pasivos, quieren recibir y sólo muestran interés en el logro de su propia satisfacción. Desconocen cuál puede ser el anhelo o la necesidad de ese otro, que les es imperiosamente necesario pero fácilmente prescindible. No imaginan los sentimientos y las interacciones de mutualidad; es como si no tuvieran registro de ellos. Los objetos sólo son proveedores de suministros; pero, como se desenvuelven en un registro enigmático para ellos, cuando se resisten a ser objeto de esclavitud y manipulación, los abandonan fácilmente. Como no toleran la tensión, el dolor, la frustración y las situaciones de espera, que toda relación humana implica, suelen escapar de ellos recurriendo a la intoxicación. Su interés por la realidad va desapareciendo a favor de su única preocupación: la droga.

---

<sup>16</sup> Citado por Ethel C. de Casarino y Martha R. de Leonetti. "Factores psicológicos tempranos en la estructuración de la personalidad adicta" en *Drogadicción*, Amelia Musacchio de Zan et. alt., Editorial

El vacío es la modalidad básica de vivencia subjetiva del adicto y de ella; tratan de escapar participando en la ingesta de drogas. El análisis de estos pacientes muestra cómo las adicciones a las drogas constituyen intentos infructuosos de dominar la depresión y la angustia. La comprensión psicodinámica de la modalidad relacional, así como la patología de la personalidad y de las conductas descritas, nos llevan a concebir que cuando han existido desconexiones traumáticas producidas por fallas empáticas graves en la madre, que obligan al yo a sobreponerse a la impotencia de la desesperanza, o bien cuando, por falta de estímulo, el individuo se desconecta y busca en la autoestimulación, las sensaciones que le permiten sentir que está vivo, la droga se constituye entonces en el elemento al que se confiere una doble significación: por un lado, calmar la necesidad o llenar la carencia dejada por el vacío estructural, y por el otro, ser expresión de hostilidad y destructividad.

Desde el punto de vista psicológico, se constituye en el mundo interno una representación del objeto interno formado por un precipitado de aspectos frustrados del sujeto con aspectos frustrantes, vividos como malos, del objeto (madre), en una relación indiscriminada donde no hay buena diferenciación yo/no-yo<sup>17</sup>, propia de la fase temprana en la que se da la relación, y en la que el niño vive como que lo malo externo es parte de sí mismo. Estas vivencias son expresión de indiscriminación propia de esta etapa temprana que, prolongada en el tiempo por la patología, explica que el ataque al objeto se constituya en el ataque a sí mismo, y nos aclara el sentido de la autodestructividad de estos pacientes.

Esta refusión patológica es parecida a una identificación, pero no es lo mismo, ya que para que haya una identificación tiene que haber habido una discriminación yo/no-yo, es decir sujeto–objeto, en ese nivel de relación. La identificación normal es un fenómeno progresivo, no masivo, con aspectos del objeto, en la que interviene un mecanismo de duelo por aquellas partes no satisfactorias del objeto amado. En cambio, cuando se produce una situación traumática o defici-

---

Paidós, México, 1996, *Psicología, Psiquiatría y Psicoterapia* 122, p. 85.

<sup>17</sup> *Ibid.* p. 86.

ria, la violencia de los afectos en el juego, debida al sentimiento de desamparo psíquico y de amenaza de vacío y muerte psíquica, se produce una refusión con el objeto, o lo que sería una fusión masiva cargada de agresividad. A partir de allí, el sujeto, a pesar de él mismo, reedita este tipo de vínculos con el mundo que le rodea, o utiliza conductas defensivas contra él, rígidas y repetitivas de las cuales es muy difícil que pueda liberarse. Este mecanismo genera una estructura caracteropática que, como nos clarifica Musacchio, se manifiesta por “una disposición afectiva que lleva al sujeto a revivir ofensas y a reaccionar hostil y vindicativamente. Su origen es una herida narcisista profundamente humillante y persistente”. Esta situación “le brinda elementos de exigencia y megalomanía y le facilita la proyección de los objetos circundantes de una enorme agresión y necesidad permanente de venganza, con la vivencia simultánea de ser y haber sido una víctima”<sup>18</sup>.

Esta identificación patológica, cuya función sería la de restituir el vacío estructural y la desconexión vincular, contribuye a mantener la escisión como defensa fundamental, cuyo objetivo es proteger al *sí—mismo*, vulnerable de vivenciar o asumir las experiencias afectivas dolorosas. Esta disociación menoscaba al yo en sus funciones cognitivo–perceptivas, en los momentos en que la fuerza de las emociones y del sufrimiento psíquico invade áreas más amplias del self, llevando a la claudicación del yo. La oquedad central, con sus mecanismos de defensa que la rodean, explica que el self desestructurado y desorganizado, que no encuentra sentido de la existencia (principio teleológico), se sienta débil y abrumado por la vida. Recurre entonces a los mecanismos defensivos que hemos descrito (refusión—negación omnipotente, disociación), engañándose maníacamente a sí mismo en un círculo infernal de grandiosidad vacía y omnipotente.

El “basamento rocoso” (entendiendo por tal lo genético constitucional y lo reactivo respuesta al medio ambiente), en este caso deficitario y vulnerable, lleva a lo que H. Kohut llama “hipercatectización reactiva del self grandioso omnipotente” patológico<sup>19</sup>. Defensa consistente en

---

<sup>18</sup> Citada por De Casarino y de Leonetti, *ibid.* p. 87.

<sup>19</sup> KOHUT, Heinz. *Análisis del self, El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. 5ª reimpresión. Traducción: Marco A. Galmarini y Marta Lucero. Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1996.

una conducta desafiante y grandiosa pero fallida, pues hace de la droga su aditamento imprescindible y necesario para enfrentar la angustia de vivir, pero al mismo tiempo la aleja de la experiencia vital y vitalizadora.

También, podemos observar que las características de las familias, son de mala alianza marital, donde muchas veces el precario vínculo que mantiene la relación es un hijo dependiente e inmaduro que canjea su independencia por la enfermedad. De esta manera, la drogadicción pasa a ser el precio que se paga para no crecer.

Se trata de familias que suelen tener un pasado con situaciones ocultas, secretos familiares, pasados difíciles, que viven como vergonzosos, con contradicciones y mentiras. Puede suceder que el padre, una figura ausente de afecto y preocupación por el hijo, que suele tener una apariencia de fortaleza, utiliza la prepotencia para desvalorizar a la madre, acentuando su predominio, logrando de este modo el desamparo del hijo por ambos, ya que una madre no respaldada por el padre del niño no puede cumplir su rol con tranquilidad. Es común también, que se trate de padres dedicados de manera exagerada al trabajo, con poco contacto familiar, desinteresados de la educación y aspectos afectivos de sus vidas.

Las características recién descritas se constituyen en sustratos cargados de hostilidad que estarán en la base de la patología del superyó; sobreviene entonces una alteración del sistema de valores y una incapacidad de asumir normas de autocrítica, capacidad de culpa y preocupaciones frente a sí mismo y hacia los demás, que devienen en conductas delictivas.

Esta generación de estructuras vulnerables produce un daño más grave en las primeras épocas, por ser las que encierran el germen del basamento de la personalidad, extendiéndose a etapas posteriores de la educación, que no es otra cosa que la formación del carácter y del sistema de valores a los cuales la persona se ajustará y tomará como guía en la vida.

## RELACIÓN CON LA FIGURA PATERNA

Para Kalina, la figura paterna es un factor clave para la aparición o no de una drogadicción<sup>20</sup>. Aunque su papel en los primeros momentos de la vida no es tan capital como el de la madre, al dar estabilidad al hogar y al vínculo entre la madre y el hijo, va generando las condiciones más adecuadas para que el buen desarrollo del niño se efectúe adecuadamente.

En la historia de la evolución de un futuro drogadicto, la figura paterna no es capaz de sostener las dificultades de su esposa, y por otro lado no reacciona frente a la simbiosis madre—hijo, para evitar así hacerse cargo de las necesidades y exigencias de su esposa y/o del hijo. Lo que constituía una díada de explotación se ha transformado en una tríada de explotación, al utilizarse al hijo para que la pareja subsista. A través de ese pacto perverso se instala el modelo de "*hacer la vista gorda*"<sup>21</sup> (denominación de Kalina), algo así como una negación parcial pactada, que luego el adicto introyectará y la convertirá en el *modus vivendi*, así como la tendencia de ser un explotador—explotado. En otras palabras, incorporará una ideología de vida donde una parte de su yo estará parcialmente ciego a las actuaciones de la otra, en especial en todo lo que respecta a las actuaciones adictivas<sup>22</sup>.

## INVASIÓN DE LOS LÍMITES DEL OTRO

En el tipo de relaciones descritas anteriormente, nadie es un *otro* como un *otro*, sino que está al servicio del otro. Hay una permanente invasión de los límites y se establecen relaciones del tipo narcisista caracterizadas por la manipulación<sup>23</sup>. Hay además un permanente uso de la negación,

---

<sup>20</sup> Vid. Kalina, Eduardo, op. cit. y Arias, Luis Antonio, "La drogadicción en los adolescentes" en *La familia del adicto y otros temas*, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1990. pp. 141-168.

<sup>21</sup> Kalina, Eduardo, op. cit. p. 52.

<sup>22</sup> Vid. Kalina, Eduardo, "Teoría y práctica de la psicoterapia familiar" en *La familia del adicto*, pp. 9-41.

<sup>23</sup> *Ibid.* p. 23.

por lo que no se perciben o se niegan los que existen en la familia, pues "*se piensan unos a otros*" y no conocen el valor de preguntarle al otro qué le pasa.

#### IMPORTANCIA Y NEGACIÓN DEL CUERPO EN EL ADICTO: *NEGACIÓN DE LA FINITUD*

En la disociación que hace Kalina del cuerpo y de la mente, el cuerpo marca la condición biológica del hombre. El adicto niega esta circunstancia, hace "*la vista gorda*". Siente odio hacia su cuerpo, ya que éste por su finitud le impide vivir la ilusión de la grandiosidad que busca. Ahora bien, el adicto vive una paradoja trágica: como todo ser humano, necesita y busca un límite para poder integrarse al resto de la humanidad, pero cuando lo encuentra se desespera porque este mismo límite le marca su finitud; en consecuencia busca sobrepasarlo, atacándolo y buscando una grandiosidad que no puede ser satisfecha, y al encontrar un nuevo límite ante la intolerancia del cuerpo al tóxico, reaparece nuevamente la condición de finitud.

Observemos que en este juego se reproduce un modelo interpersonal familiar, donde siempre se espera de él (o se desea) algo que no puede cumplir. Su búsqueda incesante de genialidad responde a su necesidad de corresponder a ese deseo. Así, esto se repite una y otra vez, hasta llegar a la sobredosis, que representa la posibilidad de marcar un límite que detenga el ciclo, el límite máximo que es la muerte. Esta negación del cuerpo y su finitud se complementa con el sentimiento que tiene el adicto de tener un yo demasiado frágil, que ha sido invadido y explotado desde pequeño sin respeto a sus límites. Cuando encara su vida no tiene fuerzas para enfrentar los límites de la realidad externa, y entonces recurre a las drogas, que operan como una fuerza extra que le ofrecen la ilusión de poder vivir una existencia con una menor vulnerabilidad que la que realmente tiene.

## CONSTELACIÓN Y PERSONALIDAD PREADICTIVA

Kalina dice que no hay trastorno de personalidad o condición psicopatológica específica en la base de las adicciones. Pero también plantea la existencia de algunas características que él llama "*constelación preadictiva*". En el perfil del adicto hay que buscar los modelos familiares que complementan los factores predisponentes al desarrollo de esta enfermedad.

A través de mensajes verbales y no verbales, la familia se encarga de mostrar al niño una serie de conductas adictivas que tienen que ver con el uso abusivo de medicamentos, en especial psicofármacos, tabaco, café, y también de trabajo, comida, etc. Con estas conductas está dando un mensaje de cómo enfrentar las vicisitudes de la vida<sup>24</sup>; lo que, unido a otras condiciones externas, va a generar la adicción futura. Mucha gente, adolescentes y adultos, usan o experimentan alguna vez con drogas; sin embargo no se convierten en adictos. Los que se transforman en drogadictos son los que tienen una "*constelación preadictiva*".

El uso indiscriminado de medicamentos, el uso del tabaco en forma compulsiva frente a cualquier ansiedad, el uso de alcohol o comer ante la ansiedad, o el comprar o trabajar o hacer cosas compulsivas para calmar la angustia, todo va construyendo en el hijo un modelo donde el pensar, esperar y controlar los impulsos no existe; en cambio la acción, y especialmente la acción tóxica, sustituyen el pensar. Así se genera una personalidad preadictiva que al juntarse con la droga pasa a la categoría de adicta. En otras palabras, en estos grupos familiares o equivalentes no se aprende el control de impulsos porque no existe nadie que lo enseñe. No hay modelos coherentes de reflexión, de espera. El adicto está siempre pidiendo, es decir, buscando la gratificación inmediata porque no aprendió a mediatizar el impulso con el pensamiento. Es un ser crónicamente "*hambriento*".

---

<sup>24</sup> Ibid. p. 28.

Por estas características es que Freud planteó la importancia de fijaciones orales en la dinámica de la adicción, y en esta fijación se fundamentó la clásica descripción de la existencia, en la personalidad del adicto, de un débil, incapaz de tolerar las frustraciones. Estos grupos familiares o equivalentes, pueden ofrecer, modelos simbióticos o cismáticos. En ambos predomina la rigidez de los roles: separados en los cismáticos, y mantenidos juntos por encolamiento<sup>25</sup> en los simbióticos, como fundamento para la subsistencia del vínculo parental. Estos conceptos nos explican la falta de repertorio de recursos psicológicos que en un futuro presentarán los adictos para enfrentar las dificultades de la vida. Dentro de la constelación y personalidad preadictiva debemos reiterar aquellos factores de índole sociocultural que inducen el desarrollo de las adicciones; la cultura alcohólica y tabáquica de nuestro país es un ejemplo de esto.

## ADOLESCENCIA Y DROGADICCIÓN

Entonces, ¿qué se modifica en el psiquismo del joven que llega a la adolescencia?<sup>26</sup>

- 1) *Los impulsos instintivos.* La pubertad, con el desarrollo de la capacidad reproductiva y orgásmica, trae aparejada una eclosión de la sexualidad que muchas veces toma "*por sorpresa*" al adolescente aún no habituado a satisfacer sus deseos sexuales. Esta irrupción incipiente de la sexualidad genital se pone de manifiesto tanto en sensaciones físicas –sus preocupaciones románticas, su masturbación, sus escrúpulos morales y sus obsesiones sexuales–, como en las costumbres grupales o la vestimenta, tendiente a seducir al sexo opuesto.

Ahora bien, en la mayoría de las concepciones psicológicas tradicionales, se ha tendido a centrar el proceso de transformación adolescente en el desarrollo de su sexualidad. Sin duda éste es un aspecto fundamental, pero no el único. A las otras transformaciones nos referimos a continuación.

---

<sup>25</sup> Ibid. pp. 18-19.

<sup>26</sup> Ortiz Frágola, Alfredo, "Adolescencia y drogadicción" en *Drogadicción*. pp. 110-112.

- 2) El *yo* (el agente encargado del gobierno y distribución de los impulsos). Todo el sistema defensivo, los mecanismos que utiliza el *yo* para protegerse, están sometidos a una mayor presión y el *yo* tiene que modificarse para afrontarla. Pero los cambios del *yo*, no se reducen a sus funciones en relación con los impulsos instintivos; también se consolida, en el comienzo de la adolescencia, la transición del pensamiento concreto a otro de mayor nivel de abstracción, simbólico.

Meltzer menciona, como se suele creer y realmente así parece ser en muchos casos, que el adolescente está fundamentalmente interesado en la sexualidad, pero en realidad él está preocupado por el conocimiento y la comprensión.

- 3) *Surgen nuevos objetos de amor*. Se produce una desidealización de las figuras parentales que priva al joven de la protección omnipotente que le significaban sus padres cuando él era pequeño. Asimismo, existen fuertes contradicciones entre la tendencia del joven a alejarse de sus objetos infantiles de amor, asimilando previamente en su personalidad características de sus figuras parentales, y el hecho de que estas identificaciones se vuelvan más y más prescindibles.

Hay oscilaciones erráticas del humor, vaivenes emocionales en el transcurso de los cuales se suelen restablecer antiguas formas de relación objetal. Inconscientemente, se reaniman fantasías de fusión con los objetos, merced a las cuales el joven intenta fortalecerse y protegerse de la sensación de fragilidad que le produce la pérdida de la imagen de sus padres, vistos como todopoderosos en sus primeros años. Esto se pone de manifiesto en la búsqueda de ídolos y líderes que satisfagan estas necesidades primitivas de idealización, al tiempo que le permitan tomar distancia de sus antiguos amores familiares.

También aparecen las llamadas *vivencias del vacío*. El adolescente atraviesa necesariamente por momentos en los que se siente vacío y teme esa sensación desagradable que se reitera sin que él pueda gobernar su aparición. A veces la sensación de vacío se liga a alguna razón conocida: la pérdida de algún amigo/a, o un novio/a, la muerte de algún ser querido, un fracaso escolar. La vivencia de vacío consiste en una experiencia dolorosa y perturbadora que los jóvenes a veces llaman "*depresión*". No es tristeza, más bien es hastío, desinterés, sensación de futilidad ante la vida, así como pérdida de la normal capacidad para enfrentar la sociedad y sobreponerse a ella.

Las vivencias de vacío, tal como los sentimientos de vergüenza, inferioridad y los procesos de idealización y desidealización, son resultado de fenómenos de desequilibrio narcisista, perturbaciones en los sectores de la personalidad que regulan el estado del su self y la valoración que el individuo hace de sí mismo.

Ahora bien, desde la timidez vergonzante hasta la desfachatez y los aires grandiosos de superioridad, desde la introversión inhibida hasta la arrogancia, podemos adscribir sin dificultad estas características de los fenómenos de desequilibrio narcisista a un joven que está atravesando una adolescencia normal, siempre y cuando no constituyan pautas rígidas y estereotipadas de funcionamiento y en tanto se alternen con momentos de alegría, entusiasmo e ilusiones esperanzadas.

La adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar una drogadicción, pues es el período de resolución del proceso simbiótico. Es cuando se produce la separación—individuación, la separación del grupo familiar, el duelo por la exogamia y el enfrentamiento con el mundo externo.

Si el adolescente tiene un yo débil, producto de todos los factores expuestos anteriormente, entonces va a necesitar una fuerza extra para poder cumplir con este desafío, y si tanto la familia

como la sociedad le muestran que las drogas son el combustible adecuado para afrontar las exigencias de la vida, él podrá poner en marcha la "*experiencia tóxica*".

Una de las patologías más susceptibles de ser vulnerable, es la de los trastornos de la personalidad, en especial en los casos de personalidad fronteriza, porque son seres deficitarios en su personificación.

En síntesis, si nos colocamos ante las realidades que debe enfrentar el adolescente de nuestra época, y si le sumamos la estresante tarea de asimilar los cambios propios de su crecimiento, tanto corporales como psicosociales, se hace aún más claro comprender por qué los adolescentes son una población de alto riesgo.

La búsqueda de riesgos y emociones en la adolescencia consolida el sentimiento del *sí—mismo*. Un joven lo explicaba mejor: "*sólo se tiene la máxima seguridad de estar vivo, y bien vivo, cuando un escalofrío te recorre la espalda*"<sup>27</sup>.

Lichtenberg, un autor que ha estudiado profundamente la búsqueda de emociones y riesgos, dice que por ello, es parte de este "*desafío regulatorio*" para los padres ver como sus hijos se exponen a emociones ante las cuales el *sí—mismo* del chico se refuerza, y el riesgo es controlado. Un antecedente y prototipo infantil de ello es la sensación de ser arrojado al aire y caer en los brazos fuertes y seguros del padre. El adolescente busca emoción y riesgo en un intento de expandir y consolidar su *sí—mismo*, mientras mantiene estas experiencias bajo su control, con cierto grado de autorregulación. Quiere ser él mismo quien elija cual riesgo asumirá y cual no. Quiere él decidir cuales serán sus modelos, cuales sus rivales en estos desafíos. Él también deseará elegir en qué "*brazos*" confiar para que lo sostengan: un líder político, su entrenador deportivo, una novia o un novio, o el amigo más influyente de su grupo, que ahora ha conocido el "*excitante*" mundo que le provee la marihuana.

---

<sup>27</sup> Ibid. p. 116.

Toda esta actividad del adolescente transita por el terreno de la normalidad, y más allá del éxito o fracaso de los intentos, usualmente es beneficiosa para su desarrollo. El joven aprende de los demás y de sí mismo. Pero, he aquí una de las injurias que nuestro tiempo produce en la juventud, esa demanda de emociones y riesgos, puede hallar la oferta de la droga, provista muchas veces por el grupo al que el adolescente necesita como marco de referencia.

Es cierto que las distorsiones senso—perceptivas que producen las drogas adictivas suelen provocar una perturbación del sentido del *sí—mismo*, más que esa consolidación que el joven busca. Pero no es menos cierto que merced a las drogas se viven emociones hipertensas y las modificaciones del esquema corporal crean la ilusión de una expansión del self. Por otra parte, el solo hecho de consumir algo prohibido entraña un desafío personal que, para colmo, a veces es compartido por otros amigos o ídolos especialmente valorados por el adolescente.

El proceso de transformación adolescente es naturalmente más complejo que esta apretada síntesis; pero lo importante para nuestros fines es que en todas las características mencionadas podemos encontrar motivos internos de peso para que un individuo se acerque a la droga. No es menos cierto también que hallamos en los jóvenes fuertes razones para combatirla, sustentadas en poderosos ideales y valores éticos.

En términos generales podemos decir que la perturbación del equilibrio ya mencionada acarrea sentimientos tanto *placenteros* como *displacenteros*. Los placenteros van desde la sana alegría y frescura juvenil, hasta estados de franca exaltación del yo. Los sentimientos displacenteros oscilan entre la inferioridad, la vergüenza y culpa ya nombradas, hasta estados de tristeza de esa vasta, difusa y a veces profunda melancolía adolescente tan bien descrita por muchos poetas.

Ahora bien, con frecuencia los adolescentes perciben que muchas sustancias psicoactivas permiten un alivio transitorio a esos estados disfóricos y también una huida temporal de otras circunstancias vitales externas desagradables, de orden familiar o social.

La droga constituye, en este sentido, el intento de restablecer el equilibrio perturbado por estos procesos de reacomodación psíquica. Aquellos jóvenes que por factores constitucionales o ambientales presentan un umbral bajo de tolerancia a la frustración y poca capacidad de soportar el sufrimiento y esperar su recuperación espontánea, padecen más intensamente la desarmonía emocional de su edad y caen con más facilidad en esta seudosolución química.

## LA PRESIÓN SOCIAL

Decíamos que el joven se halla en una búsqueda de nuevos objetos extrafamiliares para experimentar, y lucha contra su propia dependencia infantil de las figuras parentales. En consecuencia, pasa a depender en mayor grado de su grupo social y se torna más influenciado en sus opiniones, costumbres y hábitos por la presión que ejercen los medios modernos de comunicación, que muchas veces presentan el consumo de drogas como privilegio exclusivo, placentero y excitante.

De un modo más directo aún, la necesidad de nuevas figuras de identificación alienta la incorporación de patrones de conducta pertenecientes a otros jóvenes o adultos más o menos cercanos, que gozan de estima, prestigio y reputación. Esto puede brindar al adolescente que sufre por su debilidad relativa, una sensación de madurez y pertenencia grupal en la medida que consume drogas. Le facilita también el afrontar situaciones de honda angustia social. Cree sentirse más fuerte, más aún si, como ocurre especialmente merced al uso de algunos alucinógenos, se siente cohesionado con sus pares y con sus ídolos.

Otra perspectiva interesante de la situación grupal de los adolescentes surge de aplicar las ideas de Meltzer sobre la visión de la sociedad que tienen los adolescentes. Este autor observó que los adolescentes distinguen básicamente tres comunidades: 1) La de los niños, débiles, dependientes y sometidos al arbitrio de los adultos; 2) la de los adultos, los que ostentan el poder, el conocimiento y el pleno derecho a la sexualidad, y 3) la propia, la de los adolescentes, que se sienten relegados pero poseedores de la fuerza, la justicia y la esperanza<sup>28</sup>.

Enfocando el consumo de drogas desde esta perspectiva podemos observar como muchos adolescentes, vacilantes por naturaleza en cuanto a su ubicación grupal, pueden utilizar el consumo de drogas en su intento por diferenciarse tanto del grupo desvalorizado de los niños como del de los adultos, al que de esa manera combaten también en sus preceptos.

También es necesario considerar la influencia que tiene la imagen que brindan los padres y la presión que ejerce el grupo social a través del uso de drogas "*legales*". El consumo de alcohol y tabaco es parte integral y crucial de la secuencia adictiva. Su uso precede, prácticamente siempre, al de las drogas ilegales, independientemente de la edad en que se inicie el consumo estas últimas. Es muy raro el comienzo directo con drogas ilícitas.

Las primeras sustancias que los jóvenes suelen experimentar son alcohol y tabaco (cerveza, vino y cigarrillos). Más adelante pasan a las bebidas blancas y/o a la marihuana. También es muy raro que se utilicen otras drogas ilegales como la cocaína o los opiáceos sin pasar previamente por la marihuana.

Se desprende de esto la influencia toxicomanígena pernicioso que pueden ejercer al respecto sobre el niño el consumo abusivo de alcohol, cigarrillos o tranquilizantes por parte de los padres, modelos tempranos de identificación.

A veces la falla del medio familiar radica en su insuficiencia para proveer seguridad y calma al niño que por cualquier suceso cotidiano está angustiado, con temor o ansiedad por motivos

---

<sup>28</sup> Citado por Alfredo Ortiz, p. 119

internos o externos. El abrazo tierno, que permite una suerte de fusión del niño con su madre o padre serenos, es en ocasiones imposible por la magnitud de la angustia o irritación que sufren los propios padres. Naturalmente, la acción patógena no se ejerce en episodios únicos o aislados, sino por efecto de una sucesión acumulativa de pequeños traumas. Esto determina un déficit estructural de la personalidad en aquellos aspectos que, al desarrollarse, proveen al individuo de la capacidad de auto—apaciguarse, de tolerar y atenuar su angustia, de evitar su difusión. Más adelante, estos individuos buscarán en las sustancias psicoativas un elemento compensatorio que les permita eludir la invasión de angustia que ellos no pueden evitar con sus propios recursos.

Ahora bien, no podemos abandonar el tema de la presión social sin referirnos al *contagio*, al papel que cumplen adictos y traficantes en la difusión del consumo de drogas. Existe una vasta mitología popular acerca de vendedores siniestros y viciosos que corrompen a jóvenes ingenuos a través del engaño o la seducción. Sin embargo, esto es usualmente falso. En términos generales, los traficantes de drogas comercian con clientes conocidos y habituales, y prefieren no arriesgarse a vender su mercancía a desconocidos por más jóvenes e inocentes que parezcan.

Como lo señala el informe norteamericano sobre *la Estrategia para el Control de las Drogas*<sup>29</sup>, quienes no se han iniciado en el consumo rara vez aceptan una sustancia desconocida de una persona extraña, más aún, es muy infrecuente que un adolescente haga un esfuerzo individual para buscar drogas por primera vez. En realidad no es necesario, porque las experiencias iniciales con drogas surgen del ofrecimiento de otros consumidores con los que se tiene un vínculo personal o amistoso.

Al entrar un adolescente en el terreno de la adicción, renuncia a un tipo de mundo con determinados valores éticos; mediante su mutación entra a formar parte de otro, donde no existe tal ética, y por lo tanto no puede existir la amistad, que significa un tipo de vínculo que requiere como

condición indispensable el respeto al otro como un *otro*, complementado por una historia en común que puede tener muchas variables en cuanto a la situación y al tiempo de duración.

La vinculación por factores miméticos circunstanciales y/o parciales es la característica esencial de los vínculos entre los adictos. En vez de identificaciones asimiladas y producto de interacciones a través del tiempo, en el mimetismo basta verse, usar algunos términos semejantes cargados de significados mágicos, y *ya somos amigos*. Posteriormente el cemento vincular en vez de ser el amor es el miedo.

La droga no representa algo, sino es algo para el adicto. Estamos frente a una ecuación simbólica, es decir, están operando los niveles concretos del funcionamiento mental. Esto significa que está en actividad la parte psicótica de la personalidad. El adolescente al hacerse adicto adquiere una nueva identidad ya es alguien: "*un adicto*", y si logra en el contexto en que vive que se agreguen otros miembros a su causa, además de sentirse menos solo, podrá llegar al ideal inducido que "ellos son el ser superior".

Kalina señala que el proselitismo se ejerce mediante tácticas psicopáticas y/o seducción histérica, pero afirma también con énfasis que la motivación profunda de esta actividad humana, que está más allá del miedo al vacío y a la soledad, es la envidia<sup>30</sup>. El adicto sabe en su interior "*que vendió su alma al diablo*", pero necesita negarlo. "*Yo dejo la droga cuando quiero*", "*lo hago por placer*", "*mi vida es mi vida y hago lo que quiero con ella*", etc. Pero cayó en la esclavitud y esta percepción es trágica, no puede aceptarla, él que creyó burlar su castración está condenado a la muerte, la máxima castración. No puede aceptar esta terrible verdad por su debilidad yoica, y aquí surge la veta psicopática movilizadora por la envidia. La necesidad de destruir valores morales en el otro es una necesidad psicopática que no se puede ignorar, y esto se ve claramente, según Kalina, cuando un adicto deja de consumir e intenta construir un nuevo proyecto de vida. Los adic-

---

<sup>29</sup> Citado por Alfredo Ortiz, p. 122.

<sup>30</sup> Kalina toma esta idea de Melanie Klein. "Teoría y práctica de la psicoterapia familiar del adicto", p. 36.

tos pertenecientes a su grupo de "amigos" rápida o lentamente intentarán sabotear sus logros, si no su esclavitud se les vuelve patética, y en cambio intentan salvarse maníacamente realizando racionalizaciones como: "*mal de muchos, consuelo de tontos*", "*somos los adictos, los demás son los caretas*<sup>31</sup>", etc.

Para concluir, no todo el que experimenta con drogas se hace adicto. Existen bases predisponentes individuales, familiares y sociales que condicionan la posibilidad de una adicción. La adicción es una de las formas en que puede exteriorizarse la actividad de la parte psicótica de la personalidad. Toda adicción constituye una vía hacia la muerte<sup>32</sup>, es decir una práctica suicida a corto o a largo plazo, dependiendo de una amplia gama de variables. Todo adicto en forma consciente procura, mediante técnicas psicopáticas no exentas de seducción histérica, conseguir "*feligreses*" para su grupo, a esta actividad Kalina la denomina *proselitismo* y a los que la realizan *mutantes*<sup>33</sup>. Estos viven huyendo de sus angustiantes y a veces horribles vivencias de vacío interior y soledad, para lo cual aprendieron en su contexto familiar y social que las drogas psicotóxicas son un instrumento para lograr este objetivo, y que además le brindan una ilusión de identidad, generalmente grandiosa y hasta épica. Pero en un mundo en crisis como el que vivimos actualmente, estos factores predisponentes existen con una frecuencia abrumadora.

## ALGUNOS ELEMENTOS PSICODINÁMICOS EN LA TEORÍA PSICOANALÍTICA

Como anteriormente se mencionó los elementos teóricos y prácticos necesarios para la elaboración de una psicodinamia están comprendidos en una vasta literatura psicoanalítica. Freud como

---

<sup>31</sup> Los que fingen, los hipócritas.

<sup>32</sup> "Vive de acuerdo al delirio, configurando una ideología de vida, que desde nuestro punto de vista debería llamarse *un proyecto de muerte*", Kalina, Eduardo. *Temas de drogadicción*. p. 43

<sup>33</sup> *Ibid.* p. 115.

creador del psicoanálisis fue el primero en aportarlos en su intento por explicar el funcionamiento y la estructura mental.

A partir de entonces, dentro del psicoanálisis apareció una gran cantidad de escuelas, corrientes del pensamiento, grupos, autores, cada uno con enfoques particulares que abrieron nuevas perspectivas tanto en la teoría como en la técnica.

El psicoanálisis como ciencia ha continuado su desarrollo. Si bien sabemos que los conceptos psicoanalíticos con frecuencia atraviesan por una evolución en que las definiciones se amplían y se contraen, nuevas relaciones se establecen entre conceptos, nuevos conceptos son introducidos, viejos conceptos adquieren significados nuevos, y también algunos conceptos obsoletos coexisten dentro de la teoría.

Así la literatura psicoanalítica contemporánea presenta diversas vertientes teóricas, entre las que destacan: a) La teoría pulsional clásica, b) Psicología del yo, c) Teoría de relaciones de objeto y d) Narcisismo y self. Todas ellas constituyen la evidencia de una gran riqueza conceptual y de un arduo trabajo científico, en los que incide el pensamiento de Sigmund Freud.

Escogimos autores de los que expondremos fragmentos de su obra, con la finalidad de apreciar los postulados teóricos, de los que se desprenden algunos elementos necesarios a contemplar en la evaluación psicodinámica. Estos autores que elegimos, a nuestro juicio son algunos de los más representativos en las diversas líneas del pensamiento psicoanalítico.

Creemos que los autores que hemos tomado en cuenta nos ofrecen una perspectiva general de la génesis de los elementos psicodinámicos. La elección de estos fragmentos responde a que en su mayoría se nos marca estadios, etapas, líneas y estructuras en el desarrollo de la

personalidad, lo que nos permiten evaluar si la maduración psicológica de un individuo va en un continuo de normalidad o en qué momento de su desarrollo se produjeron ciertos trastornos que determinaron su psicopatología actual, tareas primordiales en el trabajo de una psicodinamia.

La exposición de estos fragmentos teóricos también nos permitirá explicarnos el origen de la teoría, de la que se desprenden algunos de los elementos que más adelante utilizaremos en el análisis psicodinámico de los casos clínicos.

### FREUD Y SUS MODELOS MENTALES<sup>34</sup>

Gedo y Golberg (1980) en su libro "Los modelos de la mente" agrupa los trabajos de Freud por modelos.

Como padre del psicoanálisis, Freud fue el primero en aportar elementos psicodinámicos que intentan explicar el funcionamiento y la estructura de la mente. En el curso de su vida, desarrolló una serie de conceptualizaciones del funcionamiento psíquico y creó diversos "modelos de la mente", pasando de uno a otro cada vez que los esquemas previos no lograban explicar los nuevos datos observados en el análisis. Estos modelos de la mente son una forma especial de construcción teórica, un esquema explicativo de los datos clínicos.

a) La primera concepción de éstos, fue el modelo de *arco reflejo*. En el "Proyecto de psicología" (1895), en el que afirma que la función primaria del aparato psíquico es evitar la sobreestimulación y la forma más simple de hacerlo es mediante una descarga motriz inmediata por medio del sistema nervioso. El proceso psíquico se desarrolla en general pasando desde

---

<sup>34</sup> Éste y los siguientes apartados (*Freud y sus modelos mentales, El primer año de vida de Spitz, El nacimiento psicológico del infante humano Mahler, La línea evolutiva y los mecanismos de defensa en Anna Freud, La posición esquizoparanoide y depresiva Melanie Klein, Teoría de las relaciones de objeto de Kernberg y El self y su patología de Kohut*) se basan en *Manual para la elaboración de una psicodinámica* (sic) de Luis Vázquez García, Tesis de maestría, Instituto Sigmund Freud de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, México, D.F., 2001.

el extremo de percepción hasta el extremo de la motilidad. Las percepciones que llegan hasta nosotros dejan en nuestro aparato psíquico una huella o huella mnémica y una de sus funciones es formar lo que llamamos memoria.

- b) El segundo fue el modelo topográfico en “La interpretación de los sueños” (Freud, 1900). En este modelo se distinguen tres sistemas:

El *sistema inconsciente* que está constituido por representaciones de pulsiones que aspiran a derivar sus cargas (catexias de energía móvil que quieren salir). Este sistema funciona de un modo primitivo llamado “proceso primario” en el que se utiliza el proceso de desplazamiento y condensación. Incluye símbolos arcaicos y prelógicos, y se halla sometido al principio del placer. La barrera de represión es un proceso que se desarrolla entre la frontera de los sistemas inconsciente y preconscious y consiste en sustraer de la idea la carga preconscious y con esta carga sustraída, elaborar la otra carga para impedir que se haga consciente.

El *sistema preconscious* nace como consecuencia de la sobrecarga de la imagen. Los contenidos del sistema inconsciente nunca tienen acceso directo a la conciencia, tienen que sufrir una modificación a través del preconscious. Este sistema es dominado por “el proceso secundario” que es una organización realista lógica donde hay orden, tiempo, relación causa–efecto, donde la imagen está ligada a la verdad, por lo que se rige por el principio de realidad.

El sistema consciente en este modelo fue considerado como un órgano sensorial situado en el límite de lo interno y lo externo con capacidad para percibir procesos de una u otra procedencia. Se protege por medio de una contra—catexia. Este sistema regula la afectividad y la motilidad, calificando de normal el estado psíquico de un individuo.

- c) Un tercer modelo fue el de *narcisismo* ("Introducción al narcisismo", 1914). Una de las metáforas que utilizó para expresar este proceso fue la de los pseudópodos de una ameba que se extiende para apresar un objeto y luego retraerse de él. Con esta metáfora ejemplificó la construcción de un nuevo modelo del funcionamiento mental en donde la libido es sustraída del mundo exterior y ha sido aportada al yo, surgiendo así un estado llamado narcisismo.

En el Narcisismo hay un retiro de la libido del objeto hacia el yo; esta investidura constituye una transformación de la pulsión misma que de libido de objeto se convierte en libido narcisista.

- d) Otro modelo es el *modelo estructural*. Forjado en 1923 en el "Yo y Ello" llamado también "modelo tripartido", este modelo representa el agrupamiento de las funciones mentales.

Como sintetizara Díaz (1989) en su libro "Técnicas de la entrevista psicodinámica", (p. 15-17), "el apartado psíquico es una división hipotética de la mente en varios sistemas o instancias, constituidas por grupos de funciones, que pueden conceptualizarse como conjuntos de contenidos mentales (recuerdos, pensamientos, fantasías). Las tres instancias que lo componen, *ello*, *yo* y *superyó*, se encuentran dotadas de energía propia, capaz de actuar uno con otro, o de entrar en oposición, dando por resultado en este último caso al conflicto psíquico, cuya solución puede desembocar en la formación de síntomas o rasgos de carácter.

El *ello* es el depositario de la energía que pone en movimiento al aparato mental y contiene la expresión psíquica de las pulsiones (recuerdos, fantasías y afectos), es totalmente inconsciente. Las pulsiones son procesos dinámicos, originados en el propio organismo, consistentes en un impulso (carga energética) que hace tender al sujeto hacia un fin: será suprimir el estado de tensión o excitación que se produce por la acumulación de energía, a través de la búsqueda de descarga por mediación de un objeto del mundo externo, que per-

mita la satisfacción de la necesidad emergente. La pulsión es un concepto ubicado en el límite de lo somático y lo psíquico, es incapaz de acceder directamente a la conciencia, encontrando su descarga a través de sus alteraciones corporales, movimientos, acciones y síntomas somáticos o psíquicos. (existe pulsión sexual, o de vida y pulsión de muerte).

El *yo*, agencia más coherente u organizada que el *ello*, regula o se opone a las pulsiones mediante diversos mecanismos defensivos y es el mediador entre aquellas, radicadas en el *ello*, y las demandas del mundo externo, para lo cual debe cumplir las funciones de percibir las necesidades del individuo, las cualidades y actitudes del medio ambiente. El *yo* también evalúa e integra estas percepciones para aliviar la tensión de las necesidades y deseos a través de la desviación o disminución en la intensidad de las pulsiones o de modificaciones realistas de la situación externa, para lo cual es necesaria la integridad de otras de sus funciones, tales como: la percepción, memoria, inteligencia, anticipación, pensamiento, lenguaje, motricidad y tolerancia a la demora. El *yo* posee funciones conscientes: percepción, memoria, inteligencia, etc., e inconscientes, entre las cuales se encuentran los mecanismos de defensa, muy relevantes en cuanto a la comprensión psicodinámica de los síntomas.

El *superyó* resulta de la internalización de las demandas de las normas morales de la sociedad en que vive el sujeto. Se desarrolla gracias a la identificación con los padres y con otras personas significativas en la infancia. Designa a las funciones psíquicas que, en su expresión manifiesta, constituyen las actitudes y conciencia moral y el sentimiento de culpa. El *superyó* propiamente dicho, abarca las funciones críticas o de oposición en contra de los deseos derivados de las pulsiones provenientes del *ello*; esta lucha da como resultado una tensión que se manifiesta en forma de sentimientos de culpa o remordimientos de conciencia. Tiene además funciones de protección y recompensa, que se establecen en forma de ideales y valores (ideal del *yo*), modelo al que intenta ajustarse el sujeto y con el cual se compara. De tal comparación se deriva un mayor o menor grado de autoestima, dependiendo de la

distancia existente entre el ideal y el yo real, actual. Partes de superyó son conscientes mientras otras son inconscientes.

Otra inigualable aportación de Freud para la comprensión del desarrollo de la personalidad, es sin duda las etapas del desarrollo psicosexual en su obra "Tres Ensayos para una Teoría Sexual" (1905). En ésta postuló que a medida que se desarrolla un recién nacido, él o ella atraviesa por varios estadios psicosexuales; cada una de estas etapas o fases obtienen su nombre a partir de la parte del cuerpo que proporciona más placer durante ese período.

"A la etapa que comprende aproximadamente el primer año se le llamó *etapa oral* ya que en ella dominan obviamente los placeres sentidos con la boca tales como comer, chupar, etc. En el segundo año de su vida postnatal el niño comienza a afirmarse y a lograr control sobre las funciones del cuerpo, dando lugar a una segunda etapa: *etapa anal* en la que el ano y los estímulos asociados con la eliminación y la retención de las heces se convierten en el centro de interés del niño. Después de un tiempo, cuando ya se ha fijado el control de esfínteres, disminuye el interés por éstos y los órganos genitales se vuelven centro de atención, fuente primaria de placer, aproximadamente a la edad de cuatro años. En la *Etapa fálica*, Freud enfatizó más sobre el sexo masculino; sostuvo que durante esta etapa el niño empieza a experimentar deseos sexuales hacia su madre y quiere hacer a un lado de la competencia a su padre y llamó a esta situación *complejo de Edipo*; también esquematizó un proceso paralelo en las niñas al que denominó *complejo de Electra*. Al período que sigue a la etapa fálica Freud lo llamó *latencia*, que se desarrolla alrededor de los cinco años o seis años; como consecuencia del complejo de castración, el niño entra en una época de calma sexual, durante la cual Freud creía que el ello se aplaca, el yo se refuerza y el superyó, "heredero" del complejo de Edipo, actúa con más severidad (en la actualidad no se cree que exista una latencia absoluta, pues ésta se ve interrumpida esporádicamente por excitaciones). La situación edípica es desesperante para el niño o niña

quienes la resuelven renunciando a sus esperanzas y expectativas imposibles, a los impulsos sexuales por el padre del sexo opuesto y a los impulsos hostiles contra el padre del mismo sexo. Ocurre que el niño edípico va logrando poco a poco controlar sus impulsos, internalizando al padre rival y reprimiendo el deseo que siente por el otro. Cuando resuelve su complejo de Edipo, internaliza los objetos paternos, diferencia una organización del superyó y desarrolla una "regresión masiva" (Cameron, 1997).

Finalmente, la etapa genital durante la pubertad que conduce a la madurez sexual y al funcionamiento sexual adulto (En este momento hombres y mujeres se dan cuenta de sus diferentes identidades sexuales y buscan satisfacer sus necesidades eróticas). Un sistema debe tener su utopía y para el psicoanálisis la utopía es la "genitalidad", pues es difícil la óptima integración de las etapas pregenitales, por lo que en todo desarrollo están presente huellas de pregenitalidad (Erikson, 1973).

Se han hecho intentos por algunos autores en subdividir las fases sexuales del esquema general de Freud, entre ellas tenemos a Abraham (1927) quien las subdividió en periodos de retención y de destrucción; oral pasiva, oral agresivo, anal, fálica, edípica; Erikson (1973) las clasificó de la siguiente manera:

1. sensorio oral,
2. muscular anal,
3. locomotor genital,
4. latencia,
5. pubertad y adolescencia,
6. adultez joven,
7. adultez,
8. madurez.

Finalmente Sterba (1966) subdivide las fases en

Fase oral I –el chupeteo del placer,

Fase oral II –el placer de masticar y devorar,

Fase anal I –la erogenidad de la zona anal,

Fase anal II –la retención de las heces,

Fase genital –masturbación infantil y complejo de Edipo,

El periodo de latencia y la pubertad.

## EL PRIMER AÑO DE SPITZ

El estudio o investigación dedicado a la génesis de las relaciones del objeto, se encuentra en el libro "El primer año de vida del niño" de Spitz (1982), en donde menciona que "sin el contacto humano el niño no se puede hacer persona". Para visión panorámica, aquí esquematizamos.

### I. Etapa pre—objetal, o sin objeto (de 0 a 3 meses)

- Fase de no interacción: el recién nacido no es capaz de diferenciar un objeto de otro, no distingue al exterior (organización primitiva, llanto no diferenciado).
- Existe una barrera contra estímulos (reacciona con desagrado cuando es interrumpida)
- Empieza a reaccionar con los estímulos conocidos.
- Al segundo mes percibe visualmente la aproximación del ser humano (atención centrada)
- Esta etapa coincide más o menos con el estadio de narcisismo primario:
  - Separación de las sensaciones internas y externas (indicios de memoria)
  - El consciente y lo inconsciente (indicio del pensamiento)

- Principio de realidad
- Barrera de estímulos baja
- El yo corporal, el que más se desarrolla.

*Primer organizador*

Cuando hablamos de organizador nos referimos a la señal externa de un complejo desarrollo interno, es el resultado de la integración de cada etapa.

Desde la pasividad  $\implies$  Al comienzo de lo activo

La gestalt a la que responde el niño es la cara de un adulto, indiscriminadamente (puede ser incluso una máscara que tenga frente, ojos, nariz, boca).

II. Etapa del objeto precursor (de 3 a 8 meses)

Entre el octavo se produce un cambio en la conducta del niño, el bebé ya no responde con una sonrisa ante el extraño.

*El segundo organizador, "la angustia del octavo mes"*

Así se establece el objeto libidinal.

Otros cambios:

- En la esfera somática (corporal)

- En el aparato mental (memoria)
- En la organización psíquica (juegos)

### III. Etapa del objeto propiamente dicho (de 8 a 15 meses)

*El tercer organizador:* el "no", origen y principio de la comunicación humana.

El dominio del "no" (gesto o palabra) representa un gran progreso en el desarrollo mental y afectivo del niño; presupone la adquisición de las facultades de juicio y negación.

Las perturbaciones de las relaciones objetales por mala relación madre-hijo son:

- 1) *Repulsa activa:* repulsa global de la maternidad.
- 2) *Repulsa pasiva:* la madre no acepta al hijo por el hijo mismo.
- 3) *Solicitud ansiosa primaria:* sobreprotección de la madre; incremento de los cólicos, hipertonicidad muscular.
- 4) *Hostilidad maternal disfrazada de ansiedad:* hay poco contacto; problemas de piel, no reconoce a extraños.
- 5) *Oscilación entre mimo y la hostilidad:* trastornos de la motilidad del niño, cabeceo, balanceo.
- 6) Cambios cíclicos de la emoción de la madre: juegos fecales y copolofagia.
- 7) Hostilidad materna altamente compensada: niño hipertímico, retraso social.

### *Maternaje insuficiente*

- *Privación afectiva parcial* (depresión analítica): Estancamiento del desarrollo, rigidez facial.
- *Carencia total de afecto* (hospitalismo, orfandad): Retraso motor, expresión vacía, bajo coeficiente intelectual, no lenguaje, marasmo y muerte.

Es importante resaltar el cambio interno que sigue a cada organizador. Spitz resume así los tres estadios de la organización psíquica:

“El primer organizador de la psique estructura la percepción y establece los inicios del ego. El segundo integra las relaciones de objeto con las pulsiones y establece al ego como una estructura psíquica organizada con una variedad de sistemas, aparatos y funciones. El tercer organizador, finalmente, abre el camino para desarrollo de relaciones de objeto con el patrón humano, esto es, el patrón de comunicación semántica. Esto hace posible la emergencia del self y los inicios de las relaciones humanas en el nivel humano” (Michaca, 1987).

### EL NACIMIENTO PSICOLÓGICO DEL INFANTE HUMANO (*Mahler*)

Con este título Mahler (1977) aportó una importante obra que ha permitido desarrollar una teoría sistemática del desarrollo de las relaciones de objeto. Este estudio habla sobre la simbiosis humana y las subfases del proceso de separación—individuación.

1. Fase autista normal (0-1 mes) Sin objeto
2. Fase simbiosis normal (0-5 meses) preobjetal

(Si no se da esta etapa adecuadamente aparece el autismo patológico o el autismo secundario como regresión)

- Parte del dominio de los estados fisiológicos y el equilibrio homeostático.
- El infante se comporta y funciona como si él y su madre constituyeran un sistema omnipotente.
- Es importante el contacto cara a cara con la madre; existen problemas por falta de contacto táctil.
- La madre debe ayudar a diferenciar la experiencia placentera ("buena") y otra penosa ("mala"), base del mecanismo de la escisión.

### 3. Fase de separación-individuación (de 5 a 36 meses) objetal

("No se separa nada si antes no está unido")

Este proceso comprende 4 sub-fases:

#### Sub-fase (5 a 10 meses) "salir del cascarón"

- El bebé reconoce a mamá.
- Diferenciación y desarrollo de la imagen corporal.
- Principio de diferenciación somatopsíquica.
- Exploraciones táctiles y visuales.
- Curiosidad frente a extraños: "El yo y el no-yo".
- Dos carriles: separación e individuación.

Patologías:

- No hay sensación de fuera (interno-externo).
- Falla en los límites de su cuerpo (niño psicótico que se golpea).
- Trastornos de la imagen corporal, de alimentación y del sueño.

Sub-fase (10 a 15 meses) "Ejercitación, práctica"

a) Cuadrúpeda: el infante se aleja de su madre gateando.

- Se familiariza con el ambiente y empieza a separarse.
- Toca base y recarga baterías mediante el contacto físico.
- Conducta ambivalente: hace por separarse pero teme perder a su madre.

b) Bípeda: Es el periodo de ejercitación propiamente dicho. Caracterizada por la locomoción vertical y libre, su percepción es diferente, hay gran omnipotencia y es el periodo de más grande narcisismo.

Patologías:

- Miedo a regresar a la simbiosis.
- Problemas respiratorios demandantes (asma).
- Problemas de separación=aprensión.
- Golpes y caídas (se retrae cuando nadie lo auxilia).

Sub-fase (de 15 a 22 meses) "Reacercamiento"

- Tiene temor de saberse solo.
- Todo el tiempo con su mamá ("como sombra").
- Miedo al rengolfamiento ("madres encimosas").
- Pérdida de la omnipotencia.
- Campos de batalla: sueño, comida, control de esfínteres.
- Conciencia de sus cosas y juguetes favoritos.
- No les gusta que los cambien, los vistan, los bañen.
- Berrinches cuando no lo entienden. Demandante.
- Parte mágica que le hagan todo (18-22 meses) la mera crisis del reacercamiento.
- Se deprime si se va la mamá (objeto no integrado).
- 21 meses distancia óptima, internaliza las reglas ("No").
- Utiliza sus juegos para elaborar (terapia).
- El lenguaje se desarrolla.

Sub-fase (22 a 36 meses) "Consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetual"

- Constancia del objeto internalizado.
- El objeto ya no se cambia por otro.
- Representación del self y del objeto.

- Desarrollo de las funciones cognitivas (más lenguaje).
- El yo crece rápido.

## LA LÍNEA EVOLUTIVA Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA DE ANNA FREUD

Anna Freud (1971) plantea el prototipo de una línea de desarrollo: desde la dependencia hasta la seguridad emocional en sí mismo y las relaciones adultas objetales.

De manera resumida, las etapas numeradas por esta autora a lo largo de esta línea de desarrollo son:

1. Unidad biológica de madre y bebé en un medio narcisista.
2. Relación por apuntalamiento, de satisfacción de necesidades.
3. Logro de la constancia de objeto, aún en caso de frustración.
4. Control ambivalente y sádico sobre el objeto.
5. Etapa fálico-edípica o de posesividad y rivalidad centrada en el objeto.
6. En el periodo de latencia, desplazamiento de la libido, de las figuras parentales a los grupos.
7. La fase de preludio, retorno preadolescente a relaciones objetales de tipo arcaico.
8. Lucha adolescente por desprenderse de las ligazones objetales infantiles (Freud, A. 1971).

El concepto de defensa es parte central del psicoanálisis. Freud (1894) empleó por primera vez esta denominación en el artículo "Neuropsicosis de defensa", para indicar los rechazos instintivos

que realiza el yo. Luego lo sustituyó por la palabra *represión*, pero en 1926 en "Inhibición, síntoma y angustia" volvió a emplear la expresión *mecanismo de defensa*.

En 1936 Anna Freud hizo una contribución clásica sobre el tema a través de la publicación de su libro titulado "El yo y los mecanismos de defensa"<sup>35</sup>, en el cual trató sobre la forma como operan en el desarrollo tanto normal como patológico, su efecto en cierto tipo de padecimientos su organización jerárquica, así como su relación con las diferentes fases del desarrollo humano y su influencia misma en el proceso de maduración.

Asimismo describió nueve mecanismos de defensa: *represión, regresión, aislamiento, proyección, vuelta contra uno mismo, formación reactiva, anulación o reparación (undoing), lo opuesto* (cambio de un instinto a lo contrario), *e introyección*, y añadió un décimo, la *sublimación*, que consideró normal.

Postula que cada mecanismo defensivo está asociado cronológicamente a un estado específico del desarrollo de manera que el individuo pueda manejar la urgencia pulsional presentada en esa fase infantil. Algunos ejemplos: la regresión y la sublimación no pueden ser empleadas sino hasta relativamente más tarde en el desarrollo; la regresión o el tornarse en lo contrario son las defensas que se usan más tempranamente; la introyección y la represión se utilizan una vez que exista una diferenciación del yo con el mundo externo.

## ¿QUÉ ES EL APARATO PSÍQUICO?

El conocimiento de la estructura y funcionamiento del aparato psíquico es una condición necesaria para poder realizar una evaluación psicodinámica.

---

<sup>35</sup> FREUD, Anna, *El yo y los mecanismos de defensa*. Traducción: Y. P. Carcamo y C. E. Carcamo. Editorial Paidós, Buenos Aires, S/F.

El Dr. Miguel Kolteniuk<sup>36</sup> sintetiza la concepción dinámica del aparato psíquico de la siguiente manera:

- El aparato psíquico es una compleja organización funcional diseñada para explicar con cierta coherencia el intrincado mundo de la experiencia subjetiva y la vida mental del ser humano. Esta organización se encuentra ubicada en el espacio psíquico, aunque está estrechamente vinculada con el funcionamiento neuronal.
- El aparato psíquico está subdividido en tres localidades: consciente, preconsciente e inconsciente. Posee una dimensión simbólica (las representaciones) y una dimensión energética (las pulsiones).
- Además, está constituido por las instancias (ello, yo y superyó) encargadas de realizar funciones específicas (motivaciones, preceptuales, defensivas y de censura).
- El aparato psíquico está gobernado por tres principios: el principio del placer, el principio de realidad y el principio de Nirvana.
- Además de sus localidades e instancias, el aparato psíquico contiene los objetos internos, que determinan los vínculos con los objetos externos y posee estructuras narcisistas responsables de la constitución de la autoimagen y de la regulación de la autoestima.
- El aparato psíquico pasa por distintas fases de desarrollo que son el resultado de la interacción de los distintos medios ambientales, sobre las características innatas del individuo. Estas fases resultan ser decisivas para el desarrollo de patologías específicas y han sido descritas por numerosos autores después de Freud (Spitz, Mahler, Jacobson, Winnicott)<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> Citado por Vázquez García, op.cit. pp. 113-114.

<sup>37</sup> Citado por Vázquez García,

## LA POSICIÓN ESQUIZOPARANOIDE Y DEPRESIVA DE MELANIE KLEIN

Michaca (1967) nos señala la importancia del concepto del instinto. "Para M. Klein, el concepto de instinto tiene un papel destacado en el desarrollo de las teorías. Concibe las fantasías inconscientes como la expresión mental de los instintos y marca su presencia desde el principio de la vida".

Para Klein, la formación de las fantasías es una función del yo; es la expresión instintal a través del yo, lo que implica que éste es capaz de formar relaciones objetales primitivas impulsado por los instintos y por la ansiedad. Las fantasías inconscientes determinan, asimismo, la interpretación de la realidad, aunque influye secundariamente en ellas. La fantasía tiene también funciones defensivas, ya que la gratificación derivada de ella contrarresta la frustración del mundo externo".

Klein (1964) aborda el estudio de las relaciones objetales distinguiendo dos períodos durante el primer año de vida, que corresponden con las dos ansiedades básicas, donde es primordial el papel jugado por los instintos:

- a) La posición esquizoparanoide que se extiende desde el momento del nacimiento hasta el cuarto mes.

Desde el principio de la vida, los impulsos agresivos se dirigen contra el objeto. Los impulsos oral—sádicos propios de nuestra primera etapa se traducen en fantasías de ataque y destrucción dirigidas al pecho y cuerpo maternos (morder, devorar y robar lo que hay dentro de la madre) mientras que los impulsos sádicos-anales se corresponden con fantasías de entrar dentro de ella y dominarla desde adentro. Esto da lugar a temores de ser atacado,

destruido, vaciado y controlado de la misma forma, constituyendo estos temores posteriores expresiones características de la paranoia y la esquizofrenia.

Las defensas contra esta ansiedad son la escisión, la proyección y la introyección para mantener lo más alejado posible a los objetos buenos de los malos y así tenerlos bajo control.

- b) La posición depresiva: a partir del tercer o cuarto mes de vida, el temor de que el self sea atacado y destruido por un objeto persecutorio cede el paso al temor de que el objeto bueno sea destruido por los ataques que, en la fantasía se le han dirigido. Esta posición es el conjunto de ansiedades, padecimientos de culpa y mecanismos de defensa que se originan como consecuencia del dolor ante el daño y la pérdida del objeto amado, lo mismo que los deseos en reparación con el que el yo intentaba hacer frente a la situación de dolor y de pérdida.

El reconocimiento de sus impulsos destructivos ante su objeto amado le causa culpa, ésta a su vez, la depresión y un sentimiento de desesperación. Esta experiencia repetida le lleva a utilizar defensas de dos tipos: a) la *reparación*, que implica la posibilidad de elaborar el duelo, el dolor por la pérdida, y conduce a una mayor integración del yo; y b) la *defensa maníaca*, que surge cuando la culpa y la pérdida resultan intolerables, la relación con el objeto se caracteriza por el control, el triunfo y el desprecio (Corderch, 1991)

#### SOBRE LA METAPSICOLOGÍA (*Rapaport*)

En el capítulo IX de "Aportaciones a la teoría psicoanalítica" Rapaport (1967) expone las siguientes hipótesis metapsicológicas:

“Freud usó primero el término metapsicología para indicar que su psicología trata de lo que está más allá del alcance de la experiencia consciente. Más tarde, sin embargo, definió la metapsicología como el estudio de las suposiciones sobre las que se basa el sistema de la teoría psicoanalítica. Así la metapsicología propiamente dicha, consiste por lo tanto en proposiciones que establecen un número mínimo (necesario y suficiente) de las suposiciones independientes sobre las que está basada la teoría psicoanalítica. Además incluye los puntos de vista que guían el análisis metapsicológico de las proposiciones psicoanalíticas, tanto observativas como teóricas. Por lo que un sistema de metapsicología tiene que incluir los puntos de vista: dinámico, económico, estructural, genético y adaptativo.

a) El punto de vista dinámico

Éste exige que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico incluya proposiciones concernientes a las fuerzas psicológicas implicadas en dicho fenómeno.

Las suposiciones que pertenecen a este punto de vista dinámico es:

- Hay fuerzas psicológicas.
- Las fuerzas psicológicas están definidas por dirección y magnitud.
- El efecto de fuerzas psicológicas que actúan simultáneamente puede ser la resultante del trabajo de cada una de estas fuerzas.
- El efecto de fuerzas psicológicas que actúan simultáneamente puede no ser la resultante del trabajo de cada una de ellas.

b) El punto de vista económico:

El punto de vista económico requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico, incluya proposiciones concernientes a la energía psicológica empleada en el fenómeno.

Las suposiciones pertenecientes al punto de vista económico son:

- Existen energías psicológicas.
- Las energías psicológicas siguen una ley de conservación.
- Las energías psicológicas están sujetas a una ley de entropía.
- Las energías psicológicas están sujetas a transformaciones que aumentan o disminuyen sus tendencias entrópicas.

c) El punto de vista estructural:

El punto de vista estructural requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico, incluya proposiciones relativas a las estructuras que intervienen en el mismo.

Las suposiciones pertenecientes al punto de vista estructural son:

- Hay estructura lógica
- Las estructuras son configuraciones de cambios lentos.
- Las estructuras son configuraciones en las que tiene lugar los procesos mentales dentro de ellas, y también entre y por medio de ellas.

- Las estructuras están ordenadas según jerarquías.

d) El punto de vista genético:

El punto de vista genético requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno incluya proposiciones relativas a su origen psicológico y a su desarrollo.

Las suposiciones pertenecientes al punto de vista genético son:

- Todos los fenómenos psicológicos tienen origen y desarrollo psicológico.
- Todos los fenómenos psicológicos se originan en propiedades innatas, las que siguen el proceso de maduración según un plan básico epigenético.
- Las formas primitivas de un fenómeno psicológico siguen siendo potencialmente activas codeterminan todos los fenómenos psicológicos subsecuentes.

e) El punto de vista adaptativo:

El punto de vista adaptativo requiere que la explicación psicoanalítica de cualquier fenómeno psicológico incluya proposiciones concernientes a sus relaciones en el medio ambiente.

Las suposiciones pertenecientes al punto de vista adaptativo son:

- Existen estados psicológicos de adaptabilidad y proceso de adaptación en cualquier momento de la vida.

- Los procesos de adaptación autoplásticos y / o los aloplásticos mantienen, reconstruyen y mejoran los estados de adaptabilidad existentes y así aseguran la supervivencia.
- El hombre se adapta a su sociedad, tanto al medio físico como al humano, que son productos de la misma.
- Las relaciones de adaptación son maduras: el hombre y su medio se adaptan el uno al otro”.

### LAS FUNCIONES DEL YO SEGÚN BELLAK<sup>38</sup>

En los primeros meses de vida del niño, hemos estudiado que no es capaz de distinguir entre lo que acontece en sí mismo y lo que tiene lugar en el mundo exterior, también sabemos que a la par de su crecimiento físico se va desarrollando una estructura psíquica con funciones propias.

El definir al yo como la instancia central e integradora de la personalidad, donde el yo es el mediador entre la función de percepción y nuestra acción en el mundo exterior, nos compromete en el estudio de sus funciones.

Así nació en el psicoanálisis otra importante línea teórica y de investigación en la comprensión del yo a través de sus funciones, siendo Bellak (1973) uno de los teóricos que más ha aportado al respecto.

---

<sup>38</sup> Vid. DÍAZ Covarrubias, Hilda y otros, *Funciones del yo en esquizofrénicos y normales*, Tesis de Licenciatura, Universidad Iberoamericana, México, D. F., 1978.

Lasky (1988, p. 142-145) en su tesis de maestría "Las funciones del yo en el farmacodependiente", realiza un útil resumen que nos facilita la comprensión inicial de las doce funciones del yo propuestas por Bellak:

#### "1. Prueba de realidad

- a) Distinción entre estímulos internos y externos.
- b) Exactitud de percepción e interpretación de eventos internos, incluye el grado en que la persona se da cuenta de la exactitud o distorsión interna.
- c) Exactitud de la percepción e interpretación de eventos externos, incluyendo la orientación de tiempo y lugar.

#### 2. Juicio

- a) Anticipación de las probables consecuencias de algún comportamiento deseado.
- b) Grado en que el comportamiento manifiesto, refleja el conocimiento de sus consecuencias probables y el grado en que el comportamiento que expresa un juicio mal adaptado se repite.
- c) Propiedad del comportamiento o grado en que el sujeto sea capaz de armonizarse emocionalmente a los aspectos relevantes de la realidad externa.

#### 3. Sentido de realidad del mundo y del self.

- a) Grado de desrealización y de los estados colaterales donde la conciencia está alterada.

- b) Grado en que los eventos externos son experimentados como reales y como encajados en un contexto familiar.
- c) Grado de despersonalización y los estados colaterales donde la conciencia está alterada. El grado en que el cuerpo (o partes de éste) y su comportamiento son experimentados como familiares moderados y como pertenecientes al sujeto.
- d) Grado en que el sujeto ha desarrollado originalidad, individualidad, sentido del self, una imagen estable del cuerpo y estima propia.
- e) Grado en que las representaciones del self del sujeto son distinguidas en las representaciones del objeto, esto es, el grado en el que otras gentes son distinguidas como entidades independientes y grado en que el sujeto atribuye correctamente cuáles cualidades son representativas del self y cuáles pertenecen a otros.

#### 4. Regulación y control de afectos e impulsos

- a) La desadaptación será en función del grado en que el afecto y el impulso sean experimentados y expresados desorganizadamente.
- b) La afectividad de los mecanismos de control y demora, el grado de tolerancia a la frustración y el grado en que los derivados del impulso son canalizados a través de la ideación, expresión afectiva y el comportamiento manifiesto.

#### 5. Relaciones de objeto

- a) Grado y clase de relación con otros, grado de cercanía o distancia y el grado de flexibilidad y gusto en mantener relaciones de objeto.

- b) Maduración primitiva de las relaciones de objeto, incluyendo el grado en el cual las relaciones actuales se ven influenciadas por relaciones tempranas, ya sea adaptativa o desadaptativa.
  - c) El grado en que la persona percibe y responde a otros como entidades independientes y no como una extensión de él mismo.
  - d) Grado en que el sujeto puede mantener la constancia del objeto o sea, que soporte la ausencia física del objeto y la presencia de frustración o ansiedad relacionada al objeto.
- Grado y clase de internalización.

#### 6. Proceso del pensamiento

- a) Grado de adaptación de la memoria, concentración y atención.
- b) La habilidad de conceptualizar, esto es, el grado en que los dos modos de pensamiento abstracto y concreto, son apropiados a la situación.
- c) Grado en que el lenguaje y la comunicación reflejan el proceso de pensamiento primario o secundario.

#### 7. Regresión adaptativa al servicio del yo (RASY)

- a) Primera fase del proceso oscilatorio: grado de relajación de la agudeza perceptual y conceptual, con un incremento correspondiente en la conciencia del yo de aquellos contenidos previamente preconcientes o inconscientes y la extensión en la cual estas "regresiones" evitan la adaptación y son incontroladas.

- b) Uso controlado del proceso primario del pensamiento en la inducción de nuevas configuraciones. La extensión del incremento del potencial adaptativo como el resultado de las integraciones creativas, producidas por el uso de regresiones controladas finalmente, por el proceso secundario.

## 8. Funcionamiento defensivo

- a) En qué extensión los mecanismos de defensa, defensas caracteriológicas y otros funcionamientos defensivos han afectado en forma negativa a la ideación, conducta y nivel adaptativo de otras funciones del yo.
- b) En qué extensión las defensas han tenido éxito o han fracasado; por ejemplo: el grado de emergencia de ansiedad, depresión y/u otros afectos disfóricos.

## 9. Barrera de estímulos

- a) Grado en que los umbrales, sensibilidad o registro de estímulos externos o internos afectan diversas modalidades sensoriales (corresponde a la función receptiva).
- b) Grado de adaptación, organización e integración de respuestas a diversos niveles de estimulación sensorial; la afectividad de los "mecanismos de ajuste" en relación con el grado de estimulación sensorial, ya sea que se observe en conducta motora como en respuestas afectivas o de cognición.

## 10. Funcionamiento autónomo

- a) Grado de deterioro de los aparatos de autonomía primaria (atención, concentración, memoria, percepción del aprendizaje, funciones motoras e intención).
- b) Grado de deterioro de la autonomía secundaria (disturbio de los patrones de hábitos, habilidades complejas aprendidas, rutina de trabajo, aficciones e intereses).

## 11. Funcionamiento sintético-integrativo

- a) Grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, afectos, comportamiento, auto—representaciones, que son discrepantes o potencialmente incongruentes.
- b) Grado de afectividad conjunta tanto de eventos intrapsíquicos como conductuales. Estos eventos pueden o no ser conflictos y no están limitados necesariamente al comportamiento.

## 12.- Dominio-competencia.

- a) Competencia o qué tanto rinde el sujeto de acuerdo a su capacidad para interactuar con su medio ambiente, qué tanto lo puede dominar y afectar.
- b) El sentimiento de competencia del sujeto con respecto al dominio activo de su medio ambiente y como lo afecta; es decir, qué expectativas tienen éxito con relación a su rendimiento, cómo se siente en relación con lo que puede hacer.

- c) Grado de discrepancia entre el componente *a* y el componente *b*, es decir, entre la competencia que manifiesta y el sentido de competencia”.

## TEORÍA DE LAS RELACIONES DE OBJETO DE KERNBERG

Michaca en su obra “Desarrollo de la Personalidad, Teorías de las relaciones de objeto”<sup>39</sup>, nos ofrece una síntesis de algunas de las aportaciones de Otto Kernberg.

“a) Kernberg propone un esquema de desarrollo en cuatro fases, que muestran el desarrollo progresivo de sus unidades básicas (representación de objeto—representación del self—vínculo afectivo) y sus repercusiones en la formación de la estructura intrapsíquica y en el establecimiento de diferentes tipos de patología.

Estadio 1. Estadio primario indiferenciado o “autismo normal”

Esta fase cubre aproximadamente el primer mes de vida y precede al establecimiento de las constelaciones del self—objeto “buenas” indiferenciadas. Su prevalencia impediría la incapacidad para establecer la simbiosis y provocaría una psicosis autista.

Estadio 2. Estadio de las representaciones self—objeto indiferenciadas primarias o simbiosis normal

Bajo la influencia de la madre se forman por una parte imágenes “buenas” de representaciones self—objeto, indiferenciadas, consecuentes con experiencias gratificantes o recompensantes, mientras que por la otra se forman imágenes “malas” de representaciones self—objeto indiferenciados, donde se integran experiencias de naturaleza frustrante y dolorosa.

---

<sup>39</sup> MICHACA, Pedro. *Desarrollo de la personalidad, Teorías de las relaciones de objeto*. Editorial Pax, México, 1987, pp. 89-102.

Luego de establecerse estas constelaciones se hace un intento por “expeler” la experiencia self-objeto mala, mientras que la representación self-objeto buena se convierte en el núcleo del ego. La expulsión a la “periferia” de la experiencia psíquica, inicia la concepción de un “ahí afuera”.

Por el sexto y noveno mes comienza a haber una diferenciación entre las representaciones del self “buenas” y “malas”, así como de las representaciones de objeto “buenas” y “malas”; en buena parte determinadas por una exploración más realista del mundo externo. Desde el punto de vista de los afectos, las representaciones del self y objetos buenas se cargan con libido, mientras que las malas se cargan con agresión. Y en esta situación de diferenciación incipiente se pasa al tercer estadio.

### Estadio 3. Diferenciación de las representaciones del self de la de los objetos

Este estadio se inicia entre el sexto y el octavo mes y llega a su fin entre los dieciocho y treinta y seis meses. Con la exclusión de la sub—fase de diferenciación, corresponde al proceso de separación—individuación de Mahler.

Se inicia con la terminación de la diferenciación de las representaciones del self, de las representaciones de objeto dentro del núcleo de representaciones “buenas” del self-objeto, y posteriormente de las “malas” y concluye con la eventual integración de representaciones del self “buenas” y “malas” en un concepto del self integrado, y con la integración de las representaciones de objeto “buenas y malas” en una representación de objeto “total”, esto es, el logro de “constancia objetal”.

Una fijación a este periodo o a una regresión determina, según Kernberg, la organización de la personalidad *borderline*. Como es lógico el mecanismo de defensa prototípico de esta fase es la escisión, que al principio se utiliza más para preservar a la buena representación de contaminarse con la mala. En situaciones normales el uso de escisión disminuye con la capacidad

integrativa, pero en casos patológicos su uso aumenta, lo que lleva al paciente al síndrome de difusión de la identidad.

Estadio 4. Integración de las representaciones del self y de las representaciones del objeto, y el desarrollo de estructuras derivadas de relaciones de objeto de alto nivel intrapsíquico

Este estadio empieza al final del tercer año y dura a lo largo del periodo edípico. Se caracteriza por la presencia de un sistema de self definitivo, y de representaciones de objeto estables. En esta fase se consolidan el ego, el super ego y el ello como estructuras psíquicas totales. La psicopatología típica de esta fase está representada por la neurosis y las organizaciones de patología de carácter de alto nivel, particularmente los caracteres histéricos, obsesivo—compulsivo y depresivo—masoquista, donde los conflictos típicamente ocurren entre el yo y un superyó bien integrado pero excesivamente punitivo. Los mecanismos de defensa giran alrededor de la represión que viene a sustituir a la escisión, lo que consolida al ello como una estructura psíquica que contiene la suma de aquellas relaciones de objeto inaceptables, debido a las experiencias peligrosas, productoras de ansiedad y culpa que se encuentran involucradas en su origen. En este periodo se inicia la integración del superego como una estructura intrapsíquica independiente.

Estadio 5. Consolidación del superego e integración del ego

Empieza con la integración de todos los niveles del superyó, tanto el ideal del yo como el aspecto prohibitivo de éste, lo que disminuye la oposición entre ego y superego y alienta la identidad del ego. Se establece la estructura de carácter que representa aquellas conductas predominantemente automatizadas que devienen de la identidad del ego. Hay una relación recíproca entre el concepto del self y la estructura del carácter.

b) El siguiente material también es tomado de Michaca (1987). "Kernberg (1984) propone tres niveles de organización de la patología del carácter:

Nivel superior: (No hay conflicto con las relaciones de objeto internalizadas)

- Superyó bien integrado aunque punitivo.
- Ego bien integrado.
- Self estable, y mundo representacional estable.
- Mecanismo de defensa: represión.
- Defensas de carácter inhibitorias y reactivas.
- Ego constreñido, sin infiltración instintual.

Aquí encontramos a los caracteres histéricos, obsesivo—compulsivos y depresivo—masoquistas

En el nivel intermedio: (Hay conflicto en las relaciones objetales)

- Un superyó menos integrado e igualmente punitivo.
- Se observa una integración deficiente en la proyección parcial de núcleos del superyó.
- Cambios de humor severos.
- Aparición de defensas de carácter patológico, combinando formaciones reactivas con expresiones parciales de impulsos instintuales.
- Hay expresiones disociadas de necesidades sexuales agresivas y una "impulsividad estructurada" en ciertas áreas.

- Hay represiones y mecanismos asociados, que coexisten con escisión del ego en áreas limitadas.
- Los contenidos pregenitales predominantes reflejan algún grado de regresión de impulsos edípicos.
- Las relaciones objetales son aún estables, duraderas, profundas y tolerantes de ambivalencia.

En este nivel encontramos los tipos orales de patología de carácter, en especial los 'pasivo—agresivo'; las personalidades sadomasoquistas; personalidades narcisistas, y a pacientes con una desviación sexual cristalizada con capacidad para establecer dentro de tales desviaciones relaciones de objeto relativamente estables.

Nivel inferior (presenta una patología severa en la relación de objeto internalizada):

- Integración mínima del superyó.
- Incapacidad para experimentar preocupación y culpa.
- Rasgos paranoides claros.
- La delimitación entre el yo y el superyó está completamente borrada.
- La función sintética se aprecia seriamente dañada.
- La escisión es el mecanismo central de represión.
- Sus defensas de carácter patológico son predominantemente impulsivas, instintualmente infiltradas.
- Predominio de la agresión genital en la formación del yo y del superyó.

- Condensación de conflictos genitales y pregenitales con predominio de la agresión pregenital.
- Incapacidad para la empatía con objetos totales, las relaciones objetales son parciales. No hay constancia objetal.
- Síndrome de neutralización de la energía instintual.
- Debilidad yóica que se nota en la falta de tolerancia a la ansiedad y una falla crónica de áreas de trabajo o creativas.
- Funcionamiento cognitivo infiltrado por procesos primarios de pensamiento.

En este nivel se encuentran personalidades infantiles y narcisistas graves, todos los pacientes con estructura de personalidad antisocial, los desórdenes de carácter caótico, los caracteres 'como si', las 'personalidades inadecuadas' y muchos de los 'automutiladores', pacientes con desviaciones sexuales múltiples (o con combinaciones de desviaciones sexuales con adicción a drogas).

Todos estos cuadros patológicos quedan encuadrados en el campo de desórdenes fronterizos o 'caracteres psicóticos' o, como Kernberg los llama, 'organización de la personalidad *borderline*'.

El diagnóstico diferencial entre pacientes con trastornos fronterizos y psicóticos se centra en el mantenimiento de la 'prueba de realidad' en los primeros y su pérdida en los otros".

## EL SELF Y SU PATOLOGÍA EN KOHUT

Del resumen de la obra de Michaca<sup>40</sup> retomamos los siguientes conceptos teóricos para explicarnos el self y su desarrollo en Kohut.

---

<sup>40</sup> Ibid. pp. 102-113.

"Kohut 1971) está interesado en el narcisismo como una catexis del self.

En desacuerdo con Freud, Kohut no cree que la libido narcisista es un estado de paso hacia la libido objetal. Para él, la libido narcisista (aquella que carga al self) y la libido objetal (aquella que carga a los objetos) tienen un desarrollo independiente y una no es consecuencia de la otra.

Kohut elabora su teoría, no como una teoría de relaciones de objeto y su eventual diferenciación e internalización, sino como una teoría que trata de explicar aquellos hechos que conciernen a la estructura del self y sus *self objects*, diferenciados o no.

El self como la representación integral de uno mismo surge como resultado de la interacción entre la dotación innata del recién nacido y las respuestas selectivas de los objetos del self (los objetos que experimentamos como parte de nuestro self).

### *Desarrollo del self*

*Estadio del self fragmentado.* El recién nacido carece de un self en principio. Hay un estado de 'no relación objetal' o autista donde el sentimiento oceánico del niño le lleva a una configuración omnipotente del self no integrado.

*Estado del self cohesivo.* A éste Freud (1914) lo denominó narcisismo primario. La característica central de este estadio es que la carga libidinal es predominantemente narcisista. Si bien en este periodo comienza a haber 'relaciones de objeto' con la madre, estas relaciones son narcisistas, experimentadas por el self como una parte indistinta de él mismo.

Cuando el equilibrio del narcisismo primario se ve roto por las inevitables fallas del cuidado materno, el niño busca recobrar la perfección previa mediante a) el establecimiento de una

imagen grandiosa y exhibicionista del self: el self grandioso, y b) cediendo la perfección previa a un self—object (transicional) admirado y omnipotente: la imago parental idealizada.

*Estadio diferencial self/objeto.* La supervivencia psicológica requiere de objetos capaces de dar respuestas empáticas y mediante un proceso de estructuración llamado 'internalización trasmutadora', se cristaliza el self nuclear del niño.

La internalización trasmutadora juega un papel principal en la formación de una estructura psicológica estable que sea capaz de una creciente independencia de los objetos en el exterior. Este proceso permite al niño el paso de un estado narcisista primario a uno más evolucionado. Para que la internalización trasmutadora se dé en forma efectiva, se requiere de una 'buena maternalización', es decir, de la presencia de un self—object arcaico que satisfaga empáticamente las necesidades del niño y que lo someta a un nivel de 'frustración óptima'. Un buen self—object que cumpla la función de un espejeo y de tranquilizador cuando sea requerido, parece el mejor camino hacia la salud.

*Conciencia del self.* Existen dos configuraciones del self que funcionan como dos polos de interés: el self grandioso convenientemente integrado proporciona el combustible instintual para que se haga presente en las formas maduras de autoestima positiva, en la autoconfianza, en la capacidad para aceptar nuestros éxitos, sin vergüenza ni culpa, y asimismo la capacidad para tolerar nuestras fallas sin derrumbarnos, y en la búsqueda de la sabiduría, y particularmente del humor, ser capaces de reír de nosotros sin que esto nos destruya. Por su parte la imago parental omnipotente ha de evolucionar hacia la formación de un superyó idealizado que sirva de guía. Ya visto como una configuración madura, encontramos que en él subyacen las formas maduras de admiración por otros, nuestra capacidad para entusiasmarnos, para adherirnos a una idea o ideal

y trabajar por ello. Aquí se encuentra la base para el altruismo y el cuidado genuino de otros que nos provoca satisfacción personal, más allá del amor objetal que les profesemos.

Lo que Kohut pretende decir es que, independientemente de que seamos capaces de amar a otros, también debemos amarnos a nosotros, y que esto es narcisista, de una manera madura, pero narcisista.

Entre los dos polos descritos: las ambiciones en el self grandioso y los ideales de la imago parental idealizada, se da un marco de tensión, que involucra las habilidades reales del sujeto y que tiene que buscar un equilibrio de ambiciones y metas. De la forma en que estos tres elementos funcionen en armonía, es decir, ambiciones-capacidades-metas, la conducta será más adaptativa; en la medida en que estemos más desincronizados se presentará la patología narcisista."

#### *Patología del self de Kohut*

*Self subestimado.* Estado crónico o recurrente del self que surge como consecuencia de la falta prolongada en la infancia de respuesta estimulante por parte de los objetos del self (tales personalidades carecen de vitalidad, son tediosas, apáticas para sí y para los demás).

*Self fragmentado.* Estado crónico o recurrente del self que surge como consecuencia de la falta de respuesta integradora al self inicial. Se produce cuando nuestra autoestima ha sido puesta a prueba durante periodos prolongados y cuando no contamos con nada que la restituya (esta personalidad se fragmenta ante las desilusiones, o los triviales desaires y pierde el sentido de continuidad de su self; las partes del cuerpo no están unidas, hipocondriazas, profundas ansiedades).

*Self sobreestimado.* Estado recurrente en el cual se ve estimulado, la consecuencia de respuestas no empáticas de manera excesiva o inadecuada con respecto a la fase por parte de los objetos del self de la infancia: si se trata del polo exhibicionista-grandioso del self, la persona se inunda de fantasías de grandeza arcaicas y no realistas.

Si en los ideales ha sido sobreestimado puede desarrollar una necesidad intensa y persistente de fusión con el ideal externo.

*Self sobrecargado.* No contó con la oportunidad de fusionarse con la serenidad de un objeto self omnipotente; es un self que ha sufrido el trauma de la emotividad no compartida. Cuando un self que ha estado expuesto a comienzos de la vida a estados de sobrecarga debido a la falta de objetos del self tranquilizadores, hay ansiedad, el mundo se ve hostil y peligroso”.

## EL CUIDADO MATERNO EN WINNICOTT

Norberto M. Bleichmar y Celia Lieberman<sup>41</sup> ofrecen un excelente resumen sobre las concepciones de Winnicott en relación con el papel que desempeña la madre como objeto transicional. En esta sección nos apoyamos en estos dos autores.

### *Importancia del medio ambiente en el desarrollo mental primitivo*

Si bien en un principio Winnicott otorgó mucha importancia a las fantasías inconscientes del bebé, al punto de considerar que éste era un artifice de su medio ambiente, poco a poco fue dejando de lado esta opinión en beneficio del punto de vista opuesto. En 1936 dijo, en relación con un niño de dieciocho meses: “Observen de qué manera este pequeño se crea para sí mismo

---

<sup>41</sup> BLEICHMAR, Norberto M. y Celia Lieberman de Bleichmar. *El psicoanálisis después de Freud, teoría y clínica*. Eleia Editores. México, pp. 263-284.

un medio ambiente anormal<sup>42</sup>. Pero a medida que progresó en su pensamiento original, Winnicott acentuó cada vez más la influencia decisiva del ambiente en la determinación del psiquismo temprano.

Hacia 1960 escribió su trabajo quizá más completo sobre el papel de la madre en el desarrollo emocional del individuo. Su título es "La teoría de la relación paterno—filial". En este artículo describe exhaustivamente lo que él entiende por sostenimiento y su importancia en el desarrollo afectivo temprano. Para Winnicott el niño nace indefenso. Es un ser desintegrado, que percibe de manera desorganizada los distintos estímulos que provienen del exterior. Además de estas características innatas, el bebé nace provisto de una tendencia al desarrollo, la misma que Hartmann teorizó como "zona libre de conflictos del yo". Este "yo autónomo" abarca no sólo las funciones perceptuales, de gran importancia en los comienzos de la vida, sino también las funciones de motilidad y los instintos. La tarea de la madre es brindar un soporte adecuado para que las condiciones innatas logren un óptimo desarrollo.

En el sostenimiento hay una función fisiológica e incluso física: "El sostenimiento protege contra la afrenta fisiológica; toma en cuenta la sensibilidad epidérmica de la criatura —tacto, temperatura, sensibilidad auditiva, sensibilidad visual, sensibilidad a las caídas (acción de la gravedad)— así como el hecho de que la criatura desconoce la existencia de todo lo que no sea ella misma; incluye toda la rutina de cuidados a lo largo del día y de la noche, que no es nunca la misma en dos criaturas iguales; sigue, así mismo, los cambios casi imperceptibles que día con día van teniendo lugar en el crecimiento y desarrollo de la criatura, cambios tanto físicos como psicológicos... El sostenimiento comprende en especial el hecho físico de sostener la criatura en brazos y que constituye una forma de amar<sup>43</sup>.

---

<sup>42</sup> Citado por Bleichar y Lieberman, *ibid.* p. 263.

<sup>43</sup> *Ibid.*, p.264.

Esta protección y cuidado que debe proporcionar la madre a su hijo no tiene sólo implicancias fisiológicas destinadas a garantizar la supervivencia. En la medida que estos cuidados son provistos adecuadamente para lo cual, como indica Winnicott, es necesario sentir amor, el niño logrará integrar tantos los estímulos como la representación de sí mismo y de los demás y adquirir un yo sano. La madre funciona como un “yo auxiliar” hasta tanto el bebé logre desarrollar sus capacidades innatas de síntesis, integración, etc. El niño vive el sostenimiento exitoso como una “continuidad existencial”. Sus fallas se traducen en una experiencia subjetiva de amenaza que obstaculiza el desarrollo normal.

¿Qué es lo que capacita a la madre para proporcionar estos cuidados iniciales? Winnicott propone que durante los últimos meses del embarazo y las primeras semanas posteriores al parto se produce en la madre un estado psicológico especial, al que llamó “preocupación maternal primaria”. La madre adquiere, gracias a esta sensibilización, una particular capacidad para identificarse con las necesidades del bebé. Esta disposición especial alcanza su máxima intensidad inmediatamente después del parto y va disminuyendo poco a poco a medida que la criatura crece.

En síntesis, el sostenimiento realizado por la madre es el factor que decide el paso del estado de no-integración que caracteriza al recién nacido, al de posterior integración. Este vínculo físico y emocional entre la madre y el bebé sentará las bases para el desarrollo saludable de las capacidades innatas del individuo.

¿Qué consecuencias tiene un sostenimiento deficiente? A este tema dedicaremos el siguiente apartado. Adelantemos que cuando el “yo auxiliar” provisto por la madre resulta insuficiente, el niño puede recurrir a la construcción de una “yo auxiliar” falso del que él mismo se hace cargo. Winnicott lo bautizó “falso self”

## Self verdadero y self falso

Ya hemos señalado la fragilidad que tiene para Winnicott el *self* del niño recién nacido. Desde su punto de vista, el ser humano nace como un conjunto desorganizado de impulsos, instintos, capacidades perceptuales y motrices que, conforme progresa el desarrollo, se van integrando hasta lograr una imagen unificada de sí y del mundo externo.

El papel de la madre es proveer al bebé de un yo auxiliar que le permita integrar sus sensaciones corporales, los estímulos ambientales y sus nascentes capacidades motrices. La madre protege con su propio sostén el débil núcleo del *self* infantil.

Winnicott llama "núcleo del ser verdadero" a lo que "emana de la vida de que están dotados los tejidos del cuerpo y de la acción de las funciones corporales, incluyendo la del corazón y la respiración. Se halla estrechamente ligado a la idea de proceso primario y al principio, en esencia, no es reactivo a los estímulos externos".

En esta definición se incluyen elementos puramente fisiológicos (funciones corporales tales como la respiración o la cardíaca) y elementos que corresponden a un alto nivel de inferencia metapsicológica (como lo es el concepto de proceso primario, propuesto por Freud). Además hay otra idea: núcleo sobre el que construyen el *self* no es, al comienzo de la vida, reactivo a estímulos externos. Winnicott se hace eco en esta definición de los postulados del narcisismo primario.

¿Qué sucede cuando la madre no provee la protección necesaria al frágil yo del recién nacido? El niño percibirá esta falla ambiental como una amenaza a su continuidad existencial, la que a su vez provocará en la criatura la vivencia subjetiva de que todas sus percepciones y actividades motrices son sólo una respuesta ante el peligro al que se ve expuesto. Ya no puede sentir sus

movimientos o los estímulos externos como ensayos de autonomía de su yo inmaduro, sino que los vive como provocados desde un mundo amenazante.

Poco a poco, recurre a reemplazar la protección que le falta por una “fabricada” por él. Todo sucede como si fuera rodeado de una cáscara a expensas de la cual crece y se desarrolla el *self* del sujeto. Dice: “Entonces el ‘individuo’ se desarrolla a modo de extensión de la cáscara más que del núcleo, y a modo de extensión del medio atacante. Lo que queda del núcleo se oculta y es difícil de encontrar incluso en lo más profundo de los análisis... El ser verdadero permanece escondido y lo que tenemos que afrontar clínicamente es el complejo *ser falso* cuya misión estriba en ocultar el ser verdadero”<sup>44</sup>.

Por el contrario, cuando el medio ambiente brinda al pequeño la protección y sostén necesarios, la “cáscara” con que nace y que explica su narcisismo primario va, poco a poco, diluyéndose, permitiendo así una entrega a la experiencia de la vida interna y externa.

En su artículo “*Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso*”, Winnicott se refiere al papel de la madre en la constitución de un *self* falso. Dice “La madre ‘buena’ es la que responde a la omnipotencia del pequeño y en cierto modo le da sentido. Esto lo hace repetidamente. El ser verdadero empieza a cobrar vida a través de la fuerza que la madre, al cumplir las expresiones de omnipotencia infantil, da al débil ego del niño”.

“La madre que ‘no es buena’ es incapaz de cumplir la omnipotencia del pequeño, por lo que repetidamente deja de responder al gesto del mismo; en su lugar coloca su propio gesto, cuyo sentido depende de la sumisión o acatamiento del mismo por parte del niño. Esta sumisión constituye la primera fase del ser falso y es propia de la incapacidad materna para interpretar las necesidades del pequeño”<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> *Ibid.* p. 266.

<sup>45</sup> *Ibid.* p. 266.

Si bien el primer sentido que Winnicott le dio al falso self estaba relacionado con la psicopatología, gradualmente este punto de vista fue cambiando. Al principio consideró falso *self* como una formación presente sólo en los pacientes graves, provocado por una falla en los cuidados maternos. Existiría un sometimiento del ser verdadero al gesto de la madre; tiempo después Winnicott propuso una graduación de matices, en la que el falso self estaría siempre presente, aunque con distintos niveles de implicación patológica.

En los casos más próximos a la salud, el ser falso actúa como una defensa del verdadero, a quien protege sin reemplazar. En los casos más graves, el ser falso reemplaza al real y el individuo (así como los que lo rodean) creen reconocer el núcleo de la persona, cuando en realidad sólo conocen la "cáscara" con que se rodeó. Hay, por último, un cierto grado de existencia del falso *self* que no sólo es compatible con la salud sino que es necesario para que ésta se dé.

Al respecto, dice el autor: "En la salud, el ser falso se haya representado por toda la organización de la actitud social cortés y bien educada, por un 'no llevar el corazón en la mano', pudiéramos decir. Se ha producido un aumento de la capacidad del individuo para renunciar a la impotencia y al proceso primario general, ganando así un lugar en la sociedad que jamás puede conseguirse ni mantenerse mediante el ser verdadero a solas"<sup>46</sup>.

A continuación, veremos un ejemplo en el que se aplican estos conceptos. "El mejor ejemplo que puedo darles es el de una señora de mediana edad que tenía un ser falso muy eficaz, pero durante toda la vida había experimentado la sensación de no haber empezado a existir y de que constantemente había estado buscando un medio de llegar a su ser verdadero. Esta señora todavía se halla sometida a un análisis después de muchos años. En la primera fase de análisis exploratorio (que duró dos o tres años), comprobé que estaba tratando lo que ella había dado en llamar su 'ser custodio'. Este 'ser custodio' había hecho lo siguiente:

---

<sup>46</sup> Ibid. p. 267.

1. Encontrar el psicoanálisis.
2. Venir a comprobar el análisis para, mediante esta complicada estratagema, comprobar si el análisis era digno.
3. Traer al paciente para que la analizase.
4. Paulatinamente, después de dos o más años, pasarle la función al analista (éste fue el primer momento de profundidad de la regresión, existiendo durante unas semanas un grado elevadísimo de dependencia con respecto al analista).
5. Rondar a la paciente, reanudando a veces la custodia cuando el analista fallaba (por estar enfermo, de vacaciones, etc. )...<sup>47</sup>

El falso self, en especial cuando se encuentra en el extremo más patológico de la escala, se acompaña generalmente de una sensación subjetiva de vacío, futilidad e irrealidad. Como se ha constituido a expensas del núcleo auténtico del ser, obliga a éste a renunciar a sus impulsos (que constituyen su esencia) en pos de una "exitosa" adaptación.

### *Fenómenos y objetos transicionales*

Estos conceptos surgieron de las agudas observaciones que realizó Winnicott sobre la conducta de los niños pequeños. Es habitual ver que los bebés se llevan a la boca el pulgar o el puño con el objeto de estimular la zona oral. Este gesto no tiene, según muchos autores, como único objetivo obtener placer por la estimulación directa; otro de sus efectos consiste en lograr la discriminación entre lo que forma parte del propio cuerpo y lo que no lo constituye.

Meses más adelante el mismo niño puede haberse vuelto "aficionado" a determinado juguete u objeto: un osito, un trapo, una manta, un ovillo de lana.

Winnicott postuló que entre ambos fenómenos hay una relación. Los objetos a los que nos referimos constituyen la “primera posesión no-yo” del niño y, como tales, son una especie de puente tendido entre el mundo interno del pequeño y su mundo externo. Precisamente por su carácter de intermediación los llamó “fenómenos y objetos transicionales”.

Los objetos transicionales pueden ser entendidos desde diversos puntos de vista; en un primer momento Winnicott les otorgó esencialmente un papel maduracional, más tarde fue ampliado el uso del concepto. El artículo donde estudia más exhaustivamente los objetos transicionales y el primero que los describe, fue presentado como una conferencia ante la Sociedad Psicoanalítica Británica en 1951. Allí estudia el alcance del concepto, a la vez que brinda algunos ejemplos clínicos muy ilustrativos.

En términos generales, podríamos decir que el concepto de objeto o fenómeno transicional recibe tres usos diferentes: uno de tipo evolutivo (etapas del desarrollo), otro vinculado con las ansiedades de separación y las defensas contra ellas (un nivel defensivo), define por último, un espacio dentro de la mente del individuo. Todos estos puntos de vista relacionan la idea de objeto transicional con la salud mental. Winnicott propone, además, que en determinadas condiciones el fenómeno u objeto transicional puede tener una evolución patológica e incluso asociarse específicamente a ciertas condiciones anormales.

El objeto transicional parece jugar un importante papel en el proceso de maduración del niño. Al ser algo que no está definitivamente adentro ni definitivamente afuera del bebé, le serviría para poder experimentar con estas situaciones y para ir demarcando sus propios límites mentales en relación con lo interno y lo externo. Cuando el niño manipula el osito o la mantita adquiere sensaciones que le sirven para establecer sus límites corporales.

El recién nacido vive en un estado de dependencia absoluta respecto de su madre. La dirección del desarrollo en condiciones ambientales favorables lleva gradualmente al logro de la indepen-

---

<sup>47</sup> Ibid. pp. 267-268.

dencia y a una creciente diferenciación entre lo interno y lo externo. El objeto transicional está ubicado en una zona intermedia, en la que el niño se ejercita en la experimentación con objetos que, aunque están afuera, él siente como partes de sí mismo. ¿Cómo se construye el objeto transicional?

Para explicarlo, Winnicott se remonta al primer vínculo del niño con el mundo externo, la relación con el pecho materno. Citemos al autor: "La madre coloca el pecho real justo allí donde el pequeño se halla dispuesto a crear, y lo hace en el momento apropiado"<sup>48</sup>. Esto produce en el niño una ilusión de omnipotencia, el pecho es vivenciado como una parte de su propio cuerpo. Una vez lograda esta omnipotencia ilusoria, la madre debe, idealmente, ir desilusionando al niño poco a poco. La meta de este segundo paso es lograr que el bebé adquiriera la noción de que el pecho es una "posesión", en el sentido de un objeto, pero que no es él ("me pertenece pero no soy yo").

El objeto transicional ocupa un lugar que Winnicott llama *de la ilusión*. A diferencia del pecho, que no está disponible constantemente, el objeto transicional es conservado por el niño. Es él quien gradúa la distancia entre ambos. Cuando siente que no lo necesita lo deja a un lado y, por el contrario, cuando precisa de él, lo reclama.

Las madres, en general, respetan intuitivamente el apego de sus hijos a los objetos transicionales. No hay madre sensible que no recuerde haber llevado el osito de trapo de su niño cuando salieron de viaje o que no se lo haya dado si el niño debía dormir por una noche fuera de casa.

El osito de trapo tiene un rol en la elaboración de los sentimientos de pérdida frente a la separación con la madre. Este es un segundo sentido con el que Winnicott conceptualiza el objeto transicional. Dice al respecto: "puede surgir alguna cosa o fenómeno –tal vez un ovillo de lana en

una esquina de la manta o del edredón, o una palabra, o una tonadilla, o algún amaneramiento – que se haga de vital importancia para el pequeño a la hora de acostarse y que sea una defensa contra la angustia, especialmente la de tipo depresivo”<sup>49</sup>.

Como estos objetos “representan” a la madre, es decir al objeto libidinal, es esencial que ella sea vivida como un objeto bueno.

Cuando en el interior del niño el objeto materno está dañado, es poco probable que aquél recurra de manera constante a un fenómeno transicional. Así es posible ver cómo, cuando la madre se ausenta por un tiempo prolongado, en general disminuye el apego al objeto transicional. Todos hemos observado múltiples ejemplos que podrían ser considerados como expresión de objetos y vínculos transicionales. Winnicott sintetiza las características que considera comunes a dichos objetos:

- El niño afirma una serie de derechos sobre el objeto que son respetados por los adultos.
- El objeto es afectuosamente acunado y excitadamente amado y mutilado.
- No debe cambiar a menos que el niño así lo desee.
- Debe sobrevivir al amor, al odio, y de ser el caso, a la agresión pura.
- Al niño debe parecerle que da calor, se mueve, tiene ternura o que hace o posee alguna cualidad que le da realidad propia.
- Si bien para nosotros procede del exterior, desde el punto de vista del pequeño esto no resulta tan obvio. Para él, sin embargo, está claro que no procede del interior, es decir que no es una alucinación.

Desde estas características hay una que quisiéramos destacar: la que se refiere a la necesidad de que el objeto sobreviva a la agresión. Este rasgo es de gran importancia, ya que la única for-

---

<sup>48</sup> Ibid. p. 269.

ma en que el niño podrá neutralizar su agresión y darle posteriormente un fin constructivo será a través de notar que ésta no destruye a los objetos, tanto externos como internos. En la medida que el objeto transicional no resulta dañado irreversiblemente por los impulsos agresivos del niño, el objeto interno que va construyendo se hace más fuerte y aumenta la capacidad de neutralizar la agresión en la criatura.

Una vez que la manipulación del objeto transicional permitió al niño instaurar en su interior un objeto bueno suficientemente indemne, sigue un paso importante: es menester alejarse del objeto transicional. Esto se produce a través de la diversificación de fenómenos y objetos transicionales. En todos nosotros este proceso deja una huella: queda en la mente del individuo un espacio que, al igual que el objeto transicional, es intermedio entre lo interno y lo externo. En este espacio se desarrollan muchas de las actividades creativas del hombre y también allí se produce el proceso analítico. Para dar un ejemplo, un cuadro o una pieza musical no es para el artista una parte de sí mismo, con todos los atributos que eso implicaría. Pero tampoco está por completo fuera de él. Ocupa un lugar ambiguo, de tal forma que "representa" al mundo interno para el exterior y, en cierto sentido, "representa" a la realidad para sí mismo.

Nuestro autor se refiere de la siguiente manera a esta última aplicación del concepto de objeto transicional: "Esta zona intermedia de experiencia, indisputada en lo que hace su pertenencia a la realidad interior o exterior (compartida), constituye la mayor parte de la experiencia del pequeño y es retenida a lo largo de toda la vida dentro de las intensas experiencias propias del arte, la religión y el vivir imaginativo, así como de la labor científica creadora"<sup>50</sup>.

El objeto transicional es susceptible de tener una evolución patológica. Según el autor hay tres cuadros en los que adquiere especial importancia: el fetichismo, la adicción y el robo.

El objeto adictivo, el fetiche o lo robado constituirían sustitutos del primitivo objeto transicional. Winnicott lo refiere de la siguiente manera: "Puede plantearse la *adicción* en términos de

---

<sup>49</sup> Ibid. p. 270.

<sup>50</sup> Ibid. p. 271.

regresión a la fase precoz en que los fenómenos transicionales no son disputados. Puede describirse el *fetichismo* en términos de la persistencia de un objeto específico o de un tipo de objeto que data de la experiencia infantil dentro del campo transicional, enlazada con la desilusión de un falo materno. La *pseudología fantástica* y el robo pueden ser descritos en términos de la necesidad inconsciente y apremiante que siente el individuo de tender un puente sobre la laguna de la continuidad de la experiencia con respecto al objeto transicional<sup>51</sup>.

Para el caso del desarrollo patológico Winnicott cree, como en otros problemas, que son las fallas maternas, inconstancia en el vínculo, dificultad emocional en el contacto y otros, las que terminan por alterar el desenlace normal del objeto transicional.

#### *Desarrollo emocional primitivo*

Winnicott, en "Desarrollo emocional primitivo" (1945), plantea una hipótesis acerca de la evolución que sigue el ser humano desde su nacimiento hasta los primeros años de vida. Propone que la maduración emocional se da en tres etapas sucesivas: la de la integración y personalización, la de adaptación a la realidad y la de preinquietud o crueldad primitiva.

*La integración y la personalización:* Winnicott afirma que el bebé nace en un estado de no-integración. Los núcleos del yo están dispersos y para el bebé estos núcleos están incluidos en una unidad que forma él con el medio ambiente. Es un periodo de dependencia absoluta.

La meta de esta etapa es la integración de los núcleos del yo y la personalización, es decir, adquirir la sensación de que el cuerpo aloja al verdadero *self*. Explicaremos ambos procesos por separado. Aunque es importante recordar que se dan simultáneamente y están íntimamente relacionados.

---

<sup>51</sup> Idem.

La integración se logra a partir de dos series de experiencias:

- Por un lado, tienen especial importancia los cuidados de la madre, quien “recoge los pedacitos” del yo y le permite al niño sentirse integrado dentro de ella. Ya vimos al principio de este capítulo el papel de las técnicas de cuidados infantiles, las que Winnicott dice que consisten fundamentalmente en proteger del frío, bañar, acunar, nombrar, etc.
- Por otro lado, hay un tipo de experiencias que podrían agruparse bajo el término de instintivas, “que tienden a reunir la personalización en un todo partiendo desde dentro”<sup>52</sup>.

Desde el nacimiento el bebé pasa por periodos fugaces de integración, que se van haciendo progresivamente más duraderos. Llega por fin un momento en que la criatura ha logrado, merced a las experiencias que acabamos de describir, reunir los núcleos de su yo y adquirir la noción de que él es distinto del medio que lo rodea.

Este es un momento “peligroso” para el bebé, ya que el exterior puede ser sentido como perseguidor y amenazante. Nuevamente es la madre quien asume la responsabilidad de protegerlo del mundo externo. Las amenazas quedan neutralizadas dentro del desarrollo sano normal por la existencia del cuidado por parte de la madre.

El otro objetivo del desarrollo emocional en este período es la personalización, definida por Winnicott como “el sentimiento de que la persona de uno se halla en el cuerpo propio”<sup>53</sup>. Si bien el autor no hace una referencia explícita al hecho, parece evidente que la idea de personalización surgió a estados tempranos del desarrollo.

---

<sup>52</sup> Ibid. p. 272.

<sup>53</sup> Ibid. p. 273.

En torno a esta idea Winnicott construye una teoría en la cual propone que el desarrollo normal llevaría al logro de un esquema corporal, lo llama *unidad psíquesoma*. Al igual que la integración, la personalización requiere una feliz confluencia de cuidados maternos satisfactorios y experiencias instintivas.

Si bien las alteraciones de la integración y la personalización se expresan principalmente en los trastornos psicóticos, Winnicott aclara que todos los adultos y niños normales pueden pasar por estados de despersonalización o no integración en condiciones de fatiga extrema o al enfrentarse con problemas emocionales muy intensos.

Hay, finalmente, una experiencia relacionada con la no integración. Se trata de la *disociación*. En ésta persiste un cierto grado de separación entre distintos fragmentos del yo. Sucede, para mencionar sólo algunos ejemplos de esta situación, en el sonambulismo o en la dificultad para percibir que la madre que frustra es la misma que proporciona las experiencias placenteras.

*Adaptación a la realidad:* A medida que el niño progresa tenemos a un ser humano con un yo relativamente integrado y con la sensación de que el núcleo del sí mismo habita en su propio cuerpo. Él y el mundo son dos cosas separadas.

El siguiente paso es llegar a una relación óptima con ese mundo externo. En otras palabras, lo que debe lograr es la adaptación a la realidad.

Recordemos que si el bebé tiene hambre puede alucinar algo que sacie su apetito. La madre ofrece en ese momento su pecho, un objeto real. Esto constituye el primer aporte que hace la madre para aproximar al pequeño a la objetividad. "El bebé alucina algo que puede ser atacado y entonces la madre le acerca el pezón real. El niño siente que eso es lo que acaba de alucinar y ... sus ideas se van enriquecidas por los datos reales de la vista, el tacto, el olfato... De esta

manera el pequeño empieza a construirse la capacidad para evocar lo que está realmente a su disposición"<sup>54</sup>.

La madre tiene un importante rol: proveer a la criatura de los elementos de la realidad con que construir la imagen psíquica del mundo externo. Para Winnicott, la fantasía precede a la objetividad y el enriquecimiento de aquélla con aspectos de la realidad depende de la ilusión creada por la madre. Todo reposa en el vínculo temprano del niño con su madre. Evidentemente el acoplamiento entre la alucinación infantil y los elementos de la realidad aportados por la madre nunca podrán ser perfectos. Sin embargo, el infante puede vivirlo como casi óptimo gracias a una parte de la personalidad del niño que se ocupa de "llenar" el vacío entre la alucinación y la realidad. A este aspecto de la psique humana Winnicott lo bautizó "la mente".

Se refiere a ella de la siguiente forma: "La actividad mental del pequeño hace que un medio ambiente *suficiente* se transforme en uno perfecto, es decir convierte el fallo de adaptación en un éxito. Lo que libera a la madre de la necesidad de ser casi perfecta es la comprensión del pequeño"<sup>55</sup>.

Este concepto adquiere importancia en determinados cuadros patológicos. Si el medio ambiente no proporciona los cuidados que el psiquesoma siente como elementales, la mente se ve obligada a una sobreactividad en la que "...el pensamiento del individuo empieza a asumir el control y a organizar el cuidado del psiquesoma, mientras que en condiciones saludables esto es función del medio.

En estado de salud, la mente no usurpa la función del medio, sino que posibilita una comprensión, y eventual aprovechamiento, de su fallo relativo"<sup>56</sup>.

---

<sup>54</sup> Ibid. p. 274.

<sup>55</sup> Ídem.

<sup>56</sup> Ídem.

*La crueldad primitiva:* hasta aquí la criatura ha logrado no sólo sentirse a sí misma como un ser distinto a los demás y ante el medio, sino también adaptarse en cierta medida a la realidad a través de absorber pautas objetivas de ella que modifican sus fantasías. A través de su "mente" aprendió a "llenar" el vacío que existe entre el sostenimiento adecuado y el perfecto y esto mejoró sustancialmente sus relaciones con el mundo.

El último paso que debe dar es integrar en un todo las distintas imágenes que tiene de su madre y del mundo. Winnicott piensa que el niño pequeño tiene una cuota innata de agresividad que se expresa en ciertas conductas autodestructivas (chuparse el pulgar hasta hacerse daño, meterse el puño en la boca aún a riesgo de ahogarse, etc.). El bebé repliega su odio sobre sí mismo para preservar el objeto externo. Pero esta maniobra no resulta suficiente. En su fantasía, la madre puede resultar intensamente dañada.

Por otro lado la madre es, además del objeto que recibe en ocasiones la agresión de la criatura, quien lo cuida y protege. Podríamos dibujar un circuito en el cual el bebé expresa rabia y recibe amor, con lo cual se confirma no sólo que la madre ha sobrevivido sino que es un ser separado del niño. La criatura adquiere la noción de que sus propios impulsos no son tan dañinos y puede, poco a poco, aceptar la responsabilidad que tiene sobre ellos.

Simultáneamente, la madre cuidadora y la madre agredida van acercándose en la mente del pequeño, quien adquiere así la capacidad de preocuparse por su bienestar como objeto total. Esto constituye el gran logro de lo que Winnicott identifica como la última de las etapas del desarrollo emocional primitivo, aunque, aclaremos, es altamente frecuente que no se complete en la infancia.

Para quien conozca la teoría kleiniana de la posición depresiva<sup>57</sup> es evidente su influencia sobre Winnicott. En efecto, la idea de la fase de preinquietud está relacionada directamente con ella, tal como lo reconoce Winnicott. El problema terminológico implicado al cambiar el nombre de “depresiva” por el de “inquietud” es explicado por Winnicott a partir de la connotación patológica que tiene el término “depresivo”. Cree que es incorrecta dicha denominación ya que esta fase, al igual que la posición descrita por Melanie Klein, son componentes normales del desarrollo emocional.

¿Qué sucede si la madre no puede proporcionar los cuidados necesarios en esta etapa? En la fantasía del niño, sus impulsos agresivos habrían triunfado con fatales consecuencias. Si el único reaseguro para la criatura de que sus fantasías no son mortales es la supervivencia del objeto, que se expresa en la reiteración de los cuidados y la entrega de amor, es fácil advertir la repercusión que podría tener en ella en esta provisión de afecto. En primera instancia, en la mente del niño persistiría la separación de la madre dañada y la madre amorosa. En segundo lugar, la incapacidad para sentir inquietud se expresará en una imposibilidad para realizar actividades reparatorias. Mencionemos que la reparación está en la base de todas las actividades creativas. Así, una perturbación en la maduración emocional dará como resultado un individuo temeroso de sus propios impulsos, sin capacidad creativa alguna y, probablemente, con un mundo externo e interno fragmentados, como reflejo de la imagen materna escindida que guarda en su interior.

Antes de terminar esta parte del capítulo destinada a describir la teoría winncottiana del desarrollo, quisiéramos insistir en algunas de sus características relevantes.

La maduración emocional del ser humano transcurre desde una etapa de dependencia absoluta a una independencia. En el recorrido que el niño debe realizar para alcanzar independencia la madre juega un papel fundamental, no sólo para la conservación de la vida en términos

---

<sup>57</sup> Bleichmar y Lieberman ponen como ejemplo a Melanie Klein.

biológicos, lo que parece obvio, sino para la construcción de un mundo interno suficientemente integrado.

La agresión del niño no responde únicamente a una vocación destructiva innata. Por el contrario, expresa una esperanza, la de ser amado y comprendido. El niño manifiesta a través de sus impulsos, en ocasiones agresivos, la necesidad de que le respondan: "no me has destruido", "te amo y te protegeré". Este es el puente que tiende la criatura hacia el mundo externo. De la respuesta de la madre depende que pueda lograr una adecuada adaptación a la realidad.

Tómese en cuenta, por lo tanto, que la realidad es al mismo tiempo la que frustra y la que gratifica.

El éxito en este desarrollo se evidencia por la capacidad para la creatividad y la fantasía, que serían esenciales en el adulto sano.

### *Ideas sobre la comunicación*

Dijimos que para Winnicott el ser verdadero es el núcleo de la personalidad y permanece oculto. El falso *self* lo encubre en mayor o menor grado, conformando así cuadros de distinto matiz de salud o enfermedad. Se considera normal un cierto nivel de "encubrimiento" del ser verdadero, es lo que hemos descrito, a través de las palabras del propio Winnicott, como "un no llevar el corazón en la mano".

Winnicott aplica estas ideas al considerar los resortes de la comunicación interpersonal. Tradicionalmente, se considera la ausencia de comunicación en el análisis como una resistencia. Desde esta perspectiva, la negativa del paciente a comunicar sus sentimientos o ideas es perjudicial para el tratamiento. Para vencer este obstáculo se han propuesto diversos instrumentos técnicos.

Winnicott no lo entiende así. Puesto que en el verdadero *self* persiste, en la medida que le sea permitido, un cierto nivel de clandestinidad, la no comunicación podría tener una meta saludable: la de preservar al ser verdadero. Propone que la falta de comunicación con el mundo externo puede corresponderse con un momento de la comunicación con el mundo interno y que ésta, a su vez, ayuda a instaurar un sentimiento de realidad. La tesis central de su teoría sería la siguiente: "...en la personalidad sana o normal hay un núcleo que equivale al ser verdadero de la personalidad escindida, y sugiero que este núcleo nunca se comunica con el mundo de los objetos percibidos, y que la persona, el individuo, sabe que no debe establecerse comunicación con dicho núcleo ni dejar que la realidad externa influya en él"; más adelante agrega: "...una de las bases importantes para el desarrollo del ego reside en el campo de la comunicación individual con los fenómenos subjetivos, comunicación que por sí sola proporciona el sentimiento de realidad"<sup>58</sup>.

El sujeto que no se comunica momentáneamente con el mundo externo probablemente lo esté haciendo con sus objetos internos o subjetivos, como los llama Winnicott, y esta comunicación le brinda un sentimiento de realidad que no siempre se logra por la comunicación con los objetos externos.

Propone distinguir dos formas de incomunicación: *la simple y la activa*. En la primera, la persona estaría momentáneamente relacionada con sus objetos internos. Puede ser considerada un descanso del que se retorna fácilmente a la comunicación. La incomunicación activa, por el contrario, podría significar una necesidad exacerbada de contacto con el ser verdadero, en búsqueda de lograr un sentimiento de realidad del que carece. Podríamos preguntarnos en este caso hasta qué punto son sentidas como reales las expresiones del mundo externo. El caso extremo de este tipo de incomunicación se ejemplifica con el autismo. El enfermo tiene una comunicación intensa y absorbe con su propio mundo y los seres humanos que le rodean no suscitan en él respuestas comunicacionales.

---

<sup>58</sup> Ibid. p. 277.

El replegamiento, utilizado en una forma saludable y tolerado por el terapeuta, puede tener una capacidad curativa por sí mismo. "La preservación del aislamiento personal forma parte de la búsqueda de identidad y de la instauración de una técnica personal de comunicación que no conduzca a la violación del ser central"<sup>59</sup>.

El antecedente evolutivo de esta adquisición se halla en cierto momento de la vida infantil en la que el niño logra estar a solas en presencia de otro, sin sentir angustia y sin ello abandonar la identificación con el objeto. Sería como un estado intermedio en el cual "estoy con el otro, pero sin por ello dejar de ser yo mismo".

### *¿Qué es lo que enferma?*

Winnicott dedicó gran parte de sus esfuerzos por entender el origen de las enfermedades mentales, a dos entidades psicopatológicas: la psicosis y la tendencia antisocial o psicopatía. Además escribió un trabajo referido a los trastornos de carácter y a su tratamiento analítico, donde los vincula con la tendencia antisocial.

En lo que respecta a la neurosis típicas, Winnicott respetó en primera instancia la teoría clásica, que las explica a través del complejo de Edipo.

Los principales elementos patógenos en la teoría winnicottiana son, como vimos, los fallos ambientales y sus consecuencias sobre la estructuración del *self* verdadero y falso. A continuación discutiremos cómo se aplican estas ideas a cada un cuadro clínico.

En el tránsito de la dependencia absoluta a la independencia el bebé necesita un medio que le brinde la posibilidad de expresar libremente sus impulsos y le proporcione un sentimiento de continuidad existencial. Si la madre tiene éxito en esta vital misión, el niño podrá integrar los

---

<sup>59</sup> Ibid. p. 278.

núcleos del yo que en un principio están dispersos. Cualquier falla en la provisión materna es sentida como un ataque al núcleo del *self*.

El resultado de ataques sostenidos es que el núcleo de la personalidad del bebé, representado por sus impulsos instintivos, se defiende del ambiente hostil. Forma una coraza a través de someter una parte de su persona al medio atacante: esta coraza es el falso *self*. Los ataques impiden, además, la integración de los núcleos del yo. La precariedad de este estado hace que cualquier estímulo proveniente del exterior sea sentido como una amenaza. La salida que le queda al sujeto es el replegamiento patológico y su única posibilidad de comunicación es con el ser verdadero escondido en su interior. Toda otra relación es sentida como irreal.

Refiriéndose a la psicosis, Winnicott dice: "Etimológicamente<sup>60</sup>, esta enfermedad está ligada con el fallo ambiental, es decir con el fallo del medio ambiente en su misión de posibilitar los procesos de maduración en la fase de doble dependencia (dependencia absoluta)"<sup>61</sup>.

La ubicación temporal de este proceso no está muy clara en la obra de Winnicott. "Como ya he dicho, en el transcurso de estas primeras semanas, meses, años, el pequeño adquiere también la capacidad para relacionarse con los objetos, habita en su propio cuerpo y en las funciones del mismo, y experimenta un sentimiento de 'Yo soy' mostrándose dispuesto a enfrentarse a cuanto le espere.

Estos avances en el individuo, que se apoyan en los procesos de maduración, son los que constituye la salud mental. Es a la antítesis o reverso de estos mismo procesos a lo que debemos dirigirnos para comprender los trastornos de la personalidad de tipo esquizoide".

Otro trastorno en el que la falla ambiental en el que la falla ambiental tiene un importante papel patógeno es la psicopatía o tendencia antisocial.

---

<sup>60</sup> *Psicosis* proviene de las raíces griegas *ψυχή*, alma humana, y *-σις*, estado irregular o enfermedad.

<sup>61</sup> Bleichmar, Norberto M. y Celia Lieberman de Bleichmar, op. cit. p. 279.

En su artículo "Clasificación: ¿Existe una aportación psicoanalítica a la clasificación psiquiátrica?" Winnicott escribe: "Es preciso, en primer lugar, tratar de definir la palabra 'psicopatía'. En este contexto yo lo utilizo –creo que justificadamente– para describir una afección adulta consistente en una delincuencia no curada. El delincuente es un niño, o una niña, antisocial que no ha sido curado... hay lógica en la actitud implícita de que 'el medio ambiente me debe algo' que adopta el psicópata, el delincuente y el niño antisocial... Mi tesis principal en este sentido es que, en esencia, la inadaptación y demás derivados de este tipo de trastorno consisten en una inadaptación originaria del medio ambiente al niño que se produjo en una fase no lo bastante precoz para dar origen a una psicosis. El énfasis recae en el fallo ambiental, y la patología, por tanto, está principalmente en el medio ambiente, y sólo de manera secundaria en la reacción de niño"<sup>62</sup>.

Por otra parte la tendencia antisocial, lejos de expresar impulsos agresivos y vengativos respecto del medio ambiente frustrante, es una manifestación de esperanza de que éste note el fallo y lo corrija. La psicopatía sería un estado más avanzado del trastorno, en el cual se produce un endurecimiento de las defensas ante el "desengaño total".

Un tercer desorden mental que mereció el interés de Winnicott fue la caracteropatía. En su trabajo "Psicoterapia de los trastornos de carácter", define a éstos como "...una deformación de la estructura del ego, si bien la integración no desaparece por ello" y más adelante aclara: "...el valor del término corresponde específicamente a una descripción de la deformación de la personalidad que se produce *cuando el niño necesita dar cabida a cierto grado de tendencia antisocial*".<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> Ibid. pp. 278-279.

<sup>63</sup> Ibid. p. 280.

Este punto de vista constituye el origen de una propuesta terapéutica específica diseñada en tres pasos sucesivos. En primer lugar, el analista debe ayudar al paciente a disecar el conflicto hasta llegar a la enfermedad que se encuentra oculta tras la caracteropatía (en este caso la meta es descubrir la tendencia antisocial). Un segundo paso constituye el enfrentamiento con la tendencia antisocial y, una vez analizada suficientemente, será posible el último escaño del tratamiento, en el cual el análisis deberá tener en cuenta la deformación del ego y la explotación a que éste se ha sometido durante sus intentos de autocuración.

### *El sostenimiento en el setting analítico y la regresión*

Winnicott cree que el encuadre analítico reúne las condiciones necesarias para favorecer la regresión del paciente. Si bien esta idea está presente en muchos de los modelos psicoanalíticos, en Winnicott asume características especiales.

En primer lugar, debemos aclarar que para nuestro autor la regresión es un retorno a etapas muy primarias del desarrollo emocional del ser humano en las que el mundo no era otra cosa que la relación diádica con la madre. En este sentido el espacio de la sesión brindará una segunda oportunidad para el desarrollo, otorgando esta vez el sostenimiento "suficientemente bueno que el individuo no tuvo en su infancia".

¿Qué es lo que confiere al encuadre analítico esta capacidad? Mencionaremos algunos de los factores involucrados: el analista brinda una presencia predecible, está allí, se preocupa por el paciente, expresa su amor y su odio (más adelante discutiremos este punto), no juzga moralmente el material que le es presentado, ni a la persona que se lo presenta. En síntesis: "El marco

del análisis reproduce la técnicas de maternalización más tempranas. Invita a la regresión por su confiabilidad”<sup>64</sup>.

Pero si bien ésta es una condición ambiental que predispone a la regresión, debe identificarse un factor de índole endopsíquica necesario para que se produzca.

Winnicott propone que cuando los fallos ambientales tempranos son repetitivos existe un *congelamiento de la situación de fracaso*. Todo sucede como si en el momento en que éste tuvo lugar, se dio una acumulación de ideas, recuerdos y sentimientos relacionados. Esta acumulación expresaría la esperanza de que en el futuro pueda surgir una oportunidad, es decir un medio favorable, para que todas esas sensaciones sean expresadas y superadas.

El análisis vendría, entonces, a llenar un vacío en la historia del sujeto que quedó a la espera de ser colmado. “En la teoría del desarrollo del ser humano hay que defender el *self* contra un fracaso específico del medio mediante la *congelación de la situación de fracaso*. Junto a esto va la suposición inconsciente (susceptible de convertirse en una esperanza consciente) de que más adelante habrá oportunidad para una experiencia renovada en la cual la situación de fracaso pueda ser descongelada y reexperimentada, con el individuo en estado de regresión, dentro de un medio que esté realizando una adaptación adecuada. Afirmó, pues, la teoría de que la regresión es parte de un proceso curativo...”<sup>65</sup>.

Resumamos lo dicho hasta aquí. El análisis, en la medida que reúne las condiciones de un sostén, promueve la regresión a una situación de fracaso ambiental vivida en la primera infancia. El proceso analítico que inaugura esta situación retoma el desarrollo del sujeto en aquel punto donde quedó congelado a consecuencia de la falla en el medio ambiente.

---

<sup>64</sup> *Ibid.* p. 281.

<sup>65</sup> *Ídem.*

De estas ideas puede deducirse que Winnicott concibe la regresión como una vuelta al estado de dependencia del niño, en el que los instintos están desorganizados y su mundo está constituido básicamente por la relación diádica con la madre.

Las pulsiones fálicas, genitales y anales tienen un papel secundario en el proceso. Podríamos incluso afirmar que ni siquiera se jerarquizan las pulsiones orales, ya que el vínculo madre-hijo no está concebido como ámbito en el que jueguen un papel principal dichas pulsiones, sino como un tipo de relación en la que ambos protagonistas participan de manera total. Es la cualidad emocional del contacto lo que importa y en el análisis lo que se revive en la regresión es precisamente esto.

La regresión en un marco adecuado tiene un efecto curativo por sí misma. El proceso analítico puede ser resumido en la siguiente secuencia:

- 1) La provisión de un marco que inspira confianza.
- 2) La regresión del paciente a un estado de dependencia con la debida sensación de riesgo que ello comporta.
- 3) El paciente tiene un nuevo sentido de ser y el ser hasta ahora oculto se rinde ante un yo total. Se produce una nueva progresión de los procesos individuales que se habían detenido.
- 4) Hay una descongelación de la situación de fracaso ambiental (que es sentida en la transferencia como fracaso del analista).
- 5) Partiendo de una oposición de mayor fuerza del yo, el paciente se permite sentir ira con el fracaso ambiental precoz, vivenciado y expresado en el presente.
- 6) Retorno de la regresión a la dependencia, siguiendo un proceso ordenado hacia la independencia.
- 7) Las necesidades y deseos instintivos se hacen realizables con auténtica vitalidad y vigor.

El paciente en regresión no recuerda su pasado sino que lo vive. Él está en el pasado. El estado regresivo favorece las actuaciones. Esto debe ser comprendido por el analista como parte de la regresión y no como complicaciones del tratamiento. En las actuaciones el analizado podrá revivir el fracaso ambiental y la externalización de su enojo permitirá la superación de aquél y el logro de un nuevo sentimiento del *self*.

¿Cómo se puede asegurar que un paciente está en regresión? Winnicott cree que en la regresión el vínculo entre analista y analizado es diádico. No hay, como sucede en las neurosis de transferencia, un tercer sujeto, ausente de la sesión. El marco del análisis representa a la madre con su técnica de maternación y el paciente es un niño pequeño.

No todos reaccionan de igual manera ante la regresión. La cuota de dolor que ésta implica depende de la estabilidad emocional del sujeto. Cuanto más sana es la estructura psíquica del individuo, más angustia despierta el retorno a la dependencia absoluta. Por el contrario, en las personas con graves perturbaciones psiquiátricas, el dolor proviene de los sentimientos de futilidad e irrealidad que lo embargan más que de la relación dependiente.

Este tipo de vínculo exige del analista una actitud muy especial, dado que lo que se espera de él es que actúe con una sensibilidad extrema. Tal como la madre en los primeros meses de vida, deberá poder percibir lo que el paciente necesita. Muchas veces es necesario guardar absoluto silencio o mantenerse totalmente inmóvil para no obstaculizar el proceso que se desarrolla en el interior del paciente. Otras, especialmente cuando se produce la actuación, la verbalización del fenómeno tranquiliza al paciente y le permite recordar el fracaso ambiental original que dio lugar a la enfermedad.

En resumen, el psicoanalista debe lograr una identificación tal con el paciente que le permita intuir qué es lo que necesita de él, tal como se espera que lo haga una madre “suficientemente buena”. La condición de ser “suficientemente bueno” no excluye la posibilidad de fracasos en la adaptación. Pero éstos, lejos de ser considerados como factores negativos, jugarán un importante papel en la curación. Las fallas, verbalizadas por el paciente y admitidas por el analista, permitirán que la ira original salga a la vez. Sólo después de que esto haya sucedido, será posible alcanzar un nuevo sentimiento de realidad.

#### *La transferencia en la teoría de Winnicott*

Resulta fácil comprender que, dado el papel que se le adjudica a la regresión en la teoría de Winnicott, deberán surgir modificaciones en el concepto de transferencia.

El paciente regresivo transita por un estado de desintegración del yo que le dificulta estructurar una neurosis de transferencia. En cambio, como ya lo mencionamos, revive como si fueran actuales emocionales primitivas. En estas condiciones el marco psicoanalítico adquiere más importancia que la interpretación, ya que cumple la función de sostén. Los éxitos que el analista tenga en adaptarse a las necesidades regresivas del paciente, son aprovechados por éste para retomar el desarrollo emocional que había quedado interrumpido. Los fracasos, como ya dijimos, sirven para recuperar la vivencia de las malas experiencias originales.

#### *La explicación del odio contratransferencial*

Hay pacientes en los que el sentimiento predominante es la ambivalencia. Las fallas en la adaptación ambiental temprana fueron tan grandes que no conciben la posibilidad real de ser amados.

En estos casos, Winnicott propone que “si el paciente busca odio objetivo o justificado, debe ser capaz de encontrarlo, de lo contrario es imposible que se crea capaz de encontrar amor objetivo”<sup>66</sup>.

En otras palabras, lo que sugiere es que el analista explicita al paciente los sentimientos adversos que suscita. Si no lo hace, tampoco será posible que el paciente crea en el amor que el analista siente por él. La expresión “odio objetivo” se refiere a los sentimientos que el analizado despierta en su terapeuta, ya depurados de los conflictos neuróticos que éste puede estar depositando en el vínculo.

### *El rol de la familia y las instituciones en el tratamiento de los enfermos mentales*

La jerarquización del rol de la madre en la superación de los conflictos infantiles lo llevó a optar, en algunos casos, por brindar un soporte terapéutico a la madre de los pequeños para que fueran éstas las que rectificaran sobre la marcha sus errores y ayudaran a sus hijos a superar sus problemas. En ocasiones, las entrevistas con la madre tenían lugar con varios meses de diferencia y los encuentros con el niño eran ocasionales. El único fin que éstos perseguían era ajustar el diagnóstico o detectar los conflictos que la madre era incapaz de percibir.

---

<sup>66</sup> Ibid. p. 283.

# Capítulo 3

## PSICODINAMIA Y VIÑETAS CLÍNICAS

¿Qué es la psicodinamia y cuál es su objetivo?, en relación con el análisis psicodinámico de los pacientes drogadictos, ¿qué postulados teóricos lo sustentan?, ¿cuáles son los aspectos que se deben considerar?, ¿cómo se elabora una viñeta?, ¿qué y cómo se interpreta? En este capítulo nos concentraremos en resolver éstas y otras cuestiones relacionadas con la psicodinamia; para ello nos basamos en las conclusiones y los conceptos de Luis Vázquez García en su *Manual para la elaboración de una psicodinámica*<sup>1</sup>.

Una vez clarificada la manera de hacer una psicodinamia, procedemos a la exposición de las viñetas clínicas de los pacientes que analizamos, Soledad, Lulú y Salvador, ¿qué conclusiones podemos obtener después de aplicar el análisis psicodinámico?, ¿cómo podemos evaluar su estado psíquico?, ¿cuál es el diagnóstico de cada uno? y finalmente ¿qué papel tienen los aspectos psicodinámicos y las primeras relaciones de objeto en el consumo de drogas?.

Conviene aclarar, como ya se ha evidenciado hasta aquí, que el referente teórico en que nos basamos es la teoría general del psicoanálisis, pues desde este punto de partida, como dice el mismo Vázquez, llegaremos a comprender el por qué de la conducta adictiva de los pacientes.

## EL CONCEPTO DE PSICODINAMIA Y SU CONTEXTO METODOLÓGICO

El concepto de psicodinamia nace dentro de la teoría general del psicoanálisis. Desde que Freud (1923) escribió "El Yo y Ello", los conceptos de ello, yo y superyó contenidos en esta obra, han dado dirección a la teoría *psicodinámica*, en la que se considera a los fenómenos psíquicos como la resultante de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas. Este enfoque implica la existencia de una estructura de la que emanan, controlan, canalizan y dirigen estas fuerzas.

Lo *psicodinámico* se refiere tanto a las teorías del funcionamiento psíquico como a las técnicas terapéuticas basadas en tales teorías. Por lo que el sistema psicodinámico es una organización conceptual formada por funciones mentales entrelazadas. Este sistema se ha ido elaborando en los últimos setenta años como un intento por hacer más tangible el comportamiento humano.

El concepto de psicodinamia ha influido directamente sobre la práctica psicoanalítica y, en menor medida, en la psicología, la psiquiatría, en la teoría, en la experimentación, en la psicoterapia y en los estudios sociales.

Aparte del método psicoanalítico el concepto de psicodinamia tiene relación con otros métodos; tal es el caso del método hermenéutico-dialéctico que está concebido y diseñado especialmente para el descubrimiento, la comprensión y la explicación de las estructuras o sistemas dinámicos que se dan los seres humanos o en la organización y dinámica de grupos de personas, étnicos o sociales.

De esta manera el psicoanálisis (y los elementos psicodinámicos) son vistos como una disciplina hermenéutica cuyo propósito es el análisis de su objeto de estudio (los procesos inconscientes) por medio del método de la interpretación, con el cual el analista encuentra la coherencia profun-

---

<sup>1</sup> Vázquez García, Luis. Op. cit.

da del relato del paciente, rescata los significados latentes de la misma y la configura como historia en la que se recupera esa subjetividad lastimada del enfermo.

Por último, el método de "historia de vida" o estudio de casos mantiene una estrecha relación con el reporte psicodinámico.

Martínez (1999) "nos dice que en el método de historias de vida se toma al sujeto y al individuo como el centro mismo del conocimiento, no como una técnica de estudio, sino como el método adecuado a conocer, pues es el único hombre que existe en la realidad concreta, y es en su historia donde se le puede captar con toda su dinámica. Al conocer el sujeto, se conoce el grupo y la cultura tal como se dan en concreto, de manera subjetiva, vivida. Sólo en el sujeto total, en su praxis real, lo social-subjetivo existe, y es posible, así exorcizar las abstracciones sujeto y sociedad"<sup>2</sup>.

Cuando se elabora una psicodinamia se hacen sin duda de la historia de vida del paciente un método de estudio. La teoría psicoanalítica se ha desarrollado actualmente más con el apoyo, de métodos como éste.

### **DELIMITACIÓN DEL SIGNIFICADO DEL TÉRMINO<sup>3</sup>**

De acuerdo con Kolb (1976), la orientación evolucionista proviene directamente de Darwin y más tarde de Herbert Spencer, quienes influyeron en las teorías del neurólogo inglés John H. Jackson (1835-1911) quién elaboró una de las teorías evolucionistas para explicar las funciones del sistema nervioso en estado de salud y de condiciones patológicas.

---

<sup>2</sup> Citado por Vázquez, *ibid.* p. 11.

<sup>3</sup> *Ibid.* p. 97.

El mundo científico tuvo su primer contacto con la influencia de los procesos puramente psicológicos sobre los síntomas de una enfermedad, gracias a Antón Messmer (1734-1815) quien aportó una explicación descriptiva del mesmerismo e introdujo el hipnotismo. A. Liebault (1823-1904) aprendió a usar ampliamente el hipnotismo en sus pacientes y fue él quien enseñó la técnica a Jean Martín Charcot (1825-1893) quien afirmó que “la hipnosis eran manifestaciones de anormalidad y que el estado hipnótico sólo ocurría en individuos histéricos”<sup>4</sup>. La fama y las múltiples publicaciones de Charcot hicieron que muchos vinieran a estudiar con él, entre ellos Bernheim, Pierre Janet, Sigmund Freud.

Estos antecedentes históricos dieron paso al nacimiento de las psicoterapias psicodinámicas (primera connotación que tiene el término en estudio), las cuales sustentan que la dificultad emocional en la personalidad del paciente tiene su origen en ciertas experiencias psicológicas importantes, y que se han desarrollado de acuerdo a ciertos procesos dinámicos que producen trastornos psicológicos. Así, las terapias psicodinámicas son: los conocimientos cuyo objetivo es comprender las influencias y procesos de maduración psicológicos que determinan la psicopatología.

Una de estas escuelas psicodinámicas es sin duda el psicoanálisis de Freud, teoría que es fundamentalmente psicogenética y evolucionista; su objetivo es descubrir los conflictos motivadores que determinan la conducta, ya sea normal o patológica. Como ninguna otra escuela, el psicoanálisis se aventuró a elaborar un concepto de la estructura y desarrollo de la personalidad.

En esta corriente, el punto de vista psicodinámico considera a los fenómenos psíquicos como resultante de un conflicto entre fuerzas psíquicas opuestas, cuya presencia implica, como dijimos, la existencia de una estructura en la cual estas fuerzas se controlan, canalizan y a la cual se dirigen.

---

<sup>4</sup> Citado por Vázquez, ídem.

Dentro del método psicoanalítico, el término psicodinamia es utilizado como un intento de explicación de la perturbación actual del paciente, en función de su desarrollo y experiencias vitales, en términos de juego de fuerzas existentes entre sus instancias psíquicas (yo, ello y superyó), influido y moderado por las presiones del mundo externo.

Una explicación psicodinámica de la sintomatología del paciente nos debe aclarar qué le pasa, cómo le pasa, dónde y por qué le pasa, auxiliados nosotros por todo un marco teórico psicoanalítico. En el ámbito psicoanalítico ha sido acuñada con el nombre de "psicodinamia" (clave: psicodinámica, evaluación psicodinámica, formulación psicodinámica, etc.)

También conviene aclarar que para llegar a una explicación psicodinámica existen pasos previos, como la entrevista, la historia clínica, el examen mental y el diagnóstico clínico. A estos pasos previos se les da un matiz psicodinámico, siempre y cuando la forma de preguntar, evaluar y diagnosticar del terapeuta se dirija a buscar líneas de desarrollo que nos expliquen los procesos dinámicos que dieron lugar a conflictos psíquicos que produjeron alguna patología.

## **ANTECEDENTES DE MODELOS DE PSICODINAMIAS**

Son muy escasas las publicaciones, son pocos los autores que directamente abordan el tema de la psicodinamia, además cada uno de ellos hace hincapié en determinados elementos teóricos, dando así origen a algunos modelos para la elaboración de una psicodinamia. Expondremos a continuación algunos de ellos.

## EL MODELO DE LA EVALUACIÓN METAPSICOLÓGICA DE LA PERSONALIDAD DE ANNA FREUD

### *PERFIL ADULTO:*

**1. Motivo de consulta.** Síntomas, ansiedades, inhibiciones, dificultades, anormalidades y fracasos del funcionamiento, "*acting out*" en el entorno, incapacidad para realizar las potencialidades inherentes, detenimientos del desarrollo que llevan a una estructuración deficitaria del yo y del superyó, etc.

Siempre que sea posible, será conveniente discriminar entre razones manifiestas y latentes por las que el paciente acude a consulta.

**2. Descripción del paciente basada en las impresiones obtenidas directa o indirectamente de la entrevista.** Apariencia personal, estados de ánimo, modales, afectos, actitudes, etc.

**3. Antecedentes familiares (pasados y presentes) e historia personal.** (Datos proporcionados por el paciente o inferido de otras fuentes).

**4. Circunstancias ambientales posiblemente significativas.** Según la evaluación del entrevistador y, si es posible, también del paciente:

- a) En relación con el momento de la consulta;
- b) En relación con la motivación de los trastornos, según la evaluación del propio paciente y del entrevistador.
- c) En relación con los vínculos entre la patología individual y la familiar y con su interacción.

## 5. Determinación de las posiciones de los instintos, del yo y del superyó.

### A. De los instintos.

#### 1. Libido. Se estudiará y determinará:

##### a) Posición de la libido.

Se describirá la posición actual, en referencia con la posición normal ideal a la que debería haber llegado el paciente; en caso de las mujeres, la posición femenina pasiva; en el caso, de hombres, la posición masculina activa con la mezcla considerada normal en función de la bisexualidad. En el momento de la determinación es importante establecer si se ha alcanzado el nivel óptimo, si se lo ha conservado o si se ha regresado a niveles anteriores. Cuando el paciente ha llegado a la posición adulta, es preciso determinar la calidad y la cantidad de las inferencias atribuibles a fases previas.

##### b) Distribución de la libido.

- *Catexia del sí—mismo*. Se indagará si el sí—mismo está catectizado y si existe una suficiente carga de narcisismo (primario y secundario) en el cuerpo, el yo y el superyó, que garantice la propia consideración, la autoestima y el bienestar, sin llegar a la sobreestimación. En lo posible se tomará en cuenta la regulación del narcisismo, observando si éste es el resultado de identificaciones, de la dependencia de los objetos, de los recursos mágicos del trabajo, etc. En el adulto, ciertos datos acerca de la carga del self pueden ser inferidos a partir de factores tales como la apariencia personal del paciente, su modo de vestir, etc. (mientras que, en este sentido, la apariencia personal de un niño refleja más bien la actitud del adulto hacia él).
- *Catexia de los objetos* (pasado y presente, animados e inanimados). En este caso los trastornos deben ser descritos desde el punto de vista de su causa predominante en una

de las siguientes fases: narcisistas, de satisfacción de necesidades, de la estabilidad objetal, preedípica, edípica, postedípica y adolescente. Como rubros anteriores, la evaluación comenzará por el nivel óptimo; es decir, en este caso, el nivel en que los objetos son considerados y tratados como iguales por derecho propio.

Se determinará:

- si el paciente ha sido capaz de elegir su pareja sexual y en qué medida esa pareja satisface sus necesidades objetales;
- si ha logrado la actitud necesaria para la maternidad o la paternidad y en que nivel;
- si ha superado los vínculos edípicos infantiles o si éstos aún ocupan el primer plano;
- qué participación tienen otras relaciones humanas, como, por ejemplo, amistades, vinculación con grupos (o evitación de tales vínculos), relaciones de trabajo, etc.
- sobretodo qué participación tienen por una parte, las catexias objetales heterosexuales y por otra, las catexias objetales homosexuales;
- si hay excesivo retiro de la libido del mundo de los objetos reales y si se busca la satisfacción sexual por medio de la masturbación (acompañada de fantasías dirigidas a los objetos);
- en qué medida el paciente está ligado a objetos tales como animales, posesiones, dinero, etc., que actúan como sustitutos o extensiones de vínculos con otros seres humanos.

## 2. Agresión

Se observará en qué medida la agresión se halla bajo control; mientras al mismo tiempo está puesta al servicio de la personalidad en lo que se refiere a la vida sexual, el trabajo y las actividades sublimatorias.

Se indagarán los datos pertinentes mediante el examen de las defensas contra la agresión:

- a) *cuantitativamente*, es decir, de acuerdo con su presencia o ausencia en el cuadro manifestado;
- b) *cualitativamente*, es decir, de acuerdo con su correspondencia con una determinada posición de la libido;
- c) de acuerdo con su dirección o distribución, es decir, hacia el mundo de los objetos (dentro o fuera de la familia), hacia el sí-mismo o hacia ambos. En caso de la agresión dirigida hacia el sí-mismo, se determinará si se orienta al cuerpo o, a través del superyó, hacia el yo;
- d) de acuerdo con los métodos y actividades defensivas empleados para enfrentarla.

### B. Yo y superyó

- a) Se examinará y evaluará la integridad o los mecanismos yóicos que sirven a la percepción, la memoria, la movilidad, etc.

- b) Se examinará y evaluará en detalle la eficiencia o las fallas actuales de las funciones yóicas (memoria, prueba de realidad, síntesis, control de la movilidad, lenguaje, proceso secundario, etc.). En lo posible se comparará su estado actual con su funcionamiento antes del comienzo del trastorno.
- c) Se observará si el yo siente el peligro como proveniente del mundo externo, del ello o del superyó y si, por consiguiente, experimenta la ansiedad predominantemente en términos de temor a la aniquilación, angustia de separación, culpa, etc.
- d) Se examinará en detalle el estado de organización defensiva, tomando en cuenta:
- si la defensa es utilizada específicamente contra impulsos, afectos y ansiedades (en cuyo caso éstos deben ser identificados), o de manera más general contra la actividad impulsiva y la satisfacción instintiva como tal;
  - si la organización defensiva es madura; es decir, si depende de la estructura superyóica del paciente;
  - si ha permanecido inmadura o ha regresado a etapas presuperyóicas, es decir, si el control del ello depende del mundo de los objetos;
  - si los mecanismos defensivos predominantes son arcaicos o más evolucionados (por ejemplo, negación y proyección en el primer caso, o formación reactiva y sublimación en el segundo);
  - si la organización defensiva es equilibrada; en otras palabras, si el yo dispone de toda una gama de los mecanismos importantes o si se limita al empleo excesivo de los más primitivos;
  - si las defensas resultan eficaces, en especial para enfrentar la ansiedad, y si producen equilibrio, desequilibrio, labilidad, movilidad, rigidez o formación de síntoma en la estructura.

e) Se detectarán todas las interferencias secundarias de la actividad defensiva con el funcionamiento yóico, que constituyen el precio que el paciente debe pagar por el mantenimiento de su organización defensiva.

f) Se estudiará el estado del superyó en relación con:

- el nivel de estructuración (detenido, deficitario, maduro, etc.),
- sus fuentes (cuando resulten obvias),
- sus funciones (de crítica, de determinación de finalidad y dirección, de satisfacción),
- su eficiencia (respecto del yo y del ello),
- su estabilidad (bajo el impacto de presiones internas y externas),
- el grado de su participación secundaria sexual o agresiva (en el masoquismo, en la melancolía, etc.)

C. (A + B) Reacción de la personalidad total ante determinadas situaciones, demandas, tareas, oportunidades, etc.

El desarrollo instintivo y el desarrollo yóico son considerados ahora en términos de su interacción y de su reacción ante situaciones específicas. ¿Cuáles pueden ser estas situaciones? La actitud global del paciente con respecto a su vida sexual; su éxito o fracaso en el trabajo; su actitud ante responsabilidades sociales o comunitarias; su mayor o menor capacidad para disfrutar de la camaradería de las relaciones sociales y de los planes habituales de la vida; su vulnerabilidad ante las decepciones, pérdidas, desgracias, fatalidades o cambios ambientales de todo tipo, y su capacidad o incapacidad para soportarlos.

## 6. Determinación de los puntos de fijación de las regresiones

Puesto que se supone que los trastornos del carácter, las neurosis y algunos desordenes psicóticos, en contraste con las personalidades instintivas atípicas, se basan en fijaciones a diversos niveles primitivos y regresiones instintivas a dichos niveles, la ubicación de los puntos de fijación es una de las preocupaciones esenciales del diagnosticador. En el momento del diagnóstico inicial, los mencionados puntos están indicados por:

- a) el tipo de las relaciones objetales del paciente, de su actividad instintiva y por influencia de ambos factores en el funcionamiento yóico, cuando aquéllos se hallan manifiestamente por debajo del nivel adulto;
- b) ciertas formas de conducta manifiesta que son características de un determinado paciente y que permiten extraer conclusiones acerca de los procesos del ello subyacentes que a pesar de haber sufrido represiones y modificaciones dejaron una huella inequívoca. El mejor ejemplo es el franco carácter obsesivo, en el que la pulcritud, el orden, la puntualidad, la contención, la previsión excesiva, las dudas, la indecisión, etc., revelan la particular dificultad experimentada por el paciente ante los impulsos de la fase sádico—anal, y ponen de manifiesto una fijación en esta fase. De la misma manera otras formas de carácter u otras actitudes son prueba de una fijación a otros niveles o en otras áreas. La exagerada preocupación por la salud, por la seguridad de la pareja, de los hijos, de los padres o los hermanos, indican una especial dificultad para enfrentar los deseos de muerte; el temor a los medicamentos y las rarezas de los hábitos alimenticios ponen de manifiesto defensas contra fantasías orales; la timidez revela una defensa contra el exhibicionismo, etc;
- c) las fantasías del paciente. En ocasiones ciertos pacientes adultos están más dispuestos que los niños a hablar de sus fantasías durante el período diagnóstico. Otros datos a es-

te respecto se obtienen mediante los test de personalidad (naturalmente, en el curso del análisis la fantasía consciente e inconsciente del paciente proporciona la mayor información acerca de momentos patogénicamente importantes de su desarrollo);

- d) aquellos síntomas en que las relaciones entre lo superficial y lo profundo se hallan firmemente establecidas, no son susceptibles de modificación y resultan obvias para el diagnosticador (por ejemplo, los síntomas de la neurosis obsesiva con sus conocidos puntos de fijación); por el contrario, los síntomas de causalidad múltiple tales como los accesos de angustia, el insomnio, los vómitos, ciertas formas de cefalea, etc., no brindan una información genética clara en el período de diagnóstico.

## 7. Determinación de los conflictos

Al estudiar los conflictos que predominan en la personalidad de un individuo, es posible evaluar:

- el nivel de madurez, es decir, la relativa independencia de la estructura de su personalidad;
- la gravedad del trastorno, si lo hay;
- la intensidad de la terapia requerida para aliviar o eliminar el trastorno.

Desde el punto de vista cualitativo, los conflictos, que deben ser descritos de manera detallada, pueden ser clasificados como sigue:

- a) *Conflictos externos*. En el adulto, los enfrentamientos directos entre las demandas insintivas y las externas surgen sólo cuando existe un desarrollo deficiente del yo y del superyó. Los conflictos entre la personalidad total y el medio (negativas a adaptarse al am-

biente, intentos creativos para modificarlo) pueden tener lugar en cualquier momento a partir de la adolescencia y no son patógenos.

- b) *Conflictos internalizados*. En el adulto maduro totalmente estructurado, las discordias entre los deseos instintivos y las exigencias externas tienen por mediadores al yo y al superyó y aparecen como conflictos internalizados. En ocasiones tales conflictos son externalizados y surgen entonces bajo la forma de enfrentamiento con el ambiente.
- c) *Conflictos internos*. Entre representantes instintivos incompatibles o insuficientemente fusionados (tales como ambivalencia no resuelta, actividad versus pasividad, masculinidad versus feminidad, etc.).

#### **8. Determinación de ciertas características generales que tienen relación con la necesidad de terapia analítica y con las posibilidades de eficacia de ésta**

Una visión metapsicológica global del paciente le permitirá al analista evaluar, por una parte la necesidad de cambios internos que tiene aquél y, por otra las posibilidades de producir dichos cambios por medio del tratamiento analítico.

En relación con la necesidad de cambios internos corresponde considerar los siguientes puntos:

- si el ello y el yo del paciente han sido separados de manera demasiado drástica por el empleo excesivo de la represión y si es necesario establecer una mayor comunicación entre ambos;
- si la esfera de la influencia del yo ha sido indebidamente restringida por las defensas y necesita ser ampliada;

- si el control del yo sobre los impulsos se halla debilitado por razones que son de naturaleza defensiva (por deficiencias yóicas), si la mejoría puede depender del afecto fortalecedor que la terapia tiene sobre los recursos del yo;
- si la estructura superyóica es arcaica y, mediante el análisis de sus fuentes, necesita ser remplazada por una más madura;
- si las energías libidinales y agresivas, o solamente la libido o la agresión, participan de las contracargas, los conflictos y la formación de síntomas y necesitan ser liberadas para la utilización con fines constructivos.

Las siguientes características, actitudes y circunstancias pueden contribuir a una reacción positiva o negativa a la terapia psicoanalítica.

En cuanto al aspecto positivo:

- la conciencia por parte del paciente acerca de la naturaleza nociva de su patología, lo cual incluye el deseo de ser curado;
- la capacidad del paciente para la autoobservación y la autocrítica, así como su capacidad para pensar y verbalizar;
- un nivel suficientemente evolucionado en las relaciones objetales del paciente y un monto de libido objetal libre que sea suficiente para establecer una relación transferencial significativa con el analista, relación que deberá servir de alianza terapéutica, soportando los altibajos provocados por las resistencias;
- una adecuada tolerancia a la frustración que permite aceptar las limitaciones que el encuadre transferencial impone a la satisfacción de los deseos;

- un monto suficiente de tolerancia a la tensión que haga posible soportar el incremento de las ansiedades, causado por la aparición de los conflictos y el debilitamiento de las defensas durante el proceso analítico;
- las pruebas que el paciente haya ofrecido anteriormente de su capacidad para perseverar ante las dificultades;
- la existencia (pasada o presente) de sublimaciones establecidas que testimonien la capacidad del paciente para desplazar y neutralizar, así como para aceptar satisfacciones sustitutivas;
- en ausencia de sublimaciones establecidas, la evidencia de un potencial sublimatorio que haya sido inferido de la patología;
- flexibilidad de la libido (como opuesto de adhesividad);
- una visión general optimista y positiva de la vida (como opuesto de un pesimismo invalidante).

En cuanto al aspecto negativo,

- un monto peligrosamente escaso de la tolerancia a la frustración y a la ansiedad, asociado con la renuencia a abandonar los beneficios secundarios de la enfermedad;
- el hecho de que la patología del paciente sea parte de un encuadre familiar o profesional patológico, con la consiguiente imposibilidad de modificarla sin causar desequilibrios y trastornos considerables en la situación externas;

- actitudes extremas de autocastigo, autodestrucción y masoquismo que encuentran su satisfacción en la enfermedad y se oponen a la mayoría; en otras palabras, actitudes que provocan reacciones terapéuticas negativas.

## EL MODELO DE CODERCH

En su libro "Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica" (1990), Coderch contempla los siguientes elementos que se deben de tomar en cuenta en la formulación diagnóstica de una psicodinamia:

- a) la fuerza y funcionamiento del yo;
- b) las relaciones que mantienen el yo con los objetos internos y la de éstos entre sí;
- c) las ansiedades predominantes y los mecanismos con los que el yo se defiende de ellas; la fuerza de las pulsiones eróticas y de las destructivas;
- d) la manera como el yo satisface los impulsos, deseos y necesidades, a la vez que se adapta a las presiones y demandas externas;
- e) la severidad y dureza, o tolerancia y benevolencia del superyó;
- f) los sentimientos de culpa;
- g) las necesidades de castigo;
- h) el tipo de sexualidad;
- i) la capacidad del paciente para fantasear y verbalizar sus fantasías;
- j) la existencia en el paciente de una actitud de búsqueda interna, con deseos de hallar una explicación de sus dificultades en su propia mente o si, por el contrario, necesita darse en todo momento una argumentación de tipo externo, presentándose simplemente

- a sí mismo como una víctima o como un producto de las circunstancias, con ceguera frente a su propio comportamiento y sentimiento;
- k) el tipo de relación que intenta establecer con el terapeuta, como reflejo de las relaciones que mantiene con los objetos internos;
  - l) la capacidad de comprensión interna, o "*insight*", como respuesta a alguna breve y sencilla explicación que pueda ofrecerle el terapeuta frente a determinado aspecto del material expuesto;
  - m) hasta qué punto, en el trato con los otros, predomina la realidad externa de éstos, o si son utilizados principalmente a nivel transferencial, es decir, como producciones en el exterior de las imágenes internas;
  - n) la existencia del deseo de comunicarse con el terapeuta, de darle a conocer sus sentimientos y fantasías, o, por el contrario, de predominio de la identificación proyectiva no comunicativa, es decir, del intento de invadir y controlar la mente del terapeuta proyectando pensamientos y partes del self en el interior de éste;
  - ñ) el tipo de fantasías, conscientes e inconscientes, acerca del tratamiento."<sup>5</sup>.

#### MODELO DE LA PSICOLOGÍA DEL YO (Mackinnon y Yudofsky)

Una formulación dinámica con el modelo de la psicología del yo describirá la naturaleza de los deseos y miedos inconscientes, las defensas características y los patrones resultantes de inhibición, síntoma o trastorno del carácter durante la vida del individuo; también le dará importancia a los derivados de los impulsos sexuales y agresivos en la fase edípica, así como

---

<sup>5</sup> Ibid. p. 111.

a los conflictos intrapsíquicos residuales y los compromisos defensivos que determinan la formación de síntomas en el carácter.

El conflicto es la esencia de este modelo. En un diagnóstico de acuerdo con este marco teórico, se identificarán los conflictos del paciente con la meta de encontrar un pequeño número de asuntos básicos que corren en el curso de su padecimiento, que pueden ser trazados desde atrás de su historia personal, observando cuáles han sido los intentos para resolver dichos conflictos.

En este modelo, para cada paciente uno se debería preguntar cuáles son los elementos del conflicto, qué función tienen y sus consecuencias en la vida mental del sujeto<sup>6</sup>.

Este enfoque teórico le da menos importancia a las interacciones interpersonales y a las influencias preedípicas o más tempranas en el desarrollo.

#### MODELO DE LAS RELACIONES DE OBJETO (Estrada y Salinas)

La clave psicodinámica que se hace siguiendo la teoría de las relaciones de objeto, formada por las aportaciones de muchos pensadores analíticos, considera el desarrollo de las estructuras psíquicas a través de la construcción del niño de representaciones del self y objetos.

Estas representaciones varían desde las más primitivas y fantásticas, hasta las relativamente realistas, y están asociadas con una amplia variedad de efectos (por ejemplo, enojo, tristeza, sentimientos de seguridad, miedo y placer) o de deseos y fantasías sexuales, de control o de devorar y ser devorado. Los impulsos crecientes del niño con sus representaciones, sentimientos contradictorios del self y sus objetos tienden a dividirse en imágenes buenas y malas. En este nivel temprano del desarrollo, se puede sentir que se tienen dos madres: una buena, gratificante y otra mala, frustrante.

---

<sup>6</sup> Para ampliar el tema, Vázquez remite a Brenner, ídem.

En un sentido más amplio, esta teoría representa el estudio psicoanalítico de la naturaleza y el origen de las relaciones interpersonales y de la naturaleza y el origen de las estructuras intrapsíquicas que derivan de relaciones internalizadas del pasado.

Las relaciones de objeto (o "relaciones de objeto internalizadas") se refieren, no a la relación interpersonal, sino a la dimensión intrapsíquica de las experiencias con los otros que son representaciones mentales del self y de los otros, y del papel de cada uno de ellos en la interacción.

En el individuo más maduro, estas imágenes son integradas en representaciones coherentes del self y de los objetos.

Usando este modelo, la formulación psicodinámica se enfoca en la naturaleza de las representaciones del self y sus objetos y en los conflictos prominentes entre ellos.

Un énfasis especial se da a las fallas del desarrollo para integrar las varias y contradictorias representaciones del self y de los objetos.

El modelo de relaciones del objeto es en especial útil para la formulación del mundo fragmentado de los pacientes psicóticos y limítrofes, quienes se visualizan a sí mismos y a los otros parcialmente, de una manera desintegrada. Sin embargo, el modelo puede ser menos útil para pacientes más sanos, cuyos conflictos pueden ser descritos en términos de la psicología del yo".

## **PROPUESTAS DE LOS ELEMENTOS Y CRITERIOS A TOMAR EN CUENTA EN EL ANÁLISIS PSICODINÁMICO**

En el capítulo 2 se expusieron algunos modelos tales como el de Anna Freud, el de Coderch, el Modelo de la Psicología del yo, el de las Relaciones de Objeto. Como ya se había dicho, la bibliografía con respecto al de psicodinamia es escasa. Estos modelos fueron los más significati-

vos que encontramos; en su mayoría cada uno de estos modelos aborda el tema de psicodinamia desde el marco teórico de la escuela postfreudiana a la que pertenecen.

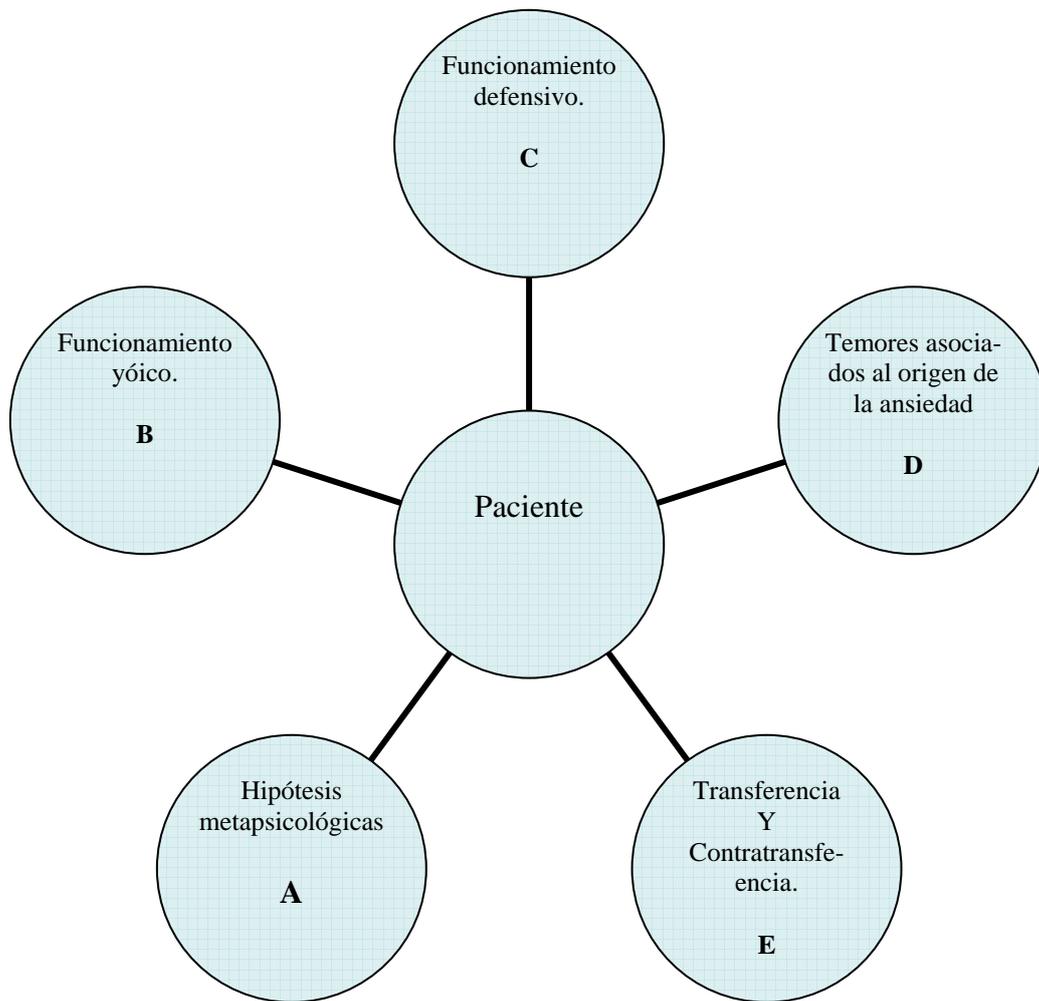
En la actualidad las teorías postfreudianas no son totalmente homogéneas entre sí; todas sus propuestas pueden ser aceptadas por igual. Además, la adhesión a una determinada teoría en detrimento de otra no es fácil, pues no tenemos la certeza absoluta de las ventajas de una teoría sobre las otras; también se sabe que ninguna de ellas resuelve satisfactoriamente todos los problemas.

Por ello, hoy en día el psicólogo cuenta con muchas hipótesis que le permite enfocar una cantidad de problemas psíquicos con diferentes criterios teóricos; es decir, puede abordar los mismos hechos clínicos desde marcos referenciales distintos. Esto debido a la complejidad de los trastornos de personalidad que hoy en día presenta el ser humano y en particular los consumidores de drogas.

Así pues, la propuesta de este modelo de psicodinamia implica la posibilidad de manejar elementos de varios autores con distintos marcos referenciales dentro del psicoanálisis, para explicar el mismo hecho clínico desde diferentes perspectivas, con diversos enfoques teóricos que requieren distintos niveles de análisis. Todo ello en búsqueda de una comprensión más amplia y profunda de la psicodinamia del paciente adicto. No se busca una postura ecléctica, sólo se pretende aprender a observar un dato clínico desde diversos ángulos y perspectivas.

Cabe mencionar que el modelo de psicodinamia propuesto para la investigación, es el que actualmente se aplica en la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, A. C.

En el siguiente diagrama presentamos los elementos que se tomaron en cuenta en el análisis psicodinámico. Creemos que esta propuesta encierra lo fundamental para poder identificar los elementos inconscientes asociados al consumo de drogas en los casos clínicos.



- a) Las *hipótesis metapsicológicas* representan el sustento teórico psicoanalítico que fundamenta un diagnóstico. Los teóricos del psicoanálisis en su mayoría están de acuerdo que para comprender un suceso psíquico cabalmente es necesario analizarlo desde estas cinco hipótesis: dinámica, económica, estructural, genética y adaptativa.
- b) El *funcionamiento yóico* ofrece una base sistemática para la conceptualización de analizabilidad de un paciente y de la planeación del posible tratamiento. Ofrece además una base sistemática para que el analista conceptualice cómo va a analizar a determinado

- paciente, además de que sea capaz de planear el posible tratamiento. Permite la evaluación del grado de funcionamiento, integración y coherencia de las funciones yoicas.
- c) El *funcionamiento defensivo* nos permite evaluar la ansiedad (origen, fantasías) como motor último de todo comportamiento defensivo.
  - d) Los *Temores asociados al origen de la ansiedad* podemos evaluarlos como resultado de conflictos intrapsíquicos ligados a diversas fases de desarrollo.
  - e) La *Transferencia y Contratransferencia* son dos herramientas propias del psicoanálisis; lo distinguen entre infinidad de tipos de terapias existentes en la psicología. Permiten el trabajo profundo del inconsciente, tanto del paciente como del propio terapeuta. Si bien se usan dentro del proceso terapéutico, esto no es un obstáculo para que el terapeuta pueda ir haciendo desde el inicio sus primeras hipótesis, además que le permite identificar el posible tipo de trastorno de personalidad del paciente.

Dedicaremos la parte restante de este capítulo a la exposición de estos elementos psicodinámicos y a su aplicación en los tres casos clínicos.

## HIPÓTESIS METAPSICOLÓGICAS

La metapsicología ha sido definida como una serie de conceptos abstractos que se encuentran entre la teoría clínica construida inductivamente y los supuestos filosóficos en que descansa toda ciencia; más que su verdad o validez, importa su utilidad y su coherencia interna. Si los nuevos hallazgos empíricos no encuentran cabida dentro de la metapsicología vigente, ésta debe ser revisada<sup>7</sup>.

Una visión metapsicológica global del paciente le permite al analista evaluar, por una parte, la necesidad de cambios internos que tiene aquél, y por la otra, la posibilidad de producir dichos cambios por medio del tratamiento.

La metapsicología psicoanalítica se refiere al número de supuestos en que se basa el sistema de la teoría psicoanalítica. La labor de Freud en este ámbito no es completa ni sistemática y está dispersa por todos sus escritos.

Rapaport (1967) es quién viene a sistematizar la metapsicología agrupando las hipótesis en los siguientes puntos de vista: *dinámico, económico, estructural, genético y adaptativo*. La mayoría de los teóricos comparten este punto de vista. Estas coincidencias metodológicas permiten sugerir que las hipótesis metapsicológicas son elementos indispensables en la evaluación psicodinámica de un paciente.

Por último, Kuiper (1979) cita a Vander Leeuw quién escribió un artículo: "Sobre el desarrollo del concepto de metapsicología":

"La metapsicología es el principio ordenador, método de pensamiento, sistema categorial, teoría psicológica, que abarca toda la realidad psíquica y finalmente dice : 'la metapsicología es en gran parte descripción, un lenguaje para transmitir y comunicar determinadas experiencias, la puesta a prueba de una nueva manera de pensamiento psicológico'. Está bien claro que la metapsicología no es mera especulación sobre una maquina psíquica, sino un medio para llegar a la comprensión, a la psicología comprensiva, a fin de hallar nuevas relaciones. Estos puntos de vista metapsicológicos son imprescindibles y hacen posible el estudio sistemático de los procesos psíquicos".<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Vázquez cita a Gedo y Goldberg (1980), *ibid.* p. 117.

<sup>8</sup> *Ibid.* p. 118.

*El punto de vista dinámico:* Se entiende que los fenómenos mentales son el resultado de la interacción de fuerzas. Freud, al respecto, (1916-17) dice: "No queremos limitarnos a describir y clasificar los fenómenos; queremos también concebirlos como indicio de un mecanismo que funciona en nuestra alma y como la manifestación de tendencias que aspiran a un fin definido y laboran unas veces en la misma dirección y otras en direcciones opuestas. Intentamos pues formarnos una concepción dinámica de los fenómenos psíquicos"<sup>9</sup>.

Rapaport y Gill (1967) se preguntan ¿cuáles son las fuerzas psicológicas implicadas en el fenómeno?, ¿hacia dónde están dirigidas?, ¿de qué tamaño son?, ¿qué fuerzas psicológicas actúan simultáneamente sumándose o uniendo sus tendencias?, ¿qué pulsiones actúan de manera disociada, sin unirse sus fuerzas, fines u objetos?

Alexander (1978) afirma:

"Este punto de vista abarca la comprensión de las fuerzas que habitualmente actúan en la producción del trastorno del paciente, las presiones ambientales y las presiones internas (impulsos, propósitos, motivos, angustias) que explican los síntomas, los problemas del carácter, y la perturbación de las relaciones interpersonales. Esencialmente el diagnóstico dinámico de un caso individual consiste en lograr la comprensión de las fuerzas en los siguientes grupos: 1) las fuerzas ambientales que intervienen de un modo efectivo en la precipitación de la reacción o la mantiene en actividad, es decir, factores tales como la pérdida de los objetos amados, el peligro de muerte y mutilación (como en las reacciones de combate), y el efecto de las actitudes neuróticas habituales de un padre hacia el hijo; 2) las fuerzas internas restrictivas, permisivas, punitivas y normativas (*Standard-setting*) que se resumen con el término "superyó"; 3) los derivados instintivos, las tendencias, impulsos, actitudes inaceptables y fantasías del paciente, denominados el 'ello' (incluidos los impulsos sexuales hostiles, narcí-

---

<sup>9</sup> Ídem.

sistas, pasivos y otros) y 4) los aspectos de la personalidad integradores, sintetizadores, conciliadores, formadores de soluciones y creadores de defensas, denominados el 'yo', que está en contacto con el ambiente (mediante la percepción externa y el control de la motilidad) y en contacto con el ello y superyó, mediante una especie de influencia y percepción internas. En cierto sentido, el yo sirve a tres señores –ello, superyó y el mundo externo– y al mismo tiempo trata de dominarlos a su vez, la mayoría de las fuerzas que intervienen en tal psicodinamia son inconscientes”<sup>10</sup>.

En un sentido amplio los factores “dinámicos” también son genéticos, pero para fines prácticos se consideran por separado ambos grupos de fuerzas.

*El punto de vista económico* (energía psicológica implicada en un fenómeno psicológico). Estudiar la intensidad de los impulsos y conflictos es aplicar el punto de vista económico.

Freud escribió:

“(el punto de vista) económico... trata de seguir las vicisitudes de las cantidades de excitación y de llegar por lo menos a una apreciación relativa de su magnitud”, y el factor económico, si se prefiere cualitativo... está... estrechamente ligado al principio del placer”<sup>11</sup>.

Rapaport y Gill (1967) sugieren las siguientes cuestiones:

- ¿Qué tipos de energía están involucrados con el fenómeno?
- ¿A través de qué canales se están descargando las energías?

---

<sup>10</sup> Citado por Vázquez, *ibid.* p. 120.

<sup>11</sup> Citado por Vázquez, *ídem.*

- ¿Qué fenómenos psicológicos se encuentran bajo el proceso primario?
- ¿Cuáles bajo el secundario? ¿qué procesos han seguido una formación de compromiso?
- ¿Qué energías y qué fenómenos han sufrido una neutralización (desexualización, desagresivización) o ligazón?, ¿cuáles energías se observan como libres o desneutralizadas (sexualizadas o dessexualizadas, agresivizadas o reagresivizadas)?

Para Greenson (1989) "el punto de vista económico concierne a la distribución, la transformación y los gastos de energía psíquica, y comprende los conceptos como ligazón, neutralización, sexualización, agresivización y sublimación"<sup>12</sup>.

*El punto de vista estructural* (estructuras que intervienen con el fenómeno psicológico). Supone que el aparato psíquico puede dividirse en varias unidades funcionales duraderas.

Freud (1923) reemplaza el punto de vista topográfico por el estructural en donde el aparato psíquico está compuesto por el yo, ello y superyó.

Rapaport y Gill (1967) sugieren evaluar las siguientes cuestiones:

- ¿Qué papel están jugando las estructuras psíquicas en el fenómeno psicológico?
- ¿Cuál es la gestación o desarrollo que han ido sufriendo estas estructuras (defensas, procesos, hábitos, etc.)?
- ¿Cuál es el estado de las relaciones (coherencia, integridad infraestructural) de cada estructura hacia el interior de sí misma, y con relación a las otras estructuras (conflictos y relaciones interestructurales)?
- ¿Qué estructuras se encuentran en dominio de otras? ¿cuáles están gobernando el comportamiento o fenómeno psíquico y cuáles están siendo gobernadas?

---

<sup>12</sup> Ibid. p. 120.

*El punto de vista genético* (origen psicológico y desarrollo del fenómeno psíquico). Greenson señala: "A este punto concierne el origen y desarrollo de los fenómenos psíquicos. No sólo trata de cómo el pasado está contenido en el presente, sino también de por qué en ciertos conflictos se adoptó una solución determinada. Estudia los factores biológicos-constitucionales tanto como los experienciales"<sup>13</sup>.

Rapaport y Gill (1967). Sugieren evaluar los siguientes puntos:

- ¿Cuál es el origen y desarrollo que han sufrido los fenómenos observados (en relación a las fuerzas, energías y estructuras)?
- ¿En qué proporción y combinación (series complementarias) están interviniendo aspectos innatos, experienciales (incluidos los sociales), accidentales en el fenómeno? ¿de qué manera se potencializan o neutralizan unos a otros?
- ¿Qué formas psicológicas pasadas son importantes actualmente en términos del fenómeno psicológico (regresión, puntos de fijación, regresión patológica, regresión adaptativa)?
- ¿Qué formas psicológicas pasadas se encuentran actualmente presentes, y de qué manera y en qué medida se han combinado, para dar origen a pautas de comportamiento psicológico actuales?

Alexander (1978) apunta: "Con este término se designa la comprensión del origen y desarrollo de la personalidad del paciente y de sus conflictos estables y la evaluación de las situaciones, experiencias y reacciones que conducen al desarrollo de la constelación dinámica permanente... (desde) el punto de vista genético... no son efectivamente hereditarias o constitucionales en una pequeña parte, pero son mucho más el producto de la experiencia de los primeros años de vida y de las relaciones individuales. Además de mencionar los factores del desarrollo mórbido, hay que incluir en la evaluación los factores genéticos que constituyen la fortaleza psíquica del pa-

---

<sup>13</sup> Ibid. p. 121.

ciente aquellos que han contribuido a una relativa madurez y de los que se esperan soluciones terapéuticas”<sup>14</sup>.

*El punto de vista adaptativo* (relación con el medio ambiente). Aunque Freud insinuó el concepto de adaptación, sólo a través de las teorías de Hartmann y Ericsson se mostró la necesidad de una exposición explícita de este punto de vista.

Rapaport y Gill (1967) sugieren evaluar los siguientes puntos:

- ¿Qué procesos de adaptación están explícitos en el fenómeno estudiado (relación pulsión-objeto, proceso primario-secundario, descarga-defensa, etc.)?
- ¿Cuál es la relación entre la adaptación autoplástica y aloplástica (incluidas las relaciones entre angustia tóxica y angustia señal)?
- ¿Cuál es el estado general de adaptación al medio (vía la internalización de las normas de una sociedad en el superyó)?
- ¿Cuál es el grado de interdependencia y mutualidad entre el sujeto y su medio? ¿qué características tiene y cómo se han ido formando? es decir ¿de qué manera los procesos psicológicos personales han ido condicionando cambios en el medio, que a su vez han ido condicionando cambios psicológicos en el sujeto?

Para Kuiper (1979) adaptación no significa acoplarse meramente a un mundo exterior aceptado, sin vacilar; tal como es, ese mundo existe en ese momento. Más bien, desde el punto de vista de la finalidad se puede entender por adaptación, entre otras cosas, la actitud más productiva posible con respecto a los propios impulsos.

---

<sup>14</sup> *Ibip.* 122.

## FUNCIONAMIENTO YÓICO

Un segundo elemento a considerar en un análisis psicodinámico –coinciden varios autores– son las funciones del yo. La evaluación de las funciones yóicas ofrece una base sistemática para la conceptualización de la analizabilidad de un paciente y de la planeación del posible tratamiento.

El papel específico del yo en el proceso analítico no pudo ser apreciado ni tampoco estudiado antes de que Freud desarrollara la teoría estructural (1923). La hipótesis estructural abrió el campo de la investigación de la conducta humana en términos más precisos y sistemáticos. El yo es una compleja organización de procesos psicológicos que actúa como intermediador entre el ello y el mundo externo. Hartmann (1978) señaló que “el yo es una estructura que se define por sus funciones”. Pero, ¿cuáles son estas funciones?

Desde 1939 a la fecha se han realizado numerosos intentos de clarificar estas funciones, y al parecer la explicación más coherente es la de Bellak (1973).

Michaca (1987) conforme a los teóricos del yo, cita la sistematización que hace Bellak sobre dichas funciones, en la que se proponen tres áreas de funcionamiento yóico: *área de contacto con el mundo externo*, *área de control y modulación de impulsos*, *área de mantenimiento de la estructura*.

Sobre base de las conclusiones de Bellak y Banett (1970), Michaca (1987) y Lasky (1992), se organizará la exposición de las funciones del yo en los siguientes rubros: la *definición* de la función, los *requerimientos* para un buen funcionamiento, las *fallas* y la *patología* que se observa.

El *área de contacto con el mundo externo* abarca las funciones que establecen y garantizan el contacto y manejo con la realidad externa.

A) **Prueba de realidad.** *Definición:* Uno de los componentes principales de la prueba de realidad, se refiere a la capacidad *perceptual, cognitiva* de distinguir entre estímulos internos y externos, y la exactitud en la percepción de éstos.

Otro componente importante incluye la validación de percepciones intrapersonales e interpersonales. La validación intrapersonal se refiere a revisar la información percibida por un sentido, en oposición, comparación a aquella percibida por otros. Y la validación interpersonal, incluye la comparación de las percepciones de uno mismo, en relación con las de los otros.

Un último componente consiste en que esta capacidad de diferenciar:

- Si la idea está basada en una huella anémica de la realidad.
- Si la estimulación viene de dentro o de fuera del organismo (*self—noself*).
- Infiere qué causa el estímulo a la sensación.
- Descubre su significado.
- Encuentra la relación adecuada.
- Corrige la idea y el comportamiento.

*Requerimientos* para un buen funcionamiento.

- Atención, memoria, juicio (anticipación), exactitud de la percepción.
- Prueba de realidad interna (*insight*).
- Prueba de realidad externa (conocimiento de las consecuencias de los actos).
- Conciencia reflexiva: de los conflictos internos, del mundo interior y de las demandas instintuales.

*Fallas por:*

- Decatectización de los objetos e hipercatectización del yo.
- Funciones del yo que usan energía no neutralizada.
- Retraimiento de la libido defensiva para reducir la ansiedad.

*Patología:* El trastorno principal en esta función es la deformación de la realidad que se observa en distorsiones perceptuales, desorientación en tiempo, lugar y persona, alucinaciones, delusiones, ilusiones, delirios, prejuicios, sugestionabilidad, hipervigilancia.

B) **Juicio.** *Definición:* La función del juicio se refiere a la habilidad de darse cuenta de las posibles consecuencias de conductas intentadas o realizadas y esto se refleja en el grado en el que conductas manifiestas revelan tal conocimiento. En este sentido, juicio es una función "social" y "consciente" que envuelve la capacidad del yo, para apreciar sus intenciones con la realidad externa.

Esta capacidad de anticipar, planear y adecuar las consecuencias de algún comportamiento nos permite:

- Discriminar, decidir si algo es falso o verdadero (si una imagen en particular existe o no en la realidad).
- Apreciar los efectos externos de la conducta.
- Aprender lo que es apropiado.
- Aprender de experiencias pasadas.
- Evitar accidentes.
- Entender la relación causa-efecto.

*Requerimientos :*

- Áreas libres de conflicto, sensorio sano.
- Prueba de realidad estable.
- Capacidad de demora.
- Uso de defensas flexibles.
- Inteligencia (lógica).
- Funcionamiento adecuado del superyó.

*Fallas por:*

- Percepción incompleta.
- Atención insuficiente.
- No control de impulsos (*acting-out*)
- Interferencia de los derivados instintuales (libidinales y agresivos) y del superyó.

*Patología:*

- Conducta antisocial (comportamiento inapropiado en relación con las demandas sociales).
- *Acting-out* (poco control de los impulsos), indecisión.
- Estados tóxicos, rebeldía.
- Cuando se activan fantasías inconscientes o impulsos (enojo, competencia).
- Necesidad de castigo, fracaso, abuso (masoquismo)
- Propensión a los accidentes que ponen en peligro la vida.

C) *Sentido de realidad del mundo y del self. Definición.* Esta función yóica se manifiesta en el grado que los eventos externos e internos son experimentados como reales y dentro de un contexto familiar, así como en el grado en el que el cuerpo de uno y su funcionamiento es experimentado como familia y perteneciente a uno mismo.

El sentido de realidad está dinámica y estructuralmente determinado por el grado en que el que un individuo ha dominado su separación e individuación, pues las representaciones del self y del objeto son distintas (separadas).

La capacidad para sentir si los fenómenos que suceden alrededor son reales o no y el sentimiento de lo que pertenece y no, al yo permiten el avalúo de los estados internos como:

- Imagen corporal.
- Representación del self, sentido del self e identidad.
- Autoestima (armonía entre las representaciones del self y lo deseado del self).

*Requerimientos:*

- Imagen corporal, catectización del cuerpo.
- Relaciones objetales satisfactorias (identificaciones adecuadas), constancia objetal.
- Narcisismo normal.
- Prueba de realidad.
- Superyó benévolo.

*Fallas por:*

- Defensa contra la culpa
- Defensa contra los impulsos agresivos
- Defensa contra los deseos exhibicionistas

*Patología:*

- Un mal funcionamiento se detecta en fenómenos hipnagógicos e hipnapómpicos, *de-ja-vú*.
- Despersonalización (extrañeza de una parte del cuerpo o del self).
- Desrealización (sentimientos de irrealidad).
- Disociaciones graves (pérdidas de referencia en tiempo, lugar y persona).
- No mismidad, no continuidad, sentimiento de fusión.
- Difusión de la identidad o identidad negativa.
- Defectuosa regulación de autoestima debido a una falla constante de la cohesión del concepto de sí. Autoestima mutable (desorden de la personalidad narcisista).

D) **Relaciones Objetales.** *Definición:* Esta función implica el grado en la forma y manera de relacionarnos con los demás. También el grado en que percibimos a los demás como una entidad separada, independiente y no como una extensión del self. El grado en que el sujeto puede mantener la constancia del objeto, es decir que soporte la ausencia física del otro sin causarle frustración o ansiedad.

Esta función nos permite evaluar:

- La relación con los objetos (figuras importantes), si las representaciones son duraderas, profundas, constantes, introyectadas.
- La habilidad para formar vínculos de amistad, con cariño, gusto (con mínimo de hostilidad).
- La habilidad para mantener relaciones con pequeños intercambios mutuos de hostilidad.
- La manera como se han matizado y como han sido influidas las relaciones presentes, con base en las relaciones de la infancia en el pasado.

*Requerimientos:*

- Integración de las representaciones de objeto (buenas- malas).
- Constancia objetal.
- Diferenciación entre las representaciones del self y objeto.
- Energía neutralizada (capacidad para neutralizar).

*Fallas:*

- Cuando en el desarrollo no se logra la constancia objetal y no se integran las representaciones.

*Patologías:*

- Relaciones narcisistas (se requiere a alguien como él es o era o quisiera ser).

- Relaciones anaclíticas (dependientes, atraído por alguien que satisface las necesidades propias ligadas a la preservación del self).
- Relaciones simbióticas (no se separa el yo del no-yo y revive la ansiedad infantil ante la separación).

El *área de control y modulación de impulsos* está constituida por aquellas funciones que modulan y permiten la descarga de los impulsos conceptualizados como pertenecientes a otra estructura denominada ello.

A) ***Regulación y control de los impulsos y afectos.*** *Definición:* esta función compromete la habilidad del yo para manejar los impulsos que tienen impacto sobre él. Toma en cuenta la manera como se expresa el impulso, el grado de tolerancia a la frustración y el nivel hacia donde se canalizan los derivados del impulso, ya sea términos de ideación, de expresión, de afecto y de conducta manifiesta.

Esta función evalúa la efectividad de los mecanismos de control y demora como:

- La habilidad para tolerar ansiedad, depresión, frustración.
- La capacidad para posponer la satisfacción.
- La capacidad para expresar deseos del mundo interior.
- La capacidad para expresar los afectos; estos pueden ser: intrasistémicos (dentro de): Ello: excitación sexual, ira, etc.; yo: miedo a la realidad, dolor físico, sentimientos más duraderos.

*Requerimientos:*

- Principio de realidad vs Principio del placer.

- Funcionamiento del proceso secundario.
- Señal anticipatoria de ansiedad, culpa (y afectos en general).
- Control de la motilidad.
- Capacidad para identificaciones.
- Capacidad para tolerar la ambivalencia.

*Fallas por:*

- Conducta impulsiva (por excesiva insatisfacción alimentaria en los primeros meses de vida y como resultado de una mala regulación oral de la autoestima).
- Intento de escapar de la negación.
- Miedo a la pérdida del objeto.
- Miedo del anhelo de gratificación instintual.

*Patología:*

- Un mal funcionamiento dará por resultado poca tolerancia a la frustración.
- *Acting-out* (descarga parcial de impulsos desviados, actuar para no recordar, evitar el displacer), impulsividad, irritabilidad, exabruptos violentos (cleptomanía, piromanía, psicopatía, perversiones sexuales).
- Personalidad inadecuada, inestabilidad emocional.
- Excesivo control de impulsos o afectos.

B) ***Funcionamiento defensivo.*** *Definición:* Se considera éste como una función binaria que incluye el grado en el cual las defensas son exitosas en la reducción de afectos

disfóricos, tales como la ansiedad y la depresión. Y el grado en el cual las defensas se convierten en influencias adaptativas o desadaptativas en la ideación, en la conducta y otras funciones del yo.

Interesa la valoración operacional de funcionamiento defensivo; la efectividad con la cual las defensas manejan los impulsos, afectos y la adaptabilidad de la respuesta; si las defensas han tenido éxito o fracaso en la creación de síntomas para bajar la angustia.

*Requerimientos:*

- Precusores: funciones autónomas (memoria, umbrales, atención, motilidad).
- Que las defensas sean adaptativas y necesarias para el desarrollo del individuo mientras no sobrepasen la función regulativa y/o estacionen el desarrollo del yo.
- Que las defensas eviten el surgimiento de la ansiedad, que cambien el impulso instintual y que aumenten la capacidad de demora.

*Fallas por:*

- Rigidización de las defensas (generalizadas y estereotipadas).
- Cuando las defensas sólo funcionan como un proceso de repetición, de evitación, para prevenir la ansiedad.
- Sobre el uso temprano que provoca distorsión, desviación o defecto del yo.
- Cuando éstas interfieren con las otras funciones.
- Alteración regresiva del funcionamiento del yo al servicio de la defensa.

*Patología:*

- Las perturbaciones a este nivel se observan en la emergencia de materiales inconscientes que provocan ansiedad y pánico extremos, afectando la concentración o memoria.
- Sensación permanente de vulnerabilidad y peligro de fragmentación.
- Aislamiento excesivo como un intento de prevenir la expresión descontrolada del impulso.
- La depresión severa así como la ansiedad excesiva en la que hay una falla en la represión.

C) ***Regresión adaptativa al servicio del yo (RASYS)***. *Definición:* Esta función primeramente permite el relajamiento de la agudeza cognoscitiva y de los modos del proceso secundario de pensamiento para facilitar la emergencia de formas de ideación inconscientes y preconscientes más móviles; en un segundo orden, involucra la capacidad yóica para interrumpir y revestir la agresión para poder regresar el pensamiento del proceso primario. El tercer aspecto de esta función es la capacidad del yo para utilizar la regresión de manera adaptativa y producir nuevas configuraciones e integraciones creativas.

Esta función permite el uso controlado del proceso primario del pensamiento (con fines creativos, lúdicos o terapéuticos, etc.) para poder regresar en el momento que se desee al proceso secundario, esto permite percibir con mayor claridad el material preconsciente e inconsciente: Esta función evalúa la habilidad para enfrentarse con las demandas de la vida, en forma no aprendidas anteriormente.

- Espontaneidad, creatividad.
- Ingenio, humor, fantasía productiva.

*Requerimientos:*

- Equilibrio entre pensamiento voluntario (formal, propositivo, lógico) y afectivo (expresión de sentimientos).
- Habilidad del yo para controlar los cambios de las catexias de las diferentes funciones del yo.
- Señal de afecto (para poner "reversa").
- Seguridad del self o identidad.
- Dominio del trauma temprano.
- Superyó adecuado, confianza básica.
- Autoconocimiento y comunicación con otros.

*Fallas por:*

- Defensas rígidas.
- Estructura de carácter.
- Trabas o impedimentos culturales.

*Patología:*

- Personas con una estructura de carácter rígida en donde el juego y la fantasía son inadmisibles.
- Personas a las que cualquier tipo de agresión les produce ansiedad.
- Falta total de creatividad.
- Intolerancia a la ambigüedad.

- Pensamiento estereotipado.
- Otra patología son los casos en que la persona siempre está en regresión, por ejemplo un proceso pseudo-creativo (artístico o intelectual), del que nunca puede regresar.
- En el caso de pacientes psicóticos se debe intentar disminuir el uso de esta función, sobre todo cuando se tiene abundancia de proceso primario y poca adaptación.

*Área de mantenimiento de la estructura.* Es aquella serie de funciones que garantiza el mantenimiento de la estructura, es decir las funciones que se encargan de realizar las transacciones necesarias para el equilibrio, la coherencia y la continuidad de la estructura, aun frente a presiones que provengan del exterior (estímulos ambientales) o del interior (impulsos que buscan descargar).

- A) *Pensamiento.* Esta función se refiere a la habilidad de pensar con claridad y se manifiesta plenamente a través de la capacidad de comunicar los pensamientos de uno de manera inteligible. Los componentes aquí son la atención de los procesos que guían y que sostienen el pensar, tales como atención, la concentración, la formación de conceptos, el lenguaje y la memoria, así como la relación relativa del proceso primario-secundario en el pensamiento (como proceso secundario permiten una descarga de tensión limitada, ayudando al proceso de demora).

Esta función evalúa la medida en la cual el pensamiento es irreal, ilógico o perdido.

*Requerimientos:*

- Principio de realidad.
- Capacidad de demora.

- Represión (previene que los impulsos lleguen a la conciencia).
- Energía ligada (neutralizada).
- Capacidad de atención selectiva.
- Función sintética (juicio).
- Relaciones objetales.

*Fallas por:*

- Intento de evitar la ansiedad.
- Excesivo uso de defensas.
- Fallas en las otras funciones del yo (área no libre de conflicto).
- Fallas en la función sintética por problemas afectivos o en la relaciones objetales.
- Fallas en las relaciones objetales temprana (no satisfactorias).

*Patología:*

- Dificultad para concentrarse.
- Problemas de memoria.
- Pensamiento concreto.
- Trastorno en grado extremo en los esquizofrénicos

B) ***Funcionamiento autónomo.*** *Definición:* Es la capacidad de las funciones del yo para responder a las demandas y vicisitudes ambientales, de acuerdo a las motivaciones de la realidad.

Esta función está relacionada con el funcionamiento adecuado de la prueba de realidad, pensamiento, funcionamiento sintético, hábitos, pasatiempos, interés, aprendizaje, motilidad; pues evalúa el grado de deterioro de los aparatos de autonomía primaria: audición, visión, lenguaje, memoria, inteligencia, funcionamiento motor, aprendizaje, etc., y el grado de deterioro de los aparatos de autonomía secundaria: patrones de hábitos, habilidades complejas, rutinas de trabajo, intereses, aficiones, etc.

*Requerimientos:*

- Capacidad de neutralización (desexualización y desagresivización).
- Maduración y aprendizaje (desarrollo del yo simultáneo con el de las relaciones de objeto).
- Internalización de una identificación yóica positiva.
- Regulación de una mayor o menor actividad motora en relación a los impulsos, objetos y realidad.

*Fallas por:*

- Cuando el yo usa energía libidinal o agresiva y entra la función en conflicto (se da significado sexual o agresivo a la actividad).
- Las defensas son inestables.
- Desproporción en la madurez de las funciones (se eleva el conflicto).
- Pasividad del yo (la "duda" obsesiva).
- Por desamparo, abandono temprano o sobre-estimulación interna o externa.

*Patología:*

- Disturbios visuales, auditivos, motores y táctiles sin causa orgánica.
- Disturbios en la concentración, atención, memoria y aprendizaje.
- Disturbios en la intencionalidad (catatonía, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, personalidades pasivo-dependientes), inhabilidad para comer, vestirse o cuidarse.
- Disturbios en la volición, en las habilidades, hábitos, con dificultad para realizar tareas automáticas o rutinarias.

C) ***Función sintético-integrativa.*** *Definición:* Esta función es descrita en términos de dos componentes; el primero es la capacidad de integrar potencialmente experiencias discrepantes o contradictorias, tales como pensamientos, sentimientos, afectos, actitudes, valores, conductas, percepciones y auto-representaciones, todos ellos contradictorios.

El segundo componente importante de esta función es la habilidad de interrelacionar e integrar experiencias psíquicas o conductuales que no necesitan ser contradictorias. Este aspecto de la función facilita las experiencias de conexión, continuidad que permiten planear y organizar operaciones, como una capacidad para supra-ordenar todas las funciones del yo (esto basado en una serie jerárquica de pequeñas síntesis e integraciones que se superponen, y que están sujetas a las fases del desarrollo del pensamiento).

*Requerimientos:*

- Capacidad del yo de observarse.
- Percepción inconsciente.

- Integración con las relaciones de objeto.
- Relación con la personalidad.

*Fallas por:*

- Necesidad de sintetizar necesidades conflictivas de satisfacción y de castigo.

*Patología:*

- Aparece como un comportamiento desorganizado, incongruente entre pensamiento, sentimiento y acción.
- Falta de metas en la vida, falta de planeación.
- Reacciones disociativas como amnesias, fugas y personalidades múltiples.

D) **Barrera de estímulos.** *Definición:* Es la sensibilidad de los estímulos externos e internos; evalúa el grado de adaptación, organización e integración de respuesta a los diversos niveles de estimulación sensorial (los umbrales sensoriales y perceptuales, más factores culturales observables, llevan a un organismo a lo largo de un continuo de adaptación/mala adaptación).

La barrera de estímulos no ha sido considerada ni tratada usualmente como una función del yo debido a que se supone de origen congénito y no como resultado del desarrollo o la experiencia, como muchas de las funciones autónomas.

*Requerimientos:*

- Calidad del cuidado materno:  *Holding*.

*Fallas por:*

- Desarrollo prematuro del yo con organización precoz de la realidad interna y externa y disturbo de la función sintética por responsabilidad especial con el humor de la madre: *trauma acumulativo*.
- Sobrestimulación crónica en la infancia (hambre de estímulos).
- Sobre estimulación: neurosis traumáticas.

*Patología:*

- Se observan perturbaciones en la hipersensibilidad a la luz, al ruido, a la temperatura, al dolor.
- Se observa descargas motoras cáusticas y agitadas.
- Se observa disturbios en el sueño.

E) ***Dominio y competencia***. *Definición:* Esta función se relaciona con la capacidad individual de dominar su propio medio, relacionado con los propios recursos. Qué tanto lo puede dominar y afectar, y qué tanto las expectativas que tienen éxito se relacionan con su rendimiento real.

Esta función tiene tres componentes:

- Actuación objetiva, relacionada con el propio caudal.
- Sentido subjetivo de competencia o expectativa de éxito.
- El grado de concordancia entre la actuación actual y la expectativa.

*Requerimientos:*

- Confianza básica en el medio (interacción activa).
- Control interno (logrado en etapa anal por el comportamiento de oposición).
- Enfrentamiento.
- Dominio y adaptación (auto y aloplástica).
- Satisfacción (placer) por las actividades.
- Conductas de exploración, manipulación, locomoción, habilidad motora, cognición.
- Desarrollo de planes y acciones intencionales.

*Fallas por:*

- Falta de confianza.
- Ansiedad que interrumpe constantemente la actividad.
- No hay capacidad para el placer (sentimientos de culpa, fracaso, etc.).
- Habilidad motora falla.

*Patología:*

- Incapacidad de alterar, afectar o interactuar con su medio por no tener las habilidades o sentir que no las tiene.
- Sentido de competencia nulo, se observa pasivo sin hacer frente a la vida.
- Autoestima baja (heridas narcisistas)
- Marcados rasgos de carácter, pasivos o masoquista.

- Delirios de grandeza que esconden sentimientos de minusvalía (trastorno narcisivo de la personalidad).

Es importante hacer énfasis en la interrelación e independencia que las funciones del yo guardan entre sí. Aislar una sola resulta artificial y sólo lo hacemos por fines de estudio

## FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO

El funcionamiento defensivo es elemento necesario de analizar en una psicodinamia. Como señala Aíza (2000) en su artículo "Los mecanismos de defensa" compilados en el "Manual clínico de psicoterapia":

"las defensas pueden tener un amplio espectro que va desde los atributos o aspectos entendibles relacionados con la operación de un mecanismo sencillo de defensas, hasta conductas complejas y constelaciones caracterológicas que son específicas, recurrentes y que tienen un propósito defensivo llamándolas, etc. Se encuentran constituidas de varias combinaciones de afectos e ideas y de operaciones que son explicables al mezclarse las defensas per se con otras actividades yóicas. El significado de defensas puede cambiar en las diferentes etapas de desarrollo y en situaciones diferentes (pueden presentar un cambio de función). Los mecanismos defensivos intrapsíquicos son en realidad abstracciones teóricas, un grupo especial de funciones yóicas que operan automáticamente fuera de consciencia y tienen la función protectora en contra de situaciones tanto internas como externas de peligro. Los mecanismos de defensa utilizados en las maniobras o estrategias defensivas son movilizados por la angustia u otros efectos de dolor o displacer; ellos tienen como propósito primario el de oponerse, restringir o evitar

funciones amenazantes o destructivas y se dirigen ya sea en contra del superyó, la realidad u otras funciones del yo<sup>15</sup>.

### *Los mecanismos de defensa*

De la lista inicial de diez de Anna Freud (1939), se han incrementado las aportaciones teóricas al respecto. En la actualidad se reportan más de treinta mecanismos de defensa. A continuación definiremos brevemente aquellos que más se utilizan en la teoría psicoanalítica y que pertenecen a las primeras etapas del desarrollo yóico:

- *Escisión*: Es la división de los objetos externos en 'completamente buenos' y 'completamente malos', con la posibilidad concomitante de cambios completos, abruptos, de un objeto desde un comportamiento extremo, al otro o sea, virajes repentinos y completos de todos los sentimientos y conceptualizaciones sobre una persona en particular. Este mecanismo surge como resultado de la normal falta de integración de las primeras introyecciones.
- *Idealización primitiva*: Es la tendencia a ver a los objetos externos como totalmente buenos para poder contar con su protección contra los objetos 'malos' y para asegurarse de que no habrán de ser contaminados, dañados o destruidos por la agresión propia o la proyectada en otros objetos.
- *Identificación proyectiva*: Cuando los impulsos destructivos no son tolerados por el yo, se expulsan y se proyectan sobre el objeto. Este mecanismo se caracteriza por (1) la tendencia a seguir experimentando el impulso que está siendo proyectado simultáneamente sobre la

---

<sup>15</sup> Ibid. p. 132.

otra persona, (2) el temor a la otra persona bajo la influencia de ese impulso proyectado y (3) la necesidad de controlar a la otra persona bajo la influencia de este mecanismo.

- *Negación*: Entiéndase como la aptitud del infante de no aceptar partes displacientes de la realidad, como una contraparte de la 'realización alucinatoria de deseos'. En este caso cabría decir que la negación no hace más que reforzar la escisión.
  
- *Omnipotencia y devaluación*: Son derivaciones de operaciones de escisión que afectan las representaciones del sí—mismo y de los objetos, y que representan en forma típica por la activación de estados del yo que reflejan un sí—mismo grandioso, y muy inflado, en relación con una representación de los demás, despreciada y emocionalmente degradante<sup>16</sup>.
  
- *Represión*: Es aún el principal mecanismo de defensa del yo y hay dos clases:
  - A) *La represión primaria*, que consiste en impedir al impulso instintivo el acceso a la motricidad, pero al mismo tiempo mantener intacta su carga de energía. Son barreras que buscan mantener inconsciente los contenidos del ello.
  
  - B) *La represión propiamente dicha*, que es la que obliga a alejar de la conciencia todo suceso, idea o percepción que puedan ser un provocador potencial de ansiedad.
  
- *Regresión*: Es el proceso que conduce nuevamente la actividad psíquica a una forma de actuación (más infantil) ya superada, evolutiva y cronológicamente más primitiva que la actual, como una manera de manejar la ansiedad.
  
- *Formación reactiva*: Los instintos y sus derivados pueden ser distribuidos en pares de opuestos: vida vs muerte, amor vs odio, actividad vs pasividad, dominio vs sumisión, etc. donde el

yo efectúa aquello que es totalmente opuesto a las tendencias del ello, por considerarlas "peligrosas".

- *Proyección*: Es el acto de atribuir a un objeto (externo) las tendencias inconscientes inaceptables para el superyó, percibiéndolas como características propias del objeto.
- *Identificación*: Es la forma más temprana y primitiva del enlace afectivo. Consiste en transferir el acento psíquico del objeto al yo.
- *Identificación con el agresor*: Se evita la ansiedad o el miedo tratando de parecerse al objeto más temido del mundo exterior.
- *Desplazamiento*: Consiste en descargar impulsos reprimidos de hostilidad sobre un objeto menos peligroso que el que inicialmente produjo la emoción.
- *Aislamiento*: Se da cuando el paciente no ha olvidado la experiencia humana traumática o conflicto pero separado de la conciencia los componentes emotivos y su significado emocional. Lo observamos en la asociación ideo-afectiva donde los afectos corresponden a los actos o pensamientos del paciente.
- *Vuelta contra uno mismo*: Cuando una carga agresiva, primitivamente dirigida hacia un objeto del mundo exterior se vuelve contra el yo y algunas veces llega a destruirlo, tal como sucede en los suicidios.
- *Anulación o reparación*: Consiste en la realización de un acto determinado (por ejemplo un ritual compulsivo) con el fin de evitar la aparición de la ansiedad primaria o controlarla si ésta aparece.
- *Negación*: En el adulto, consiste en tratar de no aceptar como real un evento que perturba el ego.

---

<sup>16</sup> Ibid. p. 142.

- *Introyección*: Es un mecanismo esencial del desarrollo; es el nivel básico más temprano y primitivo de los procesos de internalización. La introyección es una incorporación simbólica por la cual algo externo al yo se percibe y representa como si estuviera dentro de él.
- *Racionalización*: Consiste en encontrar razones aceptables o justificaciones para los pensamientos, sentimientos o actos inaceptables.
- *Sublimación*: Es la adaptación lógica y activa a las normas del medio ambiente, con provecho para uno mismo y para la sociedad, de los impulsos del ello, rechazados como tales por el yo, en una función armónica con el superyó.

**Niveles de Defensas:** Coderch (1990) en su libro "Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica" retoma el punto de vista de Wolberg sobre los diferentes niveles de defensa y propone *la evaluación de la ansiedad* (origen, fantasías) como el motor último de todo comportamiento defensivo.

"La ansiedad es un fenómeno básico en todo conflicto intrapsíquico, sea cual sea el tipo del mismo. Ante la ansiedad el sujeto responde con defensas de diferente nivel:

*Primera línea: Esfuerzos por mantener el control.* Está constituida por los esfuerzos conscientes, preconscientes e inconscientes para manejar las circunstancias externas o modificar el comportamiento, de modo que sea posible la contención de los conflictos internos. Entre ellas podemos distinguir:

- a) Evitación del estímulo o situación desencadenante de ansiedad.
- b) Sustitución de una satisfacción pulsional por otra (por ejemplo, comer como sustituto de satisfacción oral).

- c) Desplazamiento. El comportamiento conflictivo modifica sus objetivos (por ejemplo deporte violento en lugar de agresión).
- d) Gratificación a través de fantasías diurnas.
- e) Racionalización. Utilización de razones sociales y de tipo externo para explicar, de manera inconscientemente falsa, el comportamiento motivado por necesidad interna.
- f) Utilización de ideologías, religiosas o sociales para trasladar los conflictos internos hacia el exterior.
- g) Comportamiento impulsivo, no razonado, como forma de descargar la tensión interna.
- h) Actitud de rígido autocontrol para evitar la exteriorización de los conflictos.
- i) Dedicación compulsiva al trabajo, diversiones, aficiones, etc. como forma de favorecer la represión de los conflictos internos no resueltos y sentidos como peligrosos.

*Segunda línea: Defensas caracterológicas.* La respuesta caracterológica es la manera como el yo organiza las relaciones entre las pulsiones instintivas, la realidad externa y aquella parte de esta realidad, que una vez introyectada, constituye los objetos internos.

- a) Carácter obsesivo.
- b) Carácter fóbico.
- c) Utilización de técnicas de dominio y sadismo para las relaciones con los otros.
- d) Actitudes de dependencia, pasividad y sumisión.
- e) Actitudes autopunitivas y expiatorias, austeridad externa, ascetismo, etc.
- f) Técnicas de distanciamiento, desinterés y frialdad.
- g) Ambición compulsiva.

- h) Tendencias a la grandiosidad y al perfeccionamiento

*Tercera línea: Defensas represivas* que en conjunto conforman los síntomas neuróticos.

- a) Síntomas de disociación.
- b) Síntomas de conversión.
- c) Ansiedad de fondo y crisis de ansiedad.
- d) Síntomas fóbicos.
- e) Formaciones reactivas.
- f) Aislamiento.
- g) Anulación.
- h) Rituales obsesivos.

*Cuarta línea: Defensas regresivas.* En conjunto, son aquellas que expresan el fracaso del yo en llevar a término su triple cometido de lograr una adecuada satisfacción de las necesidades internas, respetando a la vez la realidad externa y ajustándola a las normas y mandatos del superyó.

- a) Negación de la realidad y otras defensas psicóticas (síntomas propios de las psicosis esquizofrénica y paranoicas; se presenta en la clínica como alucinaciones y delirios; rompimiento de la represión y libre aparición del inconsciente). Otras defensas psicóticas: control omnipotente del objeto defensas maniacas, disociación e identificación proyectiva.
- b) Versión hacia el yo de la agresividad dirigida contra el objeto (ante la pérdida del objeto hay aumento de la agresión hacia él; si la elección objetal ha sido predominante-

mente narcisista, la parte del yo identificada con el objeto recibe la agresión y el sadismo); autodestrucción, depresión profunda, suicidio, etc.

- c) Perversiones (en las perversiones se encuentran defensas primitivas, tipo psicóticas, aunque con menor grado de negación de la realidad. Se caracterizan por un rechazo de la sexualidad genital y una regresión a las formas sexuales infantiles).
- d) Utilización de drogas y alcohol (puede también encontrarse en las tres primeras líneas de defensas como forma de combatir la ansiedad, aliviar la tensión, disolver las inhibiciones, etc. Aquí, la ingesta no es una forma de adaptación a la realidad, sino la expresión de una peculiar relación con los objetos internos, por lo que consecuentemente implica un grado de apartamiento de la realidad)<sup>17</sup>.

***Orden de las defensas ante la amenaza de desintegración:*** El siguiente orden de defensas tiene que ver con el tipo de reacción del sujeto ante las amenazas de desintegración, así tenemos que existen:

- A) Reacciones normales, ante las amenazas moderadas. Éstas son respuestas simples, tendientes a aliviar la tensión experimentada (llanto, fantasía, sueños, autocontrol, aceptación pasiva, sobrealimentación, etc.)
- B) Ante las amenazas exageradas, se utilizan distintos grados de defensas:

## **Neurosis**

1º- *Defensas de primer orden:* Indican alarma y movilización (hiperrepresión de los hechos conflictivos, hiperalerta hasta llegar a nerviosismo o insomnio, hiperemocionalismo, hiperquinesis, hiperretraimiento, hiperlabilidad del sistema neurovegetativo, con temblor, eneuresis, etc.) labilidad cambiante.

2°. *Defensas de segundo orden*: Implican una separación de la realidad con intentos compensatorios como disociación, desplazamiento (fobia, obsesiones fuertes, aversiones), sustituciones (símbolos) como cleptomanía, sacrificio, como por ejemplo: autodestrucción, autodesprecio, mutilaciones, intoxicaciones, narcotización. Problemas en el manejo de autoagresión, sacrificio (autodestrucción, etc.)

### Neurosis del carácter

3°. *Tercer orden de defensas*: Implica una patología incorporada a la estructura de la personalidad: enfermedades orgánicas, personalidad oligofrénica, infantil, esquizoide, aislada, paranoide, compulsiva, perversa y criminal. Enfermedades psicósomáticas: úlceras, gastritis, dermatitis, asma, etc.

### Psicosis

4°. *Cuarto orden de defensas*: Nos habla ya de una ruptura transitoria del yo, seguida de restauración rápida, ataques de pánico, desmoralización catastrófica, violencia (asaltante, homicida, suicida, sexual), compulsiones.

5°. *Quinto orden de defensas*: Implica una ruptura persistente del yo, con salida de la realidad: excitación con conducta desorganizada y errática; hipertimia con estupor, agitación, formación de delirios, autismo, apatía extrema con mutismo y alucinaciones; preocupaciones delirantes, ya sea reivindicatorias, de grandiosidad, etc., confusión excesos de cólera.

6°. *Sexto orden de defensas*: Se caracterizan por una completa falla del yo. Existe violencia continua que no puede ser controlada, que lleva al paciente al exhausto físico y a la muerte.

---

<sup>17</sup> Citado por Vázquez, *ibid.* pp. 145-148.

Nota: El quinto y sexto orden de defensas llevan a la persona a la muerte.

### *Temores fundamentales asociados al origen de la ansiedad*

En Gedo y Goldberg, (1980) encontramos otro elemento a evaluar en una psicodinamia. Estos autores proponen un modelo jerárquico para la comprensión de las situaciones del peligro típicas en diversas fases del desarrollo.

La angustia es típicamente puesta al servicio del yo como señal de peligro. La señal de angustia es la respuesta del yo frente a la amenaza de que sobrevenga una situación traumática. Dicha amenaza constituye una situación de peligro.

Estos temores son resultado de conflictos intrapsíquicos ligados a diversas fases de nuestro desarrollo. Estos peligros internos se modifican en cada período de la vida. Pero también es cierto que nunca se dejan atrás por completo, más bien se agregan otros nuevos a los que ya existen.

Así tenemos los siguientes temores:

- a) A la aniquilación.
- b) A la pérdida del objeto.
- c) A la castración (o lesiones genitales, en las mujeres).
- d) A la culpa superyóica.
- e) Ansiedades sociales maduras.

El siguiente cuadro muestra la jerarquía de las situaciones de peligro típicas en diversas fases del desarrollo:

Irreversible					Peligro de amenazas realizadas
				Peligro de angustia moral	Peligro de angustia moral
Maduración			Peligro de castración	Peligro de castración	Peligro de castración
Reversible		Peligro de pérdida del objeto (o de su amor)	Peligro de pérdida del objeto (o de su amor)	Peligro de pérdida del objeto (o de su amor)	Peligro de pérdida del objeto (o de su amor)
	Peligro de sobrestimulación traumática	Peligro de sobrestimulación	Peligro de sobrestimulación traumática	Peligro de sobrestimulación traumática	Peligro de sobrestimulación traumática
Tiempo (fase)	ORAL	ANAL-FÁLICA		EDÍPICA	
Modelos aplicables	Del arco reflejo	Del self y de los objetos		Tripartito	Tópico
	Diferenciación cognitiva del self y el objeto		Formación del superyó		

## TRANSFERENCIA Y CONTRATRANSFERENCIA

Si bien la transferencia y la contratransferencia son dos herramientas fundamentales dentro del proceso terapéutico del psicoanálisis, esto no debe ser un obstáculo para que el terapeuta formule algunas consideraciones hipotéticas sobre los fenómenos de transferencia y contratransferencia que aparecen durante el período de exploración y los exprese en su reporte psicodinámico.

A) *Transferencia*: Coderch (1995) "la define como la producción en el aquí y ahora de la sesión analítica y de la de la relación con el analista, de las vinculaciones emocionales, conflictos y fantasías que se establecen entre el yo del paciente y los objetos de su mundo interno, así como también entre éstos mismos"<sup>18</sup>.

<sup>18</sup>Ibid. pp. 151-152.

Si bien no deben hacerse interpretaciones sobre la transferencia hasta que no esté establecida la alianza de trabajo, esto no obsta para que el terapeuta esté receptivo a muchas manifestaciones transferenciales que se dan al inicio de la relación.

El terapeuta debe preguntarse en todo momento qué está pensando y sintiendo el paciente acerca de él, qué papel está representando para el paciente en este momento de su situación vital.

B) *Contratransferencia*: El mismo Coderch (1995) nos dice que “un enfoque básico es el de considerar como contratransferencia al conjunto de sentimientos y fantasías, tanto conscientes como inconscientes, que experimenta el analista frente a su paciente. Otro enfoque es el de juzgar a la contratransferencia como parte de la respuesta emocional total del analista frente a sus pacientes”<sup>19</sup>.

Las reacciones del terapeuta ante un paciente no se hacen esperar; desde el inicio de la relación éste debe hacer un análisis constante de estas reacciones para que puedan servir como claves importantes de comprensión de la psicodinamia del paciente, y posteriormente puedan ser usadas como instrumento terapéutico.

En resumen, la psicodinamia es un proceso de evaluación terapéutica que se desprende de la corriente del Psicoanálisis y que concibe a los fenómenos psíquicos como la resultante de una lucha entre fuerzas psíquicas opuestas. De este modo, las terapias psicodinámicas consisten en la aplicación de un conjunto de conocimientos cuyo objetivo es comprender las influencias y los procesos psicológicos de maduración que determinan tal o cual patología; en el caso de los pacientes analizados en esta tesis, el carácter sintomático de la adicción a las drogas .

---

<sup>19</sup> Ibid. p. 152.

De acuerdo con Vázquez Ruiz, los elementos y criterios que se deben tomar en cuenta en una evaluación psicodinámica son las hipótesis metapsicológicas, el funcionamiento del yo del paciente, el funcionamiento defensivo, los temores asociados al origen de la ansiedad y los fenómenos de transferencia y contratransferencia, en las que intervienen los sentimientos del terapeuta.

Tenemos pues ya las bases sobre las cuales hemos de analizar a los pacientes, el armazón teórico sobre el que se sustenta nuestra investigación. En las viñetas, después de la historia clínica de cada uno de los tres casos analizados, añadiremos un apartado especial en el que haremos la correspondiente interpretación psicodinámica.

## CASOS

Sobre la base de la información que se ha recabado en las entrevistas, es necesario organizar ésta en una Historia Clínica, primordial para seguir la evolución del paciente. Una historia clínica es un formato en el que se ordenan, estructuran y formulan un conjunto de datos pertinente y significativamente recopilados a través de las entrevistas llevadas a cabo por los pacientes, con el propósito de elaborar un diagnóstico definido; además es una guía que permitirá una mayor comprensión diagnóstica como dinámica<sup>20</sup>.

Vázquez sugiere para la redacción final del informe de una psicodinamia registrar los siguientes aspectos:

- Ficha de identificación, en que se registran los datos personales del paciente (nombre, edad, sexo, etc.)
- Descripción del paciente
- Motivos de consulta (tanto el manifiesto como el latente)
- Antecedentes del problema
- Historia familiar
- Historia personal (infancia, latencia, adolescencia)
- Pautas de ajuste a la vida adulta

Como ya adelantamos, añadiremos el análisis psicodinámico:

- Hipótesis metapsicológicas (genética, dinámica, económica, estructural y adaptativa)
- Funcionamiento del yo (prueba de realidad, juicio, sentido de realidad del mundo y del self, relaciones objetales, regulación y control de impulsos y afectos, funcionamiento de-

---

<sup>20</sup> Vázquez toma esta definición de Alexander (1978). Ibid. p. 66.

fensivo, regresión adaptativa al servicio del yo, barrera de estímulos, funcionamiento autónomo, funcionamiento sintético-integrativo y dominio-competencia)

- Mecanismos de defensa (escisión, idealización primaria, identificación proyectiva, etc.)

En cada caso, presentamos en primer lugar la historia clínica de las dos primeras, Soledad y Lulú; luego, en el caso Salvador transcribimos tres entrevistas. Finalmente, a través de la psicodinamia se interpretará la información que permita identificar los posibles factores y la vicisitud de las primeras relaciones de objeto (en particular con los padres) asociados al consumo de drogas, que finalmente no es más que un síntoma de otros trastornos. Finalmente daremos una evaluación general de los tres casos, anotando líneas específicas que proyecten un tratamiento adecuado.

## PACIENTE SOLEDAD

### HISTORIA CLÍNICA

#### FICHA DE IDENTIFICACION

Nombre:	Soledad
Edad:	30 años
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Unión libre
Escolaridad:	1º de secundaria
Ocupación:	Comerciante y el hogar
Residencia:	Tlalnepantla, Estado de México
Nivel socioeconómico:	Bajo

#### DESCRIPCIÓN DE LA PACIENTE

Es una mujer de edad aparentemente mayor a la cronológica (aparenta aproximadamente 35 años), de complexión delgada aunque muestra pérdida de peso (segundo nivel de destrucción aproximadamente), de estatura aproximadamente de 1.50 m. Tiene cabello oscuro sin teñir, cuyo largo llega a la altura de los hombros si está suelto, usa sus orejas para detenerlo. Su tez es morena obscura. Sus cejas están semi-pobladas ligeramente arqueadas. Sus ojos son de tamaño mediano de color oscuro, de pestañas pequeñas, poco abundantes; nariz y boca medianas, de labios delgados y dientes blancos bien alineados. Su rostro no denota expresión. A las tres entrevistas acude sin maquillaje con el cabello húmedo como recién bañada.

Mantiene una postura encorvada, recargando sus brazos en sus piernas con la cabeza ligeramente hacia abajo; sus movimientos corporales sólo aparecen cuando es para voltear a ver a su hija y regresa a la misma postura. Su vestimenta es de estilo moderno; se presenta a la primera entrevista con un pantalón de mezclilla azul oscuro, blusa negra con guaraches de plataforma de color negro; se observa higiene en sus pies cuyas uñas están esmaltadas. A la segunda entrevista viste una blusa y chamarra de mezclilla también negra, pantalón de mezclilla café y el mismo calzado de la sesión anterior. En la última sesión se presenta con un pantalón de mezclilla azul, blusa y tenis blancos; su vestimenta se observa en buenas condiciones y denota limpieza. Se observan como accesorios sólo unos pequeños aretes.

Al término de la segunda y tercera sesión me obsequia un Danonino, argumentando que antes de entrar a las entrevistas pasa a la tienda a comprarle dulces a su hija.

#### MOTIVO DE CONSULTA

Soledad se presenta a Centros de Integración Juvenil A.C. solicitando tratamiento porque hace 15 días consumió alcohol hasta embriagarse en la fiesta de cumpleaños de su hija mayor. En la fiesta empezó a ofender a su familia y en especial a su madre y hermana mayor a las que quiso golpear. Comenta no recordar lo sucedido, y que a partir de ese evento tuvo un fuerte deseo por volver a inhalar esmalte de uñas (ya lo había hecho años atrás), lo cual no desea volver a hacer; no quiere perderse en el vicio; aunque le sí agradan los efectos de no sentir cómo pasa el tiempo, se le hace eterno, y cuando se da cuenta, ya pasaron varios días; le gusta sentir como si estuviera dormida. También comenta que siempre se toma  $\frac{1}{4}$  de alcohol para poder tener fuerzas, ánimo de hacer su quehacer y atender a sus hijas; además, consume 10 aspirinas durante el día ya que le dan fuertes dolores en la cabeza y de reumas en sus articulaciones.

## MOTIVO LATENTE

Al parecer la paciente al parecer está buscando quién le ponga límites a sus impulsos agresivos, autodestructivos, como se los pusieron parcialmente en el anexo al que la enviaran sus padres hace años.

Al parecer Soledad introyectó representaciones de sí misma de tipo devaluatorias (su cuerpo como el objeto malo al que hay que controlar). Sus primeras representaciones objetales son de tipo persecutorio, punitivo; repite en el presente relaciones del pasado, donde la devalúan y la rechazan como en su familia de origen.

Se realizaron tres entrevistas en Centros de Integración Juvenil, A.C. con una duración de 45 minutos (por normatividad institucional).

## ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Soledad refiere que desde la edad de 12 años empezó a drogarse con el esmalte de uñas de su madre. Recuerda que en una ocasión, después de casi un año de estar inhalando, la sorprendió su madre cuando se encontraba debajo de las cobijas; la reacción de su madre fue de golpearla e insultarla diciéndole: "Pinché escuincla pendeja, te voy acusar con tu padre si lo vuelves hacer". Menciona que sin embargo lo repite varias veces más, puesto que su madre no le ponía atención a ella sino a su hermana mayor. Su madre no se daba cuenta hasta que nuevamente vuelve a sorprenderla en su cuarto inhalando, totalmente intoxicada; al enterarse su padre la golpea con unos cables de luz y la anexan en un grupo de "alcohólicos-drogadictos" durante cuatro meses aproximadamente.

Refiere que en ese lugar conoce al que hoy es su "esposo" el cual es 20 años mayor que ella. Señala que ya no quería regresar a su casa ya que sus padres se habían separado durante

su estancia y su madre se encontraba muy mal emocionalmente por esa situación. Durante su estancia en el anexo mantiene relaciones sexuales con su ahora "esposo" y éste por miedo de ser denunciado por tener relaciones sexuales con una menor, le dice que vivan juntos y la madre de Soledad se entera.

Soledad se va a vivir con él. En el mismo terreno vive su suegra, quien la recibe muy mal y la trata como sirvienta; su esposo la golpea "por todo y nada".

Al poco tiempo resulta embarazada de su primera hija. La niña nace, se vuelve el centro de atención y preferencia de su padre y del resto de su familia, por lo que él comienza a ignorar a Soledad, quien vuelve a drogarse. En esta ocasión nuevamente inhala esmalte y consume marihuana. Su esposo la amenaza con quitarle a la niña si sigue haciéndolo. La amamanta en dos ocasiones estando intoxicada y su esposo la lleva al Centro de Integración Juvenil, en Tlanepantla (1989). Asiste sólo en una ocasión y ya no regresa, pues se pelea con su esposo. Se va a vivir con su mamá un tiempo. En ese entonces su esposo se va a trabajar a Estados Unidos. Ella sale embarazada por segunda ocasión de otra persona. Su esposo regresa después de un año y acepta al niño. Queda encinta por tercera ocasión. Refiere que este embarazo fue muy diferente: se cuidó mucho, dejó de fumar, se alimentó mejor y su esposo se portó un poco mejor con ella. Afirma que fue una de las mejores épocas de su vida.

Cuando nacen sus hijos, comenta que todo pierde el encanto y vuelve a deprimirse, como cuando era niña, cuando deseaba no despertar; le duele siempre el cuerpo, la única diferencia es que ahora ya no llora, ya no puede llorar: "Casi nunca fui muy chillona, ya que mi mamá no le gustaba y se ponía de malas porque mi papá se ponía de malas".

Comenta que ha estado en diferentes grupos de auto-ayuda, pero que no le han gustado pues en ocasiones la gente los toman para ir a criticar o a ligar, sobretodo si hay hombres. Las mujeres hacen chismes. "Por eso busqué un lugar donde hay gente preparada, que su interés sea el ayudar".

## HISTORIA FAMILIAR

Soledad proviene de una familia integrada por tres hermanas y un hermano. Ella es la segunda hija y su hermano es el menor. Existen antecedentes de alcoholismo por parte de su padre; éste es referido como alguien distante y en momentos agresivo, sobretodo con su madre a quien golpeaba por cualquier cosa. Es albañil; actualmente vive con otra mujer. Soledad no tiene contacto con él.

Su madre es descrita como alguien dependiente; siempre estuvo al tanto de su esposo por encima de sus propias necesidades (le apartaba la mejor ración de comida, por ejemplo). Siempre era sumisa ante él, y cuando tenían problemas se deprimía al grado de no hacerles de comer. Actualmente su relación sigue siendo un poco distante, pero es ahora a Soledad a quien le cuesta trabajo acercarse a ella como a la persona que antes veía en su madre. Dice que prefiere no tenerle confianza a pesar de que haya cambiado, sea más accesible y trate de platicar con ella. Esto genera más enojo y no sabe por qué le sucede, si ella siempre deseó su cercanía.

En cuanto a sus hermanos, es de la mayor de quien más habla. Menciona que siempre le ha tenido coraje porque fue la preferida de su mamá, era a la que más protegía pues se parecía a su papá y ella, en cambio, a su madre. A Soledad le decían "la Negra" porque los demás eran blancos como su papá. Señala que esto le hacía sentirse diferente y alejarse de sus hermanos; a veces pensaba que tal vez ella no fuera hija de sus padres. Se aisló de sus hermanos y vivió siempre sola. Comenta que ninguno de ellos es adicto; el que abusa un poco del alcohol es su hermano menor. Es a su hermana mayor a quien su madre más ayuda con los hijos. En contraste, ella cree que su madre hace menos a sus hijos (los de Soledad), por eso casi no los lleva con su mamá; le duele que ahora los desprecie como a ella.

Comenta que sus padres se separaron a partir de que ella se empezó a drogar; a ella le dolió mucho; sintió que fue por su culpa. Por eso no quiso regresar a su casa; pensó que si

siempre la regañaban ahora sería peor; además lo hizo también para demostrarles que no los necesitaba.

Refiere que un recuerdo recurrente que tiene de su infancia es que siempre tenía nudos en su cabello. No se peinaba y se le enredaba, no le gustaba bañarse, quería estar durmiendo todo el día, le pedía a Dios no despertar y cuando despertaba se enojaba. A pesar de que le pegaban ya no lloraba.

## HISTORIA PERSONAL

Comenta Soledad que nació cuando su hermana mayor tenía dos años. Todos esperaban que fuera niño. Dice que ella escuchaba decir a su mamá: "¿Cómo no fuiste chamaco? Tu papá quería un hombrecito". Todo lo que iba dejando su hermana mayor se lo dejaban a ella, por eso se vestía siempre con ropa usada, lo mismo que sus juguetes. Recuerda que no le gustaba ir a la escuela, no le gustaba que las maestras la mandaran y le pusieran de ejemplo a las otras niñas. Era muy solitaria. Cuando jugaba, siempre terminaba peleándose, y luego los demás ya no querían juntarse con ella. Hacía todo lo posible para que se le hiciera tarde y no entrar a la escuela. Sus calificaciones eran bajas.

Menciona que cuando tenía alrededor de cinco años, uno de sus tíos, de unos quince años, le tocaba el cuerpo y le pedía que le acariciara los genitales. La dejaban encargada con él cuando su mamá tenía que ir al centro de la ciudad. Refiere que le decía a su mamá que se la llevaran; su mamá la regañaba y le decía que no alcanzaba el pasaje para ella, sólo para su hermana, que había mucha gente como para que la llevaran. Por eso ahora no deja a sus hijas ni con su padre. Comenta que poco antes del cumpleaños de su hija, ésta le dijo que cuando ella se metió a dormir en medio de ellos, sintió que su papá la tocó. Esto hizo que Soledad le reclamara a su esposo. Él lo negó rotundamente. Comenta que se le hace imposible pensar que el propio padre de sus hijas pueda hacer eso. Poco antes de entrar a la secundaria, uno de los

amigos de su padre abusó sexualmente de ella. No le dijo a su mamá por miedo a que no le creyeran, pues se trataba de un amigo muy querido por su padre. Fue poco después cuando comenzó a inhalar esmalte de uñas.

Cuando la anexan conoce a Martín, su esposo, quien tenía poco de haber salido por alcoholismo. Él, desde ese tiempo a la fecha, no ha vuelto a tomar. Menciona que en realidad no lo quería, que se fue con él para no regresar a su casa. "Salí de Guatemala para entrar a Guatemala, porque mi suegra me trataba como sirvienta y siempre hablaba de la ex esposa (de Martín), quien lo dejó por su alcoholismo, diciendo que su hijo recogía puras chingaderas".

Actualmente refiere que cada vez tolera menos a su esposo. Sólo tiene relaciones con él por obligación. Él, siempre que se enoja, deja de cumplir con sus responsabilidades y le echa más en cara lo que ella le da a su hijo. Por eso se va a trabajar, para no pedirle para su hijo, y a pesar de eso, la chantajea con el gasto para sus hijas. A ella nunca le ha comprado nada; se viste y se compra sus cosas con lo que se gana vendiendo chácharas en el tianguis. Dice sentir miedo de no poder sola con la responsabilidad de sus hijos. Lo que más le lastima es que su hija mayor la trata muy mal y no sabe por qué; en momentos le cae gorda y nunca la ha tolerado. En cambio, a sus hijos les tiene un poco más de paciencia.

En cuanto a sus relaciones interpersonales, no tiene amigas, no le agrada hablar con nadie. Al llegar de su trabajo, se encierra en su casa. En cambio, sus hermanas sí tienen amigos.

#### PAUTAS DE AJUSTE A LA VIDA ADULTA

*Laboral:* Soledad trabaja tres veces por semana en un tianguis vendiendo "chácharas", lo que le permite cubrir sus necesidades de vestimenta, necesidades personales y las de su hijo.

*Social:* Se describe como una persona poco sociable, a quien le cuesta trabajo tener confianza en la gente. Refiere que cuando llega de trabajar, se encierra en su casa y no sale. Al contrario de sus hermanas, que tienen amistades que le preguntan por qué es tan apartada, que ni siquiera a sus hermanas visita con frecuencia. Menciona que se ha sentido sola desde que era niña.

*Familiar:* Comparte el mismo predio con su suegra, con quien tiene una mala relación. Vive con su esposo y sus tres hijos. Su hija mayor es a quien le cuesta más trabajo tenerle confianza, a quien más ha maltratado. Desconoce el por qué siente ese rechazo hacia ella. Además de tener la sospecha de que su esposo tocó a su hija mayor, lo que le cuesta trabajo creer.

*Sexual:* Refiere que actualmente mantiene relaciones con su esposo para que él no se desobligue de la manutención de sus hijas. Comenta que cada vez lo tolera menos.

## EXAMEN PSIQUIATRICO

Se observa que Soledad tiene una correcta integración de los estímulos internos y externos. La capacidad sensorial se encuentra limitada en el sentido del gusto, pues refiere que ha perdido la agudeza para percibir olores y sabores. De la misma manera se encuentra alterado el proceso del pensamiento; éste es ligeramente lento, posiblemente por un daño neurológico debido al consumo de solventes. El uso que hace Soledad de su lenguaje denota limitación; es posible que la razón de esto sea la marginación social; a pesar de todo su lenguaje es claro y coherente. Muestra la capacidad de evocar recuerdos a corto y largo plazo. Su nivel intelectual es limitado, aunque le permite la solución de problemas cotidianos. En cuanto a sus afectos, éstos se encuentran aplanados, aunque en momentos se conecta con la emoción y su coloreo afectivo denota un estado depresivo. Los movimientos se observan coordinados, aunque se mantiene quieta y en una postura encorvada.

## PSICODINAMIA

### HIPÓTESIS GENÉTICA

Los síntomas de consumo de drogas que se presentan en Soledad son:

- a) sentimientos de vacío, ansiedad, miedo;
- b) dificultad para establecer relaciones interpersonales;
- c) apatía;
- d) en situaciones estresantes, tendencia a regresar a puntos de fijación predominantemente orales;
- e) voracidad-agresión,
- f) por las características de su madre y por la propia estructura psíquica de Soledad, incapacidad para ejercer su rol, y
- g) fijaciones de tipo narcisista.

Esto se observa en la relación que tenía con su esposo (agresiva y de dependencia), quien no logró responder como pareja simbiótica empática a los deseos y necesidades que Soledad tenía desde sus primeros años de vida, puesto que su crianza había transcurrido sin establecerse las condiciones óptimas para la necesaria fusión simbiótica nutricia (Mahler) de manera que se lograra un desarrollo psíquico normal. El self de Soledad se conformó desvitalizado, depresivo, con importantes sentimientos de vacío, con amenaza de fragmentación y de desintegración. No se introyectó una representación de una relación armónica con el objeto madre, y por lo tanto la relación con su mundo interno se distorsionó, y en efecto perturbó la capacidad para percibirse a sí misma y a los demás de manera diferenciada, por lo que muestra fallas en la consolidación de la constancia objetal (Kernberg).

Las fallas en el desarrollo de las relaciones de objeto en Soledad favorecen las ansias de dependencia patológica; la incapacidad para tolerar la tensión, el dolor, la frustración; la incapacidad de experimentar esa completud interior que garantiza la capacidad de estar sola (Winnicott), condición del amor a sí mismo y a los otros; esto se observa en la dificultad para ejercer su función materna y para establecer relaciones interpersonales. El resultado es que el consumo de drogas es una forma de escapar o evadirse de situaciones estresantes.

En cuanto a su padre generalmente fue vivido como alguien ajeno, distante, con apariencia de fortaleza, asumiendo modalidades autoritarias, omnipotentes y agresivas, alguien que desvalorizaba a su madre como un modo de acentuar su predominio, logrando el desamparo de Soledad por parte de ambos. Los padres no sólo no proporcionaron en Soledad las bases suficientes para un desarrollo óptimo de sus relaciones de objeto, las funciones yóicas y la vitalidad del self, sino que se constituyeron en sustratos de identificaciones cargadas de hostilidad que son la base de la patología del superyó y por lo tanto del ideal del yo, lo cual se traduce clínicamente en la deficitaria autoestima de Soledad.

Esto nos habla probablemente de un deficiente desarrollo psíquico en la cuarta sub-fase (22 a 36 meses), "*Consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal*", de la Fase de Separación—individuación (Mahler), en la que introyectó representaciones de sus relaciones de objeto desvitalizadas y cargadas de hostilidad, rechazo y abuso, y se gestaron vínculos experienciales traumáticos.

Por todo lo anterior Soledad presenta un trastorno de personalidad de tipo fronterizo de bajo nivel; utiliza defensas rígidas y predominantemente pregenitales, lo que nos habla de una diferenciación e integración patológica (Kernberg).

## HIPÓTESIS DINÁMICA

Su libido en general está fijada en un conflicto pregenital. Las fallas significativas en el desarrollo de las relaciones de objeto en Soledad llevan a una inadecuada neutralización de las pulsiones, lo que complicó la formación y función del yo y superyó, prevaleciendo la escisión, proyección, identificación proyectiva como mecanismos de defensa rígidos. Por la precaria relación simbiótica y un medio ambiente hostil se internalizó un mundo interno matizado de ansiedad. Por lo que la mayor parte de energía pulsional está depositada en evadir, fugarse, negar su angustia de desintegración, producida por una deficiencia en la consolidación de la constancia objetal.

Estos movimientos son posiblemente para no destruir al objeto madre y así mantener más o menos conservado el vínculo con ella. También en sus hijos deposita energía no neutralizada, de manera que se repite la hostilidad, la ansiedad persecutoria que internalizó en su mundo representacional.

Las fallas en la integración de las tendencias libidinales y agresivas, constituyen un fracaso en la neutralización de la energía instintiva y una acentuada disminución del área libre de conflicto, de ahí que Soledad presente un estilo de vida precario.

## HIPÓTESIS ECONÓMICA

Soledad invierte la mayor cantidad de energía en controlar sus impulsos agresivos y autodestructivos –lo vemos en sus embarazos, en el consumo de drogas, en el aislamiento interpersonal, así como en su relación de pareja y con sus hijos.

Otro gasto de energía importante se da en la relación devaluatoria con su madre, en la que sigue buscando su amor y aceptación, pero ahora lo desplaza hacia sus hijos pues le duele que su madre los desprecie.

El mínimo de energía libidinal está en su actividad laboral (venta en el mercado de chararas tres veces por semana) y en su aseo personal y en sus intentos de tratamiento psicológico.

## HIPÓTESIS ESTRUCTURAL

En cuanto a su desarrollo intrapsíquico, Soledad se encuentra en un nivel preestructural. El superyó presenta una falta de integración puesto que encontramos precursores predominantemente sádicos cargados de agresión, característicos de estructuras preedípicas. Imperan ansiedades paranoides y culpa persecutoria. Además, la proyección de los precursores superyóicos, tanto sádicos como idealizados han distorsionado a tal grado sus relaciones interpersonales, que se amplía la brecha entre el presente distorsionado y los eventos del pasado. Esto a su vez hace difícil en Soledad anticipar con objetividad el futuro, es decir, están seriamente comprometidas las funciones anticipatorias del superyó; de ahí su tendencia a repetir crudas morales que la lastiman intensamente y que no la previenen de las siguientes. Lo anterior se observa cuando refiere que es una persona poco sociable, a quién le cuesta trabajo tener confianza en la gente; se nota también en sus embarazos, en el abuso sexual durante su adolescencia y en la relación con su esposo.

Las demandas del ello y de los precursores superyóicos la llevan a la depresión porque el yo se encuentra débil, limitado, invadido, no tolera situaciones estresantes, angustiantes, inherentes a la vida. Soledad recurre a mecanismos maniacos, sólo que apoyados por el consumo de alcohol, ya que su yo no cuenta con la fortaleza suficiente para responder por sí sola.

En términos del modelo topográfico (Freud), su conflicto es inconsciente, pero a pesar de su estructura y las condiciones inherentes a su estilo de vida, existe una conciencia parcial, recono-

ce que tiene un problema; por ello acude a solicitar tratamiento psicológico. Esto cual nos habla de un precario funcionamiento de su yo observador.

*La escisión* se observa en la internalización parcial de sus representaciones objetales y del self. Estos movimientos defensivos, por ejemplo, le permitieron parcialmente a Soledad durante sus embarazos no drogarse.

*La identificación proyectiva* se puede observar, por ejemplo, cuando afirma que sólo tiene relaciones con su esposo por obligación, si no, él no le da dinero para la manutención de sus hijas; o bien cuando refiere el maltrato que sufre de su suegra.

*La vuelta contra sí misma* se nota cuando desplaza la agresión hacia su propio cuerpo.

## FUNCIONAMIENTO DEL YO

1. *Prueba de realidad*: En Soledad no existen distorsiones en su percepción; su orientación es adecuada en tiempo, persona y espacio; su capacidad para distinguir entre estímulos internos y externos no presenta alteración.

2. *Juicio*: Existe, por un lado, la capacidad de anticipar las consecuencias de algún comportamiento, lo apropiado de éste, y por otro, el grado en que se repite una conducta que exprese un juicio mal adaptado. Observamos en Soledad esta repetición, por ejemplo en sus embarazos, en el hecho de que tiene relaciones sexuales dentro de un anexo, además en el consumo de drogas en sí mismo, en amamantar estando intoxicada.

3. *Sentido de realidad del mundo y del self*: Un mal funcionamiento en esta área se muestra en las disociaciones graves. Esto lo podemos observar en la relación con su esposo y con su ma-

dre; además cuando refiere aquel recuerdo recurrente de su infancia en que siempre tenía nudos en el cabello, no se podía peinar y se le enredaba; no le gustaba bañarse; lo mismo cuando quería estar durmiendo todo el día y le pedía a Dios no despertar y al despertar se enojaba, y aunque le pegaran ya no lloraba.

4. *Relaciones objetales*: Las relaciones que establece Soledad son distantes, escindidas, con dificultad para confiar, matizadas de hostilidad y agresión. Estas representaciones están totalmente influenciadas por sus relaciones tempranas. El grado de distorsión para percibir a las personas como entidades independientes es considerable, por ejemplo a sus hijos los percibe como una extensión de ella –cuando habla que le duele ahora que su madre desprecie a sus hijos como a ella.

5. *Regulación y control de impulsos y afectos*: El grado en que el afecto y el impulso son experimentados y expresados desorganizadamente en Soledad es significativo; presenta de manera compulsiva la tendencia a la actuación de sus impulsos agresivos y/o autodestructivos. Se observa en el consumo de drogas, el abuso sexual, sus embarazos y en sus relaciones interpersonales.

6. *Funcionamiento defensivo*: Soledad presenta defensas caracterológicas propias de un desarrollo patológico de la posición esquizo-paranoide; por lo que la escisión, identificación proyectiva, disociación, proyección, negación, le han permitido mitigar parcialmente las fantasías inconscientes persecutorias.

7. *Regresión adaptativa al servicio del yo (RASY)*: Esta función en Soledad se encuentra reducida. Su estructura de carácter es rígida, con tendencia a la regresión, intolerancia y a la ambigüe-

dad y con pensamiento pobre. En Soledad prevalece un estilo de vida limitado, donde la capacidad sublimatoria se encuentra disminuida e invadida por la angustia de separación y por sus fantasías paranoides.

8. *Pensamiento*: El pensamiento que Soledad presenta se nota levemente disminuido por a) el trastorno del estado de ánimo, la alimentación y el malestar generalizado de su cuerpo, los cuales se volvieron egosintónicos; b) el consumo de inhalantes en la infancia, y c) circunstancias difíciles de su vida como lo fueron los abusos emocionales, físicos y sexuales. Todas estas situaciones muy probablemente contribuyeron a los procesos que guían y sustentan el pensamiento adaptativo, y a que predominara e invadiera la angustia que mayormente interfiere en los procesos de pensamiento; además facilitaron la disminución de la memoria, de la concentración, la atención y el lenguaje.

9. *Barrera de estímulos*: La capacidad sensorial se encuentra disminuida en el sentido del gusto y del olfato como secuela del consumo de inhables en la infancia.

10. *Funcionamiento autónomo*: Soledad en esta función no presenta alteración considerable que le obstaculice sus habilidades o desarrollo de los aparatos de autonomía primaria o secundaria para su vida cotidiana. Sólo muestra ligeramente una disminución en la rapidez del pensamiento; esto constituye una secuela por el consumo de inhalantes en la infancia.

11. *Funcionamiento sintético-integrativo*: Soledad presenta un inadecuado funcionamiento en esta área ya que no puede integrar adecuadamente sus actitudes, valores, afectos, conductas y autorepresentaciones; éstas son incongruentes y parciales. Se observa en la dificultad que tiene de reconocer su agresión: la que dirige hacia sí misma (self) y a sus objetos, por ejemplo, la

violencia que ejerce en sus hijos, y por otro lado el hecho que refiera que le duele que su madre los desprecie. Se vive como alguien de la cual abusan (hermanos, esposo, suegra, etc), que no valoran, que dañan.

12. *Dominio y competencia*: En esta función se reflejan las fallas estructurales de Soledad. El rendimiento y dominio de Soledad para poder interactuar con su medio está seriamente limitado por la inhabilidad o incapacidad que presenta para poder afectar, alterar, modificar su circunstancia de vida. Se observa pasiva, sin hacerle frente a la vida sólo con una actitud defensiva de impulso, y su sentido de competencia está seriamente comprometido. Por la angustia que prevalece desde la infancia en ella, predominan la impotencia, la frustración; el comentario en que dice sentir miedo de no poder sola con la responsabilidad de sus hijos refleja lo antes expuesto.

## PACIENTE LULÚ

### HISTORIA CLÍNICA

#### FICHA DE IDENTIFICACION.

Nombre:	Lulú
Edad:	30 años
Sexo:	Femenino
Estado civil:	Soltera
Escolaridad:	Enfermera
Ocupación:	Desempleada
Residencia:	Tlanepantla, Estado de México
Nivel socioeconómico:	Medio alto

#### DESCRIPCIÓN DE LA PACIENTE

Es una mujer de edad aparente menor a la cronológica, de complexión robusta, acorde a su estatura (1.77 m). Tiene cabello corto oscuro sin teñir; tez morena clara, con cejas semi-pobladas sin depilar. Sus ojos son medianos color café; sus pestañas, pequeñas poco abundantes; nariz y boca, de mediano tamaño; labios semi-gruesos, y dientes blancos con frenos. A las tres entrevistas acude sin maquillaje con el cabello húmedo como recién bañada. Mantiene una postura semiencorvada, sus manos las mantiene moviéndolas encima de sus piernas; se nota en las uñas que se las muerde; dirige la cabeza hacia enfrente. El ritmo y velocidad del lenguaje son rápidos (verborrea).

Su vestimenta es de tipo sport. Se presenta a la primera consulta con pantalón de vestir negro y blusa de mezclilla color azul, con zapatos bajos. A la segunda entrevista viste una blusa de manga corta color vino y pantalón de mezclilla negro con guaraches del mismo color, se observa limpieza en los pies, cuyas uñas no están esmaltadas. En la última sesión se presenta con blusa de manga color beige, falda de mezclilla que llega a la altura de las rodillas y con el mismo calzado de la sesión anterior. Se observan como accesorios un reloj y aretes discretos.

Se realizaron tres entrevistas en Centros de Integración Juvenil A.C. con una duración de 50 minutos cada una.

#### MOTIVO DE CONSULTA MANIFIESTO

Acude Lulú a Centros de Integración Juvenil A.C. solicitando tratamiento por consumo de medicamento (Nuvain, anestesia). Refiere que una semana antes fue despedida de un prestigioso hospital donde tenía 10 años de antigüedad. Hace dos años la ascendieron como jefa de enfermeras en el área de recuperación. El despido se debió a que encontraron faltantes de medicamentos y confiesa a las autoridades del hospital que los utiliza para su consumo. Cabe puntualizar un comentario que hizo después de que refiere el motivo de su despido: "Doctora no hay mal que por bien no venga, tal vez fue lo mejor que se hayan dado cuenta, ya que sólo así voy a parar; porque de lo contrario seguiría consumiendo. Por eso quiero llevar el tratamiento, para que cuando vuelva a trabajar no caiga en la tentación de volverme a administrar el medicamento".

#### MOTIVO LATENTE

La paciente está buscando quién le ponga límites a sus impulsos autodestructivos, como se los pusieron en el hospital, como se los habían puesto en su familia a través del castigo.

Al parecer Lulú introyectó representaciones devaluatorias de sí misma, de su cuerpo (el objeto malo al que hay que controlar) sus primeras representaciones objetales persecutorias, punitivas, lo mismo que relaciones objetales de tipo sadomasoquista.

#### DIAGNOSTICO DEL DSM-IV

Eje I	Dependencia a Sedantes Hipnóticos
Eje II	Transtorno límite de la Personalidad
Eje III	
Eje IV	01 problemas relativos al grupo primario de apoyo. 05 problemas laborales.
Eje V	55 síntomas moderados.

#### ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Lulú refiere que inició el consumo de Nuvain inició pocos meses después de su ascenso. Menciona que existe mucha presión en el área de recuperación porque los pacientes requieren de muchos cuidados, son muy demandantes. Relata que la razón por la que consume por primera vez es que sentía mucha presión, angustia por la nueva responsabilidad (en cuanto a la angustia, refiere que ha presentado desde que ella tiene uso de razón). Menciona que un fin de semana anterior a su consumo durante una comida familiar, su padre, como siempre, se emborracha y empieza a decir que sus hijos varones son su mayor orgullo, ya que salieron muy inteligentes, así como su hija la Güera –hija menor de su primer matrimonio quien, a decir de su padre, es la más bonita de sus hijas. Él no comenta nada de su ascenso, situación que le dio mucho “sentimiento”. Durante un periodo aproximado de dos meses estuvo doblando turno por falta de per-

sonal, hasta que un día se le ocurrió, para relajarse y no sentir tan pesado el turno, administrarse el medicamento por vía intravenosa. Le agradaron los efectos, se sintió más relajada, le pareció menos largo el tiempo. Posteriormente le fue gustando el dolor que sentía al pincharse el brazo. En una ocasión, tenía una semana de no administrarse el medicamento porque le dieron esa semana de descanso, y cuando llegó a los vestidores para cambiarse el uniforme de trabajo, al verse los brazos pinchados, le dieron ganas de administrárselo nuevamente. Aumentó su patrón de consumo hasta llegar a hacerlo en su casa.

Ella notó los beneficios que obtenía: en las discusiones con su padre: se administraba para no sentir feo por los insultos que él le decía, de modo que era capaz de escucharlo sin llorar.

Agrega Lulú que con su novio anterior consumía cocaína por iniciativa de él cuando tenían relaciones sexuales. Una vez ella quiso administrarse el medicamento con él; a él le dio miedo, no le "agradaba inyectarse".

## PATRÓN DE CONSUMO

Su patrón de consumo de tabaco es de cinco cigarros diarios; de alcohol es social de dos a cuatro copas, de Nuvain de cuatro ampolleta diarias desde hace seis meses.

## HISTORIA FAMILIAR

Lulú proviene de una familia católica; con antecedentes de violencia intrafamiliar, alcoholismo por parte del padre y de sus hermanos varones. Actualmente ella vive con sus padres. Se trata también de una familia reestructurada; su padre estaba casado con quien habría sido tía de Lulú y

hermana mayor de su madre (de Lulú). Del primer matrimonio hay cinco hijos, tres varones y dos mujeres. Lulú es la única hija del segundo matrimonio.

La madre, según Lulú, es una persona muy limpia, ordenada ahorrativa, exigente, preocupona; muy buena chica a pesar de no haber sido valorada por su propia madre (abuela de Lulú), quien prefirió a su hija mayor (la primera esposa del padre de Lulú) por ser bonita. Se dedicó a su casa; su madre no la dejó seguir estudiando a pesar de que era buena alumna en la escuela, lo cual le causó gran dolor, pues le hubiera gustado ser enfermera. Lulú comenta que su madre, al igual que ella misma no fue alguien que tuviera suerte con los muchachos.

La paciente califica la relación con su madre como muy buena, son muy unidas. Desde niña su madre siempre la llevaba con ella a todos lados. Comenta que desde que comenzó a trabajar, se iban juntas a tomar café al *Vips* cada quincena para que su madre se distrajera; la acompañaba cuando llegaba a comprarse ropa; andaban juntas a todos lados. Sin embargo esto últimamente ya no ha sucedido con tanta frecuencia desde que tiene a su actual novio. Su madre se ha vuelto más preocupona y celosa. Cuando dobla turno, él va por ella y llega a su casa como a las doce porque se queda a platicar un poco más tiempo y su madre se la pasa llamándole al celular a cada rato; esto ocurre también cuando sale con él y se excede en llegar a la hora de entrada (10 de la noche).

Refiere que no quiere tener problemas con su padre ya que éste a veces la ofende diciendo que sólo las putas llegan en la madrugada, que una joven decente no anda por la noche en la calle. A él lo describe como un padre enojón, demandante, rígido, poco afectivo, grosero, perfeccionista. Califica su relación como ambigua ya que cuando se hace lo que él quiere, su actitud es agradable; pero cuando uno tiene un punto de vista diferente al suyo, no escucha y se cierra. "Esto ocurre por ejemplo siempre que voy a salir a una fiesta, si yo no estoy a más tardar a las diez de la noche, se enoja y empieza a insultar a mi mamá diciéndole que sólo las putas

anda en la noche en la calle. Al siguiente día no me habla, han pasado meses sin que me hable; lo mismo le pasa a mi mamá cuando ambos se enojan; empiezan a discutir y mi madre se va a dormir conmigo y dejan de hablarse por meses y todo lo hacen a través de mí, siendo yo la que atiende a mi papá en todo. Dice mi mamá que a veces ha accedido o le busca la cara por mí, ya que soy la que paga los platos rotos, recibo todo su mal genio”.

Refiere que la relación de sus padres inició un año después del fallecimiento de su tía, la primera esposa de su padre. Su madre se hizo cargo del cuidado de sus hermanos; le agradó a su padre que alguien conocido atendiera a sus hijos y no entrara una desconocida a su casa. Cuando fallece su tía, sus medios hermanos eran chicos; el mayor tenía 12 años y la más chica 8 años.

La muerte de su tía se debió al descuido en su recuperación post-parto; sus embarazos habían sido de alto riesgo, por ser seguidos, lo cual a su padre no le importó ya que el decía que tendría los hijos que Dios le mandara. Dice Lulú que su padre le daba a su primera esposa una mala vida por sus celos y alcoholismo. Al igual que con su tía, la relación con su madre siempre fue así, de maltrato, que a la larga generó un sentimiento ambiguo hacia su padre, ya que lo quiere, porque nunca le ha faltado nada económicamente; pero al mismo tiempo siente mucho coraje por el trato que le da a su madre. Ésta siempre le dice que lo aguantó para que ella no viviera incomodidades y tuviera oportunidad de superarse, lo que ella no tuvo.

En cuanto a sus medios hermanos, refiere que el primero de ellos tiene 49 años de edad, es divorciado desde hace un par de meses; está pensionado por la compañía de luz y actualmente vive con ellos. El segundo tiene 47 años, y el tercero 45; sus relaciones familiares son conflictivas puesto que, al igual que su padre, son machistas y alcohólicos. Vive la relación con sus hermanos varones de manera distante y superficial.

En cuanto a la relación con sus hermanas las califica como buenas. Ellas le preguntan que cómo le hace para aguantar el carácter de su papá. Cuando llegan a enterarse de los problemas entre ellos, sus hermanas siempre tienen palabras de aliento hacia ella y su mamá. Su mamá no ha querido que su padre y hermanos conozcan de su adicción ya que teme, por un lado, que su padre la corra o le pegue, y por otro, que sus hermanos lo tomen a mal y la discriminen.

## HISTORIA PERSONAL

Lulú comenta que el recuerdo más recurrente de su infancia es cuando fue al kinder. Su madre siempre iba por ella, pero en una ocasión que Lulú salió de la escuela no la encontró, estuvo esperando, llorando y mordiéndose las uñas –conducta que hacía con regularidad- todo el tiempo hasta que llamaron de la escuela a su casa y su madre les dijo que su papá la había ido a recoger, pero se había quedado tomando con un amigo y se le pasó el tiempo. Como estudiante siempre ha tenido muy buen aprovechamiento, sus calificaciones regularmente eran de diez ya que su madre siempre ha estado muy pendiente. Sus padres le exigen; ellos siempre le han dicho que a ella no le falta nada para tener buenas calificaciones, que no debe desperdiciar la oportunidad que tiene. Cuando fue momento de elegir carrera, su madre siempre le dijo que ojalá estudiara enfermería, porque es una carrera que le ayuda a la gente a aliviar su dolor. Estudió en escuelas religiosas, inclusive la carrera de enfermería. Realizó prácticas en el Hospital Mocel. Por su buen desempeño y calificaciones la contrataron al concluir sus estudios, a la edad de 18 años; más tarde la ascienden a la jefatura de enfermería. Comenta que tiene muy buena relación con todos sus compañeros de trabajo, así como con el personal que está a su cargo, pero no tiene una relación de amistad confiable –su madre siempre le dice que un amigo es una moneda

en la bolsa, nada más-, y la perciben como alguien responsable, trabajadora y alegre, que todo el tiempo está contando chistes.

Lulú actualmente vive con sus padres. Afirma que le da miedo dejar a su mamá con su papá, ya que éste la trata mal; ella es la única que realmente cuida a su madre. Menciona que no se ve sin su mamá; cuando lo piensa se deprime.

En cuanto a sus relaciones interpersonales, no tiene amigas, no le tiene confianza a nadie. Sus relaciones se dan dentro del ámbito laboral, su rutina es de su casa al trabajo y viceversa. Actualmente tiene una relación amorosa de unos meses, de tipo formal; sus padres tienen conocimiento de ello y conocen a su novio. Sus relaciones anteriores habían sido clandestinas, porque, por un lado, le daba miedo que sus padres se enteraran y la regañaran, y por otro, ellos no querían que sus novios los conocieran. Narra que uno de ellos quería tener relaciones sexuales en la segunda salida, forcejearon y él terminó por ofenderla y le dijo que sólo la quería para eso. El antepenúltimo era diez años mayor que ella; vivía a unas cuadras de su casa. Lo describe como una persona depresiva y abusadora del alcohol y cocaína; con él inició su consumo de esta droga, cada vez que tenían relaciones sexuales. Él salía al mismo tiempo con otras mujeres y se lo decía, situación que dice no importarles.

#### PAUTAS DE AJUSTE A LA VIDA ADULTA.

##### *Laboral*

Lulú se encuentra actualmente desempleada, por haber sido descubierta del desfalco de medicamento (Nuvain) para su consumo.

### *Social*

Se describe como una persona sociable, alegre a quien le agrada contar chistes, pero sólo en el ambiente laboral; fuera de él no tiene vida social.

### *Familiar*

Actualmente vive con sus padres y su medio hermano mayor, situación que le ha ayudado a no sentirse mal. Se queda sola su mamá cuando ella sale. Refiere que le cuesta mucho trabajo pensarse sin su madre; esto le genera tristeza, no piensa dejarla aunque se llegara a casar. Menciona que "el que se quiera casar conmigo tendrá que aceptar que mi madre viva con nosotros".

### *Sexual*

Actualmente mantiene relaciones sexuales sólo con su pareja.

## **PSICODINAMIA**

### **HIPÓTESIS GENÉTICA**

Por los síntomas que presenta Lulú (el consumo de drogas, por vía intravenosa; ansiedad; lenguaje rápido; voracidad) y por el tipo de relaciones interpersonales de tipo sadomasoquista (lo observamos en la relación con el padre y sus noviazgos), además de que en situaciones estresantes tiende a regresar a puntos de fijación predominantemente orales. Lulú presenta un trastorno de personalidad fronteriza de bajo nivel.

Por las características de la madre (cuidadosa, limpia, preocupada por tener todo en orden) y por las condiciones familiares en que nació (haber sido única hija de su madre, quien al parecer no tenía nada propio en su relación matrimonial, ya que sus "hijos" fueron de su hermana difunta, al igual que su esposo), Lulú representó lo único propio para su madre y, al mismo tiempo, el incesto (el padre está muy atento en la moral de la paciente, de que no se vea como una puta) favoreció la relación simbiótica. Los eventos precipitantes fueron el ascenso y la relación de pareja, que vivió Lulú como amenazantes para la relación simbiótica, lo que desembocó en el predominio de la angustia de separación.

Otro punto de fijación que presenta Lulú es el sádico-anal. Existe una falla en la autoafirmación, posiblemente porque presentó dificultad para poder oponerse a sus padres. Esta dificultad es debida, por un lado, a la inhibición del impulso agresivo, y por otro, al miedo a la pérdida del objeto de amor. Se observa una conducta excesivamente obediente en su desempeño laboral y en la relación que mantiene actualmente en su casa, conducta que no es congruente con la edad que tiene, ya que al vivir en un ambiente familiar hostil por el alcoholismo del padre, nunca fue posible consolidar la autoafirmación, y al presentar una falla en la etapa oral, sus conductas tienden a ser matizadas por voracidad sadomasoquista.

#### HIPÓTESIS DINÁMICA

Su libido general está fijada en un conflicto oral. Por el tipo de identificaciones que introyectó, podemos inferir que éstas presentan un componente sadomasoquista. Su cuerpo no fue suficientemente libinizado, erotizado, por lo que no experimenta sensación de seguridad. Existe una falla en la constancia objetal por lo que la droga simboliza el pecho bueno que tranquiliza la angustia del aniquilamiento.

Su sexualidad también está fija en la organización pregenital oral. Su actividad sexual no está separada de la oralidad y los objetos no están diferenciados, por lo que su vida sexual busca cumplir los fines simbióticos, favorecidos por la ingesta de la droga. A su vez, esta droga ayuda a mantener una sensación de omnipotencia (narcisismo), de retorno a un estado indiferenciado de *self-objeto*.

Los impulsos agresivos están dirigidos predominantemente hacia su cuerpo, al cual hay que controlar y castigar. Esto se observa por el tipo de droga que utiliza y por el tipo de relaciones que mantiene con sus parejas, en las que su cuerpo es utilizado de manera agresiva y devaluatoria.

La falta de integración de las tendencias libidinales y agresivas en Lulú constituye una falla de neutralización de la energía instintiva, y de una acentuada disminución del área libre de conflictos del yo.

#### HIPÓTESIS ECONÓMICA

La paciente invierte la mayor cantidad de energía en controlar el consumo de drogas. Son considerables el desgaste y el derroche de energía en controlar, maltratar y castigar su cuerpo. La energía que le resta es invertida en el trabajo (esta área ha sido invadida). Otro monto de energía está puesto para mantener la relación simbiótica con la madre, quien está favorecida por la relación de sus padres. Lulú tiene que salvar a su madre de la agresión de su padre.

## HIPÓTESIS ESTRUCTURAL

En cuanto a su desarrollo intrapsíquico, Lulú se encuentra en un nivel pre-estructural, su superyó es primitivo, está ocupado en controlar sus impulsos agresivos y la ansiedad de separación.

El yo es frágil, limitado, pues ante la angustia de separación tiene poca tolerancia a la demora y un pobre control de impulsos. Con esa falla, pide un yo auxiliar que le ayude a contenerse. Quiere llevar un tratamiento para que "ahora que vuelva a tener contacto con el medicamento, cuando consiga un nuevo empleo, no caiga en la tentación de volverlo a utilizar".

Debido a la imposibilidad de integrar los objetos y su angustia, el yo de Lulú utiliza los mecanismos de defensa, preferentemente los de bajo nivel, deteriorando significativamente su adaptación social en general.

*Escisión:* Observamos escisión en la internalización parcial de sus representaciones objetales; ve sólo lo malo de sus padres, hermanos y de ella misma, y no puede integrar la parte del enojo con su madre por no defenderse y defenderla del maltrato de su padre.

*Idealización Primitiva:* Se nota en la imagen de la madre, la cual es referida como alguien de buen corazón, inocente, muy limpia.

*Desplazamiento:* Desplaza la agresión hacia su propio cuerpo.

*Disociación:* La disociación le permitió preservar la imagen de su madre y de sí misma, cuidando su integración del ego. Se observa cómo niega la agresión de su propia madre al permitirle a su padre el maltrato a ella.

*Negación:* Otro mecanismo defensivo que utiliza de manera reiterativa en los eventos frustrantes como lo fue el despido de un trabajo donde tenía diez años: "No hay mal que por bien no venga".

*Identificación proyectiva:* Ésta se observa cuando refiere que su novio le pidió que se drogara para tener relaciones.

El área más conflictiva es la de sus vínculos objetales, los cuales son pobres en relación con su desarrollo, ya que están centrados en su familia, básicamente en su relación con su madre. El ello de Lulú parece sobreponerse al yo, permitiendo una libre demanda que no detiene la acción del impulso oral –la utilización del fármaco en su horario laboral.

Desde el punto de vista topográfico, la parte consciente se reduce sólo a la conciencia de la adicción en el área laboral sin reconocer el daño físico que le puede estar produciendo.

*La parte preconsciente* se encuentra en que el estrés le provoca ansiedad, situación que incidió en su consumo de drogas. Lo nuclear del problema, como las fallas estructurales que le dejaron sus primeras relaciones de objeto, es inconsciente.

## HIPÓTESIS ADAPTATIVA

La conducta adaptativa de Lulú es pobre y preestructural. Al parecer el síntoma del consumo de drogas le permite mantener una conducta aparentemente adaptativa en su casa y en el trabajo.

Hay una incapacidad para tolerar cualquier tipo de tensión o ansiedad de separación cuando es ascendida.

Por otro lado, presenta dificultad para mantener relaciones de pareja, ya que se espera que a su edad mantenga una relación estable o consolidada, y las relaciones que mantiene son

de tipo sadomasoquista, repitiendo la relación objetal introyectada, lo cual le confirma que los hombres son abusadores como su padre.

Otro recurso adaptativo había sido la obediencia y la aplicación en el área intelectual ya que fue una niña con buen desempeño al igual que en su trabajo como adulta, pero actualmente ha sido invadida esta área.

## FUNCIONES DEL YO

Lulú presenta disminución en algunas funciones yóicas.

1. *Prueba de realidad*: No existen en Lulú distorsiones en su percepción; su orientación es adecuada en tiempo, persona y espacio; su capacidad para distinguir entre los estímulos internos y externos no presentan alteración.

2. *Juicio*: Para un buen funcionamiento de esta función se requiere una capacidad de anticipar y planear adecuadamente el comportamiento. Vemos que en Lulú existe una falla de juicio en el consumo de drogas puesto que se administraba los faltantes de medicamento en el mismo hospital y al salir del trabajo.

3. *Sentido del mundo y del self*: Existen fallas en la separación de las representaciones del self y de los objetos de Lulú; esto se observa en la relación que mantiene con su mamá, y la dificultad para mantener relaciones estables y significativas.

4. *Las relaciones objetales*: Sus relaciones de objeto son parciales y escindidas, no hay constancia objetal, por lo que está incapacitada para establecer relaciones maduras. Sus relaciones son

de tipo sadomasoquista, por lo que presenta dificultad para reconocer las necesidades propias; de la misma manera, no hay una deficiencia para soportar la ausencia o separación.

5. *La regulación y control de afectos e impulsos:* Hay un pobre control de impulsos, no puede contenerse ella misma; hay una libre demanda de los impulsos orales y no puede controlar la acción de éstos.

6. *Funcionamiento defensivo:* Lulú deposita todo lo malo en su cuerpo, protege un yo bueno en el afuera bueno. Esta disociación le ha permitido relacionarse con el mundo exterior y mantener en cierta medida su equilibrio mental. Gran parte de sus defensas son preestructurales, y permite niveles de defensa bajos.

7. *Regresión adaptativa al servicio del yo:* La regresión en Lulú no está al servicio del yo, sino que resignifica puntos de fijación orales que nunca han sido abandonados.

8. *Pensamiento:* Su atención, formación de conceptos, lenguaje no presentan alteración; a diferencia de la memoria, en donde existe una falla en la evocación de recuerdos dolorosos; el contenido gira alrededor de su propio problema de adicción primordialmente.

9. *Barrera de estímulos:* Al parecer existe una perturbación ya que no refiere ningún dolor físico al administrarse por vía intravenosa el medicamento.

10. *Funcionamiento autónomo:* No se observan alteraciones significativas en la autonomía primaria. No así en la autonomía secundaria, en el área laboral, ya que perdió su trabajo. Esto por el consumo, tanto en su casa como vida personal (terminó su relación).

11. *Funcionamiento sintético-integrativo*: Las representaciones de su self no están bien integradas; no ha logrado integrar sus objetos de manera adecuada; su vida está en función de su conflicto; sus valores morales no son congruentes con el desfalco de medicamentos o de utilización de drogas en sus relaciones sexuales.

12. *Dominio y competencia*: Lulú presenta una falla en esta área, ya que al haber ascendido de puesto generó angustia, resurgiendo un conflicto en el que, por un lado, existe un temor de separación si "crece" (ascender de puesto es crecer) y por otro, de una culpa por ser exitosa, ya que la identificación parcial con el objeto de amor primario es de ser mujer, es de sumisión y devaluación, el hecho de que no aspire al poder, por lo que el ascenso la lleva con la identificación parcial con el padre (autoridad persecutoria).

## PACIENTE SALVADOR

### HISTORIA CLÍNICA

#### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Salvador  
Edad: 16 años  
Escolaridad: 1er semestre de Bachillerato (trunco)  
Nivel socioeconómico: Bajo  
Lugar de nacimiento: Tlanepantla, Estado de México.  
Ocupación: Sin ocupación

#### DATOS DE LOS PADRES

##### *Madre*

Nombre: María  
Edad: 32 años  
Escolaridad: Secundaria  
Ocupación: Hogar

##### *Padre*

Nombre: Juan  
Edad: 32 años  
Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Obrero

Consumidor de drogas (alcohol y marihuana desde los 15 años, actualmente consume aunque solicitó tratamiento después de que concluyeran las entrevistas de Salvador)

#### FUENTE DE REFERENCIA

Salvador fue referido de la escuela a la cual asistía, ya que la madre solicitó al orientador de la escuela ayuda para su hijo. Éste le sugiere que asista a Centros de Integración Juvenil.

Se realizan tres entrevistas de 45 minutos los días 09, 10 y 11 de junio.

#### MOTIVO DE CONSULTA MANIFIESTO

Acude la madre al Centro de Integración Juvenil Tlanepantla, solicitando tratamiento por consumo de marihuana y solventes de su hijo Salvador; éste dice tener seis meses de estarse drogando, con un patrón de consumo irregular. Por ejemplo: "podría consumir un cigarro una vez cada quince días o inhalar una *mona*<sup>21</sup> de PVC una vez al mes".

La demanda de tratamiento es de la madre, quien comenta tener dos meses que se enteró por el olor impregnado en la ropa de su hijo.

#### MOTIVO LATENTE

La demanda de atención es de la madre. Al parecer el consumo de drogas a la madre le genera angustia (de separación, miedo a romper la relación simbiótica que mantiene con Salvador). El consumo de drogas es un intento patológico de separación por parte de Salvador.

## FACTOR PRECIPITANTE

Es en realidad la angustia de separación lo que lo lleva al consumo de drogas, que a su vez le produce una fantasía de separación: en lugar de llevarlo a un rompimiento, lo hace retornar al pasado, no le permite abrir nuevos horizontes, nueva esperanzas y también nuevos miedos, sigue dependiendo de estos objetos de amor primario.

## DIAGNÓSTICO DEL DSM-IV

EJE I: F12.1 Abuso de marihuana leve (305.20)  
F18.1 Abuso de Inhalantes leve (305.90)

EJE II: Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia (V71.02)

EJE III: Sin enfermedad aparente

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo  
Problemas relativos al ambiente social  
Problemas relativos a la enseñanza

EJE V: 61 Algunos síntomas leves

---

<sup>21</sup> Trapo o trozo de estopa impregnado con el inhalante.

## DESCRIPCIÓN DEL PACIENTE

Salvador es un adolescente cuya edad aparente no coincide con la edad cronológica (aparenta menor edad). Su estatura es de 1.60 m aproximadamente, de complexión delgada. Su tez es de color moreno, cabello corto, y se peina con un poco de gel; su cara es alargada con facciones finas; sus ojos son pequeños; boca de tamaño mediano y labios delgados.

Viste con ropa casual en condiciones regulares, pantalones de mezclilla azul tipo *cholo*, camisas holgadas de colores oscuros, tenis en regulares condiciones. A las primeras entrevistas se presenta en buen estado de higiene y aliño. Camina de manera pausada. Una vez sentado permanece en el lugar; excepto por los movimientos que realiza con las manos al hablar, permanece quieto. Estos movimientos y su gesticulación regularmente dan la impresión de tristeza, ya que en momentos trata de no llorar, aunque termina rompiendo en llanto cuando habla de situaciones de violencia de su padre.

Habla con fluidez y con una velocidad adecuada, aunque su tono tiende a ser bajo. Su lenguaje es casual y su vocabulario tiende a ser formal.

En el momento que está su madre, la actitud de Salvador es de sometimiento; regularmente mantiene su cabeza agachada y su mirada fija al suelo, sobretodo cuando habla de situaciones dolorosas o de enojo.

## PRIMERA ENTREVISTA

A la primera entrevista asiste la madre, ya que es procedimiento de la Institución cuando son menores de edad que acuda a la primera entrevista algún familiar.

Entrevistador: Pasen, tomen asiento.

Mamá: Sí, gracias.

E: Buenas tardes señora María. Buenas tardes, Salvador. Y dígame, ¿qué los trae por aquí?.

M: Bueno, pues traigo a mi hijo Salvador porque consume drogas y quisiera que nos ayudaran para que no siga destruyendo su vida, ya que está muy chico para eso.

E: Y dígame, ¿desde cuándo sabe usted que Salvador consume y qué es lo que está consumiendo?

M: Pues yo me enteré hace como un mes y medio o un poquito más, ya que me empezaron a llamar de su escuela porque no asistía a clases, y porque tomó un martillo de su taller y lo expulsaron. Por eso (me) empecé a fijar más en la conducta de mi hijo y me di cuenta que su ropa olía raro, como a pegamento. Y le pregunté por qué olía su ropa a pegamento, y él se puso nervioso. Y fue como me contó que estaba drogándose con esa cosa, me prometió que no lo volvería hacer, pero que no le dijera a su papá y yo le dije que está bien. Pero poco después lo volvió a hacer y fui a la escuela donde iba y le pregunté al orientador donde podía llevar a Salvador, ya que yo no quería anexarlo, pero si sigue así lo voy hacer.

E: Bueno señora María, gracias por su cooperación. Voy a continuar con la entrevista con su hijo, por lo que le pido que lo espere en la recepción. Más adelante a usted se le citará para que asista con la trabajadora social, para que realicen el estudio social y al examen médico que se le realizará a Salvador, si él decide continuar con el tratamiento.

(Sale la mamá)

E: Bueno Salvador, ¿qué me puedes decir tú de por qué asistes a este lugar?

(Se queda callado unos segundos)

Salvador: Pues yo vengo aquí porque me estoy drogando y mi mamá quiere que venga para que ya no me drogue.

E: ¿Y con qué te has estado drogando Salvador?

(Se queda algunos segundos callado, con la cabeza agachada)

S: Pues con PVC y con marihuana, pero con el PVC fue algunas veces, ya que no me gusta mucho.

E: Oye, y ¿cómo está eso de que no te gusta tanto el PVC?

S: Lo que pasa es que me duele la cabeza, pero me gusta porque te sientes como mareado y me da por reírme de todo.

E: ¿Y desde cuándo te drogas?

S: Pues como por enero de este año.

E: ¿Y cuánto es lo que consumes?

(Agacha la cabeza y se sonroja)

S: De PVC de una a dos monas, pero casi no me drogo con eso; fue al inicio, ahora con lo que me drogo más es con marihuana y sólo es un cigarro.

E: ¿Cómo fue que empezaste a drogarte Salvador?

S: Lo que pasa es que a mí casi no me deja salir mi mamá, pero una vez mi papá me pegó porque no había recogido bien el patio. Me dijo que yo nada más me hacía... pendejo y me empezó a dar unas patadas. En eso sale mi mamá y le dice que no me pegue y empiezan a pelear y yo agarro y me salgo al llano, pero yo no quería llorar... (en esos momentos se aguanta el llanto) pero no lo pude evitar y empecé a llorar. En eso estaba Pablo, un amigo que tengo desde el Kinder y me dice que si quiero jugar fútbol, pero ve que estaba llorando y me preguntó que qué me había pasado y le dije que nada. Y me dice: "Mira, ven a jugar, date un toque y vas a ver que

se juega más chido". Y pues la probé y me puse a jugar y vi que se me había olvidado lo de mi casa.

E: Oye, ¿y regularmente se drogan cuando juegan?

S: Pues ellos sí, pero otros amigos no. Pero a mí me empezó a gustar jugar drogado, ya que se siente muy raro cuando corres y, ya que no te cansas fácilmente, y nada más nos estamos riendo.

E: Salvador, ¿y cómo está eso de la escuela, de tus faltas y eso del martillo?

S: Lo que pasa que a veces no entraba a clases porque me iba a las maquinitas o me ponía a jugar fútbol, porque mi mamá no me deja salir. Y lo del martillo fue porque uno de los del salón tomó el martillo y lo vendió en las chácharas y con eso compró marihuana; y pues me amenazaron que si no decía quién había sido, me expulsarían y yo no dije nada y me expulsaron.

E: ¿Y por qué crees que te amenazaron a ti?

S: Lo que pasa es que Pablo es mi mejor amigo, pues desde el kínder lo conozco, pero a mi mamá no le gusta que me junte con él, porque decía que me iba a enviciar. Pero es al que realmente considero mi amigo, ya que él me escucha cuando le digo lo que me pasa en mi casa y nunca se lo ha contado a nadie de los de la escuela o de mi calle.

E: Oye, Salvador, hace un rato me decías que venías porque tu mamá ya no quiere que te drogues, y tú ¿qué dices de venir aquí?

(Se queda callado un momento)

S: Yo no sé si quiero venir.

E: A ver, ¿cómo está eso de que tú no sabes si quieres venir?

S: Lo que pasa, es que no sé qué es lo que tengo que hacer.

E: Pues lo que has estado haciendo hasta ahorita, hablar de ti y sobre tu consumo, de cómo te sientes con eso.

S: Bueno, sí.

E: Vamos a tener dos entrevistas más para conocer un poco de ti y eso ayudará a saber cómo es que vamos a ayudarte para que tú no continúes drogántote, ¿cómo ves?

S: Está bien, voy a entrar solo.

E: Sí. Bueno, entonces nos veremos mañana y pasado mañana a las cuatro de la tarde. Pues eso es todo por hoy Salvador.

(Me levanto, enseguida él hace lo mismo y me da la mano. Bajamos a la recepción y ahí está su mamá esperándolo. Ella ya había pagado).

## SEGUNDA ENTREVISTA.

(Llega Salvador solo, puntualmente. Bajo a la recepción a recibirlo)

E: Pásale Salvador.

(Entra y se sienta en la misma silla)

E: ¿Qué tal? ¿Cómo estás?

S: Bien, aunque por poco y me mojo.

E: Sí, oye, está empezando a llover... Y bueno, en la sesión de ayer me hablabas de cómo habías empezado a drogarte y me gustaría que me hablaras de tu familia.

S: ¿Qué quiere que le cuente de mi familia? (Se queda un momento callado, con la cabeza agachada). Tengo dos hermanos menores que yo. Paco tiene nueve años, estudia la primaria y me llevo mejor con él que con mi hermana Lucia; ella tiene doce años, entró a la secundaria, es la

consentida de mis papás, porque a ella no le dicen nada mis papás de que haga quehacer, y por eso se vuelve insoportable. A mí y a Paco siempre nos mandan hacer todo.

E: ¿Y por qué crees que sea la consentida?

S: Pues mi papá siempre la defiende, no la regaña. Él le dice: "¿Qué tal si con el que se casa la trata mal? Ustedes son cabrones".

E: ¿Y tú mamá qué dice?

S: Mi mamá lo apoya, dice que las mujeres sufren más que los hombres, pues unos hombres dan mala vida. Pero nosotros ¿qué culpa tenemos de que sea mujer?. Sí quiero a mi hermana, pero me cae gorda, no la tolero; por eso cuando no están mis papás la mando más que a mi hermano, pero me dice que cuando venga mi papá me va acusar, pero por lo mientras ya la puse a hacer cosas.

E: Oye, Salvador ¿qué más puedes decir de tus padres?

S: Mi mamá tiene 32 años, no trabaja, creo que está neurótica, siempre está gritando, todo lo que quiere arreglar con gritos; pero cuando está mi papá cambia, ya que trata de defendernos, por eso se pelean; siempre cuando mi papá nos pega o nos dice de cosas, ella le dice que nos va a aburrir.

E: ¿Y qué cosas les dice?

S: Que somos cabrones. A mí siempre me ha tratado más mal que a mi hermano porque cuando era pequeño me pegaba de todo y de nada, y a mi hermano lo insultaba, casi no le pagaba mucho.

E: ¿Alguien de tus familiares consume alcohol o drogas?

S: Sí, mi padre, cuando (yo) era niño consumía alcohol, ahora creo aunque no estoy seguro que se droga con marihuana al igual que sus hermanos. Por parte de la familia de mi mamá, sus

hermanos sólo toman. Los hermanos de mi papá son más tranquilos, ahí nadie se mete con nadie, no molestan como la familia de mi mamá, son escandalosos y nada más están diciendo que me internen.

E: ¿Qué me puedes contar de tu papá?

S: Él tiene 32 años, trabaja en una fábrica, no sé que hace. Cuando está en la casa se la pasa escuchando rock, y no deja que pongamos nuestra música. Se viste como rockero, es muy impulsivo. Recuerdo que mi papá cuando tenía como cuatro años me agarraba y siempre me llevaba cuando estaba borracho a las vías del tren y me decía que si no lo obedecía y lloraba se iba a poner en las vías para que lo arrollara el tren. Además me decía que le dijera que lo quería mucho y yo me aguantaba porque no quería que mi papá se muriera por mi culpa.

(Cuando narra ese evento, aguanta el llanto y se queda callado un momento)

S: Me da mucho coraje con mi papá, pero ni puedo hacer nada.

E: ¿Qué quisieras hacer?

S: Me gustaría poder decirle a mi papá que me aterrorizó con eso. Me acuerdo que empecé a tener miedo a la oscuridad, a darme pena todo, siempre me tenía que aguantar de no llorar. Le daba mucho coraje que yo no quisiera estar con él y prefiriera a mi mamá. Dice que me gusta estar a las faldas de mi mamá. Cuando me pega o me corre, me acuerdo de las vías y me da coraje, pero le tengo mucho miedo.

E: ¿Cómo reaccionó cuando se enteró que te drogabas?

S: Me sorprendió ya que yo pensé que me iba a golpear, pero no dijo nada, yo creo que se sacó de onda, porque a partir de que supo que me drogaba, su actitud cambió, pues ahora casi no me regaña y no me ha golpeado.

E: ¿Y qué piensas de ese cambio de actitud?

S: Pues no sé, a lo mejor le pasó lo mismo que a mi abuelo. Mi mamá me cuenta que mi abuelo también les pegaba mucho cuando eran niños, pero cuando crecieron ya no decía nada, ahora hasta en temporadas vive con nosotros porque nadie lo aguanta y mi papá siente feo y le dice que se quede en la casa, pero cuando se agarra a tomar, se pierde y después regresa y una temporada se tranquiliza y vuelve otra vez.

E: Oye, ¿y tú mamá cómo tomo lo de tu consumo?

S: Pues ahora está más al pendiente de mí, me dice que me quiere mucho, que vea cómo la gente se va perdiendo y que ella no quisiera que yo termine así. Trata de no enojarse tanto, pero siempre termina gritando, pero los que sí se pusieron pesados fueron sus hermanos.

E: ¿A qué te refieres con pesados?

S: Luego, luego que mi mamá les contó que me deberían de internar para que entienda; me dicen que no ande de pinche marihuano, pero ellos no ven lo suyo, ya que por andar de borrachos siguen viviendo en la casa de mi abuela a pesar que están casados. Mi mamá y otra tía son las únicas que viven aparte, aunque todos los domingos vamos a visitarlos, al igual que a la familia de mi papá.

E: ¿Has experimentado con otras drogas?

S: No, sólo con marihuana y PVC.

E: Bueno Salvador, sería todo por hoy.

### TERCERA ENTREVISTA

La tercera sesión asiste la madre. Cuando bajé a recibir a Salvador, su mamá y él estaban como jugando a darse de golpes en el brazo y dice, dirigiéndose a mí: "Mire porque me está pegando" y en Salvador se dibuja una sonrisa.

E: ¿Qué tal Salvador, cómo te va?

S: Pues no muy bien.

E: ¿Y eso, por qué?

S: Ayer tuve muchas ganas de drogarme.

E: ¿Qué pasó?

S: Me enoje con mi papá. Lo que pasa es que ya te había contado que mi papá es más exigente con nosotros que con mi hermana, pues lo que pasa es que le dejó de quehacer a Paco que recogiera el patio y pues Paco ya que iba a llegar mi papá de trabajar, se puso a escombrarlo, pero lo hizo rápido porque estaba empezando a chispear, y mi papá lo encontró haciéndolo y mi mamá le dijo que ya lo dejara, que estaba empezando a llover y mi papá le dijo que ella no se metiera y lo empezó a insultar y ya le iba a pegar, y pues a mí me dio mucho coraje, y me metí, le dije que no le pegara, que nada más a ellos los pone a hacer cosas y a su hija no la ponía a hacer nada, y me dijo que yo no me metiera; le vi en su cara el enojo y pensé que me pegaría, pero se dio la media vuelta y se metió a la casa, y pues me quedé afuera porque me dio mucho coraje, me puse a llorar y eso me enoja.

E: No entiendo ¿qué es lo que te enoja?

S: Pues me da coraje que siempre termino por llorar y no me gusta, ya que no me puedo controlar.

E: ¿Y qué pasa cuando no te puedes controlar?

S: Pues me dan ganas de golpearme o golpear y mejor insulto y me salgo para relajarme, me encuentro a mis amigos y pues me invitan a darme un toque y pues se me hace fácil y lo termino haciendo otra vez.

E: ¿Has intentado dejar de drogarte?

S: Pues siempre digo: "Ahora no lo voy hacer",a y pues me encuentro a mis amigos y se me antoja y pues vuelvo.

E: Oye Salvador, y aparte de Pablo ¿hay alguien a quién le tengas confianza?

S: A mi mamá.

E: ¿Y a parte de tu mamá?

S: Pues a nadie.

E: ¿A qué crees que se deba a que sólo le tengas confianza a tu mamá y a Pablo?

S: Yo siempre he sido tímido desde niño, pero cuando entré a la secundaria se me fue quitando un poco, pero cuando me drogo me di cuenta que me arriesgo a jugar, a hablarle a las mujeres.

E: ¿Cómo es que te arriesgas a jugar o hablarles a las mujeres?

S: Sí, por ejemplo, yo si no andaba con Pablo, pues no me arriesgaba a jugar, ya que no me agrada que me avienten o se barran, ya que me enoja mucho, no me aguanto y termino peleándome, pero al mismo tiempo como que me dan ganas de llorar y me da más coraje y ahora que me estaba drogando, pues ni me enoja y me da mucha risa.

E: ¿Y con las chavas qué pasa?

S: Pues casi lo mismo; antes íbamos Pablo y yo a ver a amigas y él era el que hablaba y se las cotorreaba y yo me la pasaba callado y luego me decían que si era mudo.

E: ¿Y tú qué decías cuando te decían eso?

S: Pues me daba pena y me ponía bien rojo.

E: ¿Y has tenido novia?

S: No.

E: ¿Y eso por qué?

S: Lo que pasa es que cuando le quiero decir a una muchacha que si quiere ser mi novia, a la mera hora me arrepiento y no lo hago.

E: ¿Y eso, por qué crees que te pase?

S: Pues no sé, porque yo sé que les gusto, pero pues a la mera hora no puedo, se me olvida qué les voy a decir y pues digo: "Luego", y por eso ellas después, yo creo que se desesperan y andan con otro.

E: ¿Y cómo te has sentido con eso?

S: Pues ahora, pues ya no me importa tanto.

E: ¿Y qué es lo que te importa?

S: Pues no sé, quisiera entrar a la escuela otra vez, no me gusta ver a mi mamá triste.

E: ¿Y dónde te gustaría entrar?

S: Pues a un bachilleres.

E: ¿Y cómo te ha ido en la escuela?

S: Regular.

E: ¿A qué te refieres con regular?

S: Pues no era de dieces, pero sí de ocho.

E: ¿Qué me puedes contar de la escuela?

S: En el kínder no me gustaba. Al principio me ponía a llorar casi todo el primer año y cuando me empecé a juntar con Pablo me gustaba ir, ya que no me daba miedo, pero yo siempre fui miedoso; no me gustaba salir en bailables.

E: ¿Y eso, por qué?

S: Me daba pena que me vieran, yo decía que tal si se me olvidan los pasos y me va a regañar la maestra, lo mismo fue en la primaria, pero ahí nos separamos, nos tocaron en diferentes salones, ¡ah!, pero al recreo lo veía y nos poníamos a jugar.

E: ¿Reprobaste algún grado escolar?

S: No, sólo en tercero de secundaria, matemáticas, ya que reprobaba los exámenes y no pasaba al pizarrón para acumular puntos y subir el promedio de los exámenes, y no me gustaba pasar, pues me reprobó; por eso no iba a salir igual que los demás. Mi mamá tuvo que ir hablar con el maestro y me aplicaron un examen extraordinario y con ejercicios y me pasó.

E: ¿Y en el CBTIS, cómo te fue?

S: Ahí fue cuando empecé a irme de pinta y pues reprobé la mayoría de materias, además, de que empecé a drogarme, y pasó lo del martillo y me expulsan, y es cuando está mi mamá sobre mí, y se da cuenta y me trae aquí.

E: Al parecer Pablo es alguien que ha estado muy cerca de ti, ¿qué me puedes decir de él?

S: Él vive con su abuela y su tía desde chico, y que su mamá se fue con otro hombre y se lo dejó a su abuelita. A su papá no lo conoció. Como su abuelita está muy viejita, pues ya no se mete mucho con él. Su tía se la pasa trabajando, creo que por eso Pablo se la pasa en la calle, le hace falta su mamá.

E: ¿Y a ti qué crees que te haga falta?

S: No sé. Mi mamá me dice que lo tengo todo, que entienda a mi papá como es, que él nos quiere mucho.

E: Bueno Salvador, por hoy sería todo, la próxima semana tienes cita con la Dra. Silva, con la trabajadora social y nosotros nos encontraremos para la aplicación de algunas pruebas psicológicas que permitan conocer más de ti y saber cómo trabajaremos.

S: Gracias. Nos vemos la próxima semana.

## RELACIÓN A LA TEORIA

Blos refiere que *"el curso de la adolescencia propiamente, a menudo conocida como adolescencia media, es de finalidad inminente y cambios decisivos; en comparación con las fases anteriores, la vida emocional es más intensa, más profunda y con mayores horizontes"*<sup>22</sup>.

Como vemos en Salvador no existen estas características ya que no existen relaciones significativas fuera de la familia, ni siquiera con Pablo, el cual al parecer ha prevalecido a lo largo de su desarrollo. Esta relación de tipo simbiótica le permitió manejar la angustia de separación.

Para Blos el *"adolescente por fin se desprende de los objetos infantiles de amor, lo que con anterioridad ha tratado de hacer muchas veces. Los deseos edípicos y sus conflictos surgen nuevamente. La finalidad de esta ruptura interna con el pasado agita y centra la vida emocional del adolescente; al mismo tiempo esta separación o rompimiento abre nuevos horizontes, nuevas esperanzas y también nuevos miedos"*<sup>23</sup>.

Vemos en Salvador que no ha podido retirar la catexis hacia los padres, o más bien de la representación de los objetos infantiles de amor no alterando la economía libidinal. Esta energía no está desagresivizada; se observa cuando menciona que su madre y Pablo son las únicas personas a quienes les tiene confianza, lo que nos puede hablar de que Salvador invierte una importante cantidad de energía en seguir con relaciones de objeto infantiles. Es en realidad la angustia

---

<sup>22</sup> BLOS, Peter, *Psicoanálisis de la adolescencia*, Traducción de Ramón Parres y Rosa Witemberg, 3ª edición, Editorial Joaquín Mortiz, México, 1986, p. 132

<sup>23</sup> *Ibid.*, pp. 132-133.

de separación lo que lo lleva al consumo de drogas, que a su vez le produce una fantasía de separación: en lugar de llevarlo a un rompimiento, lo hace retornar al pasado, no le permite abrir nuevos horizontes, nueva esperanzas y también nuevos miedos, sigue dependiendo de estos objetos de amor primario (Mahler).

Refiere Blos que *“las defensas narcisistas, tan características de la adolescencia, son ocasionadas por inhabilidad de dejar al padre gratificante, de cuya omnipotencia el niño llega a depender, más que del desarrollo de sus propias facultades. Tal niño, al entrar a la adolescencia temprana, se encuentra totalmente incapacitado para enfrentarse a la desilusión de sí mismo, por su logro real ilimitado en la realidad<sup>24</sup>”*.

Al parecer esos diálogos de amor que menciona Kaplan, en la situación de Salvador estuvieron matizados de angustia y agresión, lo que nos hace suponer que en sus primeras relaciones de objeto existía una deficiente relación objetal, no se brindó la sensación óptima de seguridad y amor (para Winnicott, *“confianza básica”*) que se requiere para poder separarse, diferenciarse y enfrentar la desilusión de sí mismo. En él, la droga representa simbólicamente la conquista de la madre, pero no erótica, edípica, sino la simbiótica, de acuerdo al modelo del yo ideal, del narcisismo primario. La censura no se presenta, no existe, o simplemente no se acepta.

El narcisismo parece desplazado sobre este nuevo yo ideal adornado, como el infantil, con todas las perfecciones. No quiere renunciar a la perfección de su niñez, intenta conquistarla de nuevo bajo la forma del ideal del yo.

---

<sup>24</sup> Ibid., p. 136.

## PSICODINAMIA

### HIPÓTESIS GENÉTICA

El consumo de drogas, la baja autoestima, el llanto incontrolable, la conducta impulsiva, la dificultad para integrarse a los juegos de contacto físico, en suma, su consumo de drogas y las características de los padres nos permiten inferir que lo esencial y nuclear del problema de Salvador tiene su origen en una perturbación de sus primeras relaciones de objeto, por lo que presenta fallas en la consolidación de la constancia objetal, en el desarrollo del narcisismo, lo que da como resultado una fijación de tipo oral.

Como ya dijimos, es en realidad la angustia de separación lo que lo lleva al consumo de drogas, que a su vez le produce una fantasía de separación: en lugar de llevarlo a un rompimiento, lo hace retornar al pasado, no permitiéndole abrir nuevos horizontes, nueva esperanzas y también nuevos miedos, sigue dependiendo de estos objetos de amor primario (Blos).

Todo ello nos habla de que posiblemente su madre fue incapaz de funcionar como *self-object* arcaico que le proporcionara una adecuada maternalización, que lo tranquilizara de sus fantasías persecutorias.

Posiblemente esta deficiencia en la función materna fue debido a la corta edad de sus padres –por cierto la misma que tiene actualmente Salvador. La relación de sus padres fue para cubrir sus necesidades simbióticas no satisfechas, a través del ejercicio de su seudosexualidad.

Ambos padres provienen de familias que presentan un estilo de vida de adicción y de violencia familiar. El padre de Salvador iniciaba problemas de adicción por lo que no le brindó a su madre las condiciones necesarias para un adecuado maternaje, sometiéndolo a las necesidades de ella, convirtiéndolo así, en su objeto de deseo que cubra sus ansiedades. Al no presentar

la madre de Salvador la capacidad de identificarse con él, no le brindó un adecuado *holding* (Winnicott) que le permitiera tener sus primeras experiencias objetales de tipo omnipotente.

Al haber vivido un evento traumático de manera reiterativa como el que nos refiere Salvador: "Recuerdo que mi papá cuando tenía como cuatro años me agarraba y siempre me llevaba cuando estaba borracho a las vías del tren, y me decía que si lo desobedecía y lloraba, se iba a poner en las vías para que lo arrollara el tren, además me decía que le dijera que lo quería mucho y me aguantaba por que no quería que mi papá se muriera por mi culpa".

Otro punto de fijación que presenta Salvador es sádico-anal; existe una falla en la autoafirmación posiblemente porque presentó dificultad para oponerse a los padres infantiles debido a que se inhibió el impulso agresivo y al miedo de la pérdida del primer objeto de amor.

La influencia parental no estimuló el crecimiento del yo y al apoyo del control, la inhibición parcial, la fusión parcial y la neutralización de las pulsiones, para ponerlas al servicio del yo y al funcionamiento del proceso secundario. En consecuencia, el desarrollo psicosexual en Salvador presenta fallas significativas que no le han permitido la maduración de sentimientos, actos y sentido de realidad, promoviendo el establecimiento de relaciones personales, sociales y de identificaciones sólidas con objetos de amor en el yo y en el superyó.

## HIPÓTESIS DINÁMICA

Su libido en general está fijada en su conflicto oral. Por la calidad del maternaje que tuvo Salvador, podemos afirmar que no recibió una respuesta empática a sus necesidades, su cuerpo no fue lo suficientemente libinizado, cuidado, erotizado, por las caricias y el cuidado materno, este hecho limitó a Salvador en la adquisición de habilidades que posteriormente le permitieran autocontrolarse, calmarse y experimentar la sensación de seguridad.

Los impulsos agresivos están dirigidos hacia su cuerpo pues éste representa el objeto "malo", "persecutorio" al que tiene que controlar, maltratar. Al convertir el cuerpo en el objeto "malo", preserva su posibilidad de relacionarse con el mundo exterior y de mantener, en cierta medida, el equilibrio mental; preserva así una fuente de inseguridad, pero no resuelve su conflicto. Lo anterior lo podemos observar cuando dice: "Pues me da coraje que siempre termino llorando de todo y no me gusta, ya que no puedo controlar el llanto. Después me dan ganas de golpearme o golpear, me insulto y mejor me salgo para relajarme, me encuentro a mis amigos y pues me invitan a jugar y a darme un toque, y pues se me hace fácil y lo termino haciendo otra vez, pero me he dado cuenta que sólo así he podido controlar mi coraje y las ganas de llorar".

La falta de integración de las tendencias libidinales y agresivas en Salvador constituye una falla de neutralización de la energía instintiva y una acentuada disminución del área de conflicto del yo, por lo que Salvador ha presentado problemas en el área escolar y creativa: "Sólo en tercero de secundaria, matemáticas ya que reprobaba los exámenes y no pasaba al pizarrón para acumular puntos y subir el promedio de los exámenes, y como no me gustaba pasar porque no me gusta que me vean, que se burlen si me equivoco, pues me reprobaron, por eso no iba a salir; mi mamá tuvo que ir a hablar con el maestro y me aplicaron un examen extraordinario y unos ejercicios y me pasaron. (...) Empecé a irme de pinta y pues reprobé la mayoría de materias, además de que empecé a drogarme, pasó lo del martillo y me expulsaron".

## HIPÓTESIS ECONÓMICA

Salvador invierte una gran cantidad de energía en controlar su agresión, en donde su energía y atención mental están centrados en negar su "angustia de separación" de sus primeros objetos de amor.

Vemos en Salvador que no ha podido retirar la catexia de sus primeros objetos infantiles de amor, tampoco ha alterado la economía libidinal, esta energía no está neutralizada; se puede observar cuando menciona que su madre y Pablo son las únicas personas a quienes les tiene confianza, lo que nos puede hablar de que Salvador invierte una importante cantidad de energía en seguir con relaciones de objeto infantiles, y como consecuencia, las demandas de mundo (adulto) externo generan en el joven una gran angustia.

## HIPÓTESIS ESTRUCTURAL

En cuanto a su desarrollo intrapsíquico, Salvador se encuentra a un nivel preestructural, presenta precursores superyóicos punitivos. Están ocupados en controlar maltratar y castigar a su cuerpo ("objeto malo"). Este superyó de naturaleza arcaica, que persigue y castiga de manera sádica, se puede observar en núcleos superyóicos primitivos y sádicos que lo llevan a una auto-crítica constante: "Me daba pena que me vieran, yo decía. '¿Qué tal si se me olvidan los pasos y me va a regañar la maestra?' Lo mismo fue en la primaria".

Su yo ideal lo podemos ver en sus dificultosos logros escolares, cuando se refiere a su rendimiento escolar ("Regular, pues no era de dieces") tienen que ver con los problemas relacionados con una identidad o concepto de sí mismo intensamente despreciables (si bien dissociados o reprimidos) y un concepto de los objetos, en igual forma devaluados.

Su yo es frágil, pues ante las demandas propias de la adolescencia (ello) y las del mundo externo, presenta poca tolerancia a la frustración y un pobre control de impulsos. Frente a tal incompetencia, la droga sustituye al "pecho bueno" que contiene la angustia de separación. De esta manera el ello parece sobreponerse al yo, permitiendo una libre demanda, que no detiene la acción del impulso oral: "Pues siempre digo: 'Ahora no lo voy hacer' y pues me encuentro a mis amigos y se me antoja y pues vuelvo a drogarme".

Desde el punto de vista topográfico, la parte consciente se reduce sólo a darse cuenta del miedo y coraje que le tiene a su padre, pero no puede enfrentarlo: "me da mucho coraje con mi papá, pero no puedo hacer nada".

En la parte preconsciente, sospecha que a través de consumo de drogas sus miedos y angustias desaparecen.

Lo nuclear del problema, como lo son las fallas estructurales en Salvador que le dejaron sus primeras relaciones de objeto, (la angustia de separación, a perder el objeto de amor primario) son inconscientes.

#### HIPÓTESIS ADAPTATIVA

La conducta adaptativa de Salvador es pobre. En términos de Kohut, aparentemente utiliza la relación con su amigo Pablo como ese *self-object* que cumpla la función de espejo y de tranquilizador cuando sea requerido.

Existe incapacidad para tolerar cualquier tipo de tensión y frustración, reacciona de manera impulsiva: Cuando su padre le pega e insulta y su madre lo defiende y sobreviene una discusión, Salvador siente gran dolor; huye de casa, se encuentra a su amigo Pablo, quien lo invita a jugar fútbol y a "darse un toque", le dice que "así se juega más chido", es entonces cuando Salvador prueba la droga y nota que se le olvida lo sucedido en casa.

#### FUNCIONES DEL YO

1. *Prueba de realidad*: No existen en Salvador distorsiones en su percepción. Su orientación es adecuada en tiempo, persona y espacio. Su capacidad para distinguir los estímulos internos y externos no presenta alteración. Por lo que el nivel de funcionamiento es de normal promedio.

2. *Juicio*: Para un buen funcionamiento de esta función se requiere una capacidad para anticipar y planear adecuadamente el comportamiento. Vemos que Salvador no puede romper el círculo vicioso en que está, a pesar del peligro que representa el consumo de drogas, no hay capacidad de demora, ni control de impulsos (*acting-out*), ni un adecuado funcionamiento del superyó (ser cómplice de conductas antisociales: robo de martillo en la escuela). Por lo que el funcionamiento del juicio en Salvador en esta área es inapropiado y presenta un nivel de funcionamiento con disturbio mínimo.

3. *Sentido de realidad del mundo y del self*: Existen fallas en la separación de las representaciones del self y de sus objetos. El self está puesto como objeto persecutorio devaluado. El pecho materno dañó la imagen del self y el concepto de sí mismo. Su autoestima es baja. Las drogas es un *self-object* que da a Salvador cohesión a su self. El cuerpo es experimentado como un enemigo del yo al que hay que controlar (Manifestación de dolor y agresión indiferenciada a través del acto de llorar); por lo tanto, el nivel de funcionamiento presenta disturbio medio (aunado además por el período de la adolescencia).

4. *Relaciones objetales*: Sus relaciones de objeto son parciales y escindidas, no hay constancia objetal. Por lo que presenta tendencia para establecer relaciones que cubran necesidades simbióticas (además favorecida por el proceso adolescente), dependientes: es atraído por alguien que satisfaga sus necesidades orales, además están ligadas a la preservación del self: "El kínder no me gustaba al principio; lloré casi todo el primer año; yo siempre estuve muy apegado a mi mamá, prefería estar con ella que jugar con otros niños. Cuando me empecé a juntar con Pablo me gustó ir, ya no me daba miedo estar solo. Si no andaba con Pablo pues como que no me arriesgaba a jugar, no me gusta que me avienten o se barran, me enoja mucho, no me aguanto y

termino peleándome, pero al mismo tiempo como que me dan ganas de llorar y me da más coraje, y ahora que me estaba drogando pues ni me enoja, se me quitan las ganas de llorar y me da mucha risa". Presenta un nivel de funcionamiento con mayor disturbio.

5. *Regulación y control de impulsos y afectos*: Hay un pobre control de impulsos, no puede contenerse a sí mismo; hay una libre demanda de los impulsos orales y no puede controlar la acción de éstos. Existe poca tolerancia a la frustración, no sólo caracterizada por el proceso de la adolescencia sino por la precaria función materna como yo auxiliar: "Me da coraje que siempre termino llorando de todo y no me gusta, ya que no puedo controlar el llanto. Después me dan ganas de golpearme o golpear, me insulto y mejor me salgo para relajarme, me encuentro a mis amigos y pues me invitan a jugar y a darme un toque y pues se me hace fácil y lo termino haciendo otra vez, pero me he dado cuenta que sólo así he podido controlar mi coraje y las ganas de llorar".

6. *Regresión adaptativa al servicio del yo (Rasy)*: La regresión en Salvador no está al servicio del yo; toda regresión rehabilita puntos de fijación oral que nunca han sido abandonados y que reviven el abandono y la carencia primaria, por lo que la regresión que presenta Salvador es egodistónica, además muestra un nivel de funcionamiento con mayor disturbio: "No me gusta que cuando juego fútbol se me avienten o se barran, me enoja mucho, no me aguanto y termino peleándome, pero al mismo tiempo como que me dan ganas de llorar y me da más coraje"

7. *Pensamiento*: Al parecer Salvador está reproduciendo modelos parentales de los que aprendió a no mediatizar el impulso con el pensamiento. Frente a la ansiedad, o el hacer cosas impulsivamente para calmar la angustia, se fue construyendo en Salvador un patrón de conducta donde el pensar, esperar y controlar los impulsos no existen, en cambio la acción y especialmente la acción tóxica sustituye el pensar. De ahí que presente funcionamiento con disturbio medio.

8. *Barrera contra estímulos*: Parece que no existe ninguna perturbación en esta función. Nivel de funcionamiento normal o promedio.

9. *Funcionamiento autónomo*: No se observan alteraciones significativas en el funcionamiento de la autonomía primaria (visión, audición, lenguaje, memoria, inteligencia, funcionamiento motor). En cuanto a los aparatos de autonomía secundaria, se observa que el consumo de drogas ha alterado sus hábitos, tareas rutinarias; lo podemos observar por el siguiente comentario: "Lo que pasa es que a veces no entraba a clases porque me iba a las maquinitas o me ponía a jugar fútbol". Esto hace notar un nivel de funcionamiento con disturbio medio.

10. *Funcionamiento sintético-integrativo*: Las representaciones del self no están bien integradas, no ha logrado unir sus objetos parciales de manera adecuada. Su vida está planeada en función de los deseos del ello. Cuando por momentos llega a encarar su vida, no tiene fuerzas para enfrentar los límites de la realidad externa y es entonces que recurre a las drogas que operan como fuerza extra que ofrece la ilusión de poder vivir una existencia con un menor sentimiento de vulnerabilidad que la que realmente posee. Tiene un nivel de funcionamiento con mayor disturbio: "Lo que pasa es que no me deja salir mi mamá, pero una vez mi papá me pegó porque no había recogido bien el patio; me dijo que yo nada más me hacía... pendejo y me empezó a dar unas patadas; en eso sale mi mamá y le dice que no me pegue y empiezan a pelear; agarro y me salgo al llano, pero yo no quería llorar... (En esos momentos se contiene el llanto) pero no lo pude evitar y empecé a llorar. En eso estaba Pablo, un amigo que tengo desde el kínder, y me dice que si quiero jugar fútbol, pero ve que estaba llorando y me preguntó que me había pasado y le dije que nada, me dijo: "Mira, ven a jugar date un toque y vas a ver que se juega más chido", pues la probé y me puse a jugar, y vi que se me había olvidado lo de mi casa".

11. *Dominio y competencia*: Salvador presenta considerablemente disminuida esta área ya que ha “dependido” de los demás (madre, Pablo) para poder “enfrentar sus miedos”, de modo que en él prevalece de manera latente un sentimiento de vulnerabilidad, de incompetencia.

12. *Funcionamiento defensivo*: Al parecer e Salvador prevalecen defensas pregenitales como la disociación, la idealización primitiva; deposita todo lo malo en su cuerpo; protege la existencia de un yo bueno, anhelado, en el afuera; la ansiedad se presenta flotante; el afecto está predominando sobre el pensamiento reflexivo. La disociación le ha permitido a Salvador relacionarse con el mundo exterior y mantener en cierta medida su equilibrio mental. Las defensas narcisistas, tan características de la adolescencia, son ocasionadas por inhabilidad de dejar al padre gratificante, de cuya omnipotencia el niño llega a depender más que del desarrollo de sus propias facultades. Tal niño, al entrar a la adolescencia temprana, se encuentra totalmente incapacitado para enfrentarse a la desilusión de sí mismo, por su logro real ilimitado en la realidad (Blos).

## MECANISMOS DE DEFENSA

*Escisión*: Salvador busca en el afuera un objeto “bueno” idealizado y convierte a su cuerpo en el objeto “malo”.

*Idealización primitiva*: El objeto externo, en este caso su “madre”, “Pablo”, lo ve como totalmente bueno: “Lo que pasa es que Pablo es mi mejor amigo, pues desde el kínder lo conozco; es mi único amigo; realmente lo considero mi amigo ya que él me escucha cuando le digo lo que pasa en mi casa, nunca se lo ha contado a nadie de la escuela o mi calle”.

*Identificación proyectiva:* Los impulsos no tolerados por el yo de Salvador han sido proyectados sobre otro objeto, en este caso a su propio cuerpo.

*Negación:* Evita todo lo que le produce angustia de separación o pérdida del objeto amado.

*Desplazamiento:* Desplaza hacia su hermana su ambivalencia "la quiero pero me cae gorda, no la tolero".

## ADAPTATIVA

La conducta adaptativa en Salvador es pobre. De acuerdo con Kalina, la adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar la drogadicción, pues es el periodo de resolución del proceso simbiótico; al parecer el síntoma de consumo de drogas le permite a Salvador tolerar la angustia de separación y las demandas del mundo externo.

## CONCLUSIONES

La literatura psicoanalítica contemporánea presenta diversas vertientes que constituyen la evidencia de la riqueza conceptual, el alcance conceptual y científico, y la amplitud de campos en los que incide el pensamiento de Sigmund Freud y sus discípulos.

Dentro de estas vertientes, se encuentra la que en la actualidad se considera la teoría psicoanalítica clásica, que se atiene a los conceptos de la hipótesis estructural del conflicto intrapsíquico, y alrededor de la cual se han realizado innumerables trabajos e investigaciones del más alto nivel. Otra línea de investigación psicoanalítica a la que se le ha dado cada vez más importancia, tanto en el ámbito teórico como clínico, es la teoría de las relaciones de objeto en psicoanálisis.

Si se consideran estas dos opciones desde una visión externa, parecen ser opuestas, ya que mientras una pone énfasis en los aspectos intrapsíquicos como motivadores de la conducta, la otra señala la importancia que tiene para el establecimiento de la conducta la vicisitud de la relación temprana del niño con sus objetos, particularmente los padres. Esta es una visión incorrecta. Como pudimos observar a través de las psicodinámicas en los casos clínicos, ambos procesos, la relación de objeto temprana y la formación de la estructura intrapsíquica, están profundamente interrelacionados particularmente en el periodo del desarrollo temprano del niño.

El planteamiento del presente trabajo contribuyó a conocer cómo se encuentra el funcionamiento psicodinámico y la vicisitud de las primeras relaciones de objeto, en particular la de los padres, y cómo estos procesos influyeron en la formación del síntoma de la adicción a las drogas en los casos clínicos. En este sentido, resaltamos los siguientes puntos:

En cuanto al funcionamiento dinámico-estructural, podemos señalar que se encontró similitud en los tres casos de estudio, esto es, presentan un funcionamiento pre-estructural.

Cobijándonos en el señalamiento de Kernberg en cuanto al “grado de integración del superyó, junto con la calidad de las relaciones de objeto, son dos de los criterios estructurales de índole pronóstica más importantes para estructuras limítrofes”, exploramos con mayor precisión los casos clínicos a través de las psicodinamias, y encontramos características y funcionamiento del superyó y su relación con las relaciones de objeto pre-estructural, como las describe Garza en su libro, “El superyó en la práctica psicoanalíticas”<sup>1</sup>.

“Las alteraciones estructurales tempranas, que derivan de la fijación en mecanismos es-cisivos... impiden el desarrollo normal e integración de las dos subestructuras pregenitales, precursoras del superyó: precursores sádicos agresivamente derivados y representaciones ideales de *self* y objeto. Este trastorno en el desarrollo e integración de precursores tempranos del superyó, complica e interfiere con la internalización más selectiva de las prohibiciones más realistas y demandadas parentales de la fase edípica –todo esto finalmente imposibilita la consolidación de un superyó autónomo, abstracto, despersonificado e individualizado. Los trastornos de desarrollo del superyó son causa, a su vez, de la falta de guía inspiracional, preventiva y moralmente reforzadora, que el superyó ofrece al yo en desarrollo<sup>2</sup>.

En el análisis psicodinámico de los casos clínicos se encontraron algunas de las manifestaciones patológicas del superyó, que caracteriza a estructuras limítrofes y a otras:

#### *Culpa paranoide*

El superyó presenta un nivel de estructuración pregenital, predomina la culpa de tipo paranoide; entre otras, “una inhabilidad para sufrir culpa depresiva de un alto nivel, que refleje la capacidad

---

<sup>1</sup> Garza Guerrero, César. *El superyó en la teoría y la práctica psicoanalíticas*. Paidós, México, 1989.

<sup>2</sup> *Ibid.* p. 103.

para preocuparse auténticamente por el impacto de la agresión sobre sí mismo y sobre los demás, tipifica a la mayoría de los pacientes con una estructura limitrofe. En lugar de esta experiencia, la proyección de precursores primitivos sádicos del superyó repersonifican en el afuera persecutores en potencia, que colorean su "culpa" de tinte paranoide, de ahí su sensibilidad de ser criticados, y sin embargo, con una sorprendente insensibilidad y falta de "tacto humano" frente a otros"<sup>3</sup>.

Observamos en Soledad esta culpa cuando se presenta a Centros de Integración Juvenil A.C. solicitando tratamiento porque hace 15 días consumió alcohol hasta embriagarse en la fiesta de cumpleaños de su hija mayor, ofende a su familia, en especial a su madre y hermana mayor a las que quiso golpear. A partir de ese evento tiene el fuerte deseo de inhalar esmalte de uñas.

#### *Sistema de valores contradictorios*

La falla de un sistema de un sistema de valores integrado y estable es causa también de serias contradicciones entre su ideología profesada y su conducta manifiesta, o entre los dictados de precursores superyóicos y rasgos de carácter incompatibles<sup>4</sup>.

En su vida cotidiana, Lulú tiene un rol de hija de familia, donde no le permiten llegar tarde a su casa; en su vida académica y profesional se ha desarrollado en un ambiente religioso; pero el área de su sexualidad, totalmente opuesta a su estilo de vida, mantiene una relación promiscua y consume de drogas.

#### *Sadismo*

Garza Guerrero explica que la "condensación patológica de precursores idealizados del superyó (*self*-ideal y objeto-ideal) con las imágenes del *self* en desarrollo (*self*-real) determina la consoli-

---

<sup>3</sup> Ibid. p. 103-104.

<sup>4</sup> Ibid. p. 105-106.

dación de la identidad alrededor de un "*self* grandioso". Esta integración patológica borra la delimitación normal entre el yo y el superyó, y es causa de severa patología del superyó en la personalidad narcisista. Cuando esta condensación patológica toma lugar bajo condiciones de una escasa disponibilidad de precursores superyóicos idealizados, la inmodulada infiltración del yo por precursores sádicos, agresivamente derivados, lleva al establecimiento de un concepto de sí mismo donde se cristaliza la identificación con el objeto sádico omnipotente y cruel<sup>5</sup>.

Este objeto para Salvador es obviamente su padre quien, en un recuerdo recurrente de Salvador, se pone sobre las vías del tren y le decía que lo quería mucho. "Me gustaría poder decirle a mi papá que me aterrorizó con eso, me acuerdo que empecé a tener miedo a la oscuridad, a darme pena todo, siempre me tenía que aguantarme el no llorar".

En cuanto al nivel de funcionamiento del yo, encontramos semejanza en los tres casos: Se presenta un yo débil, limitado, invadido, intolerante ante situaciones estresantes, angustiantes, inherentes de la vida, así como a las demandas del ello y de los precursores superyóicos, por lo que muestran un disminuido funcionamiento en las siguientes áreas: juicio, sentido de realidad, relaciones objetales, regulación y control de impulsos y afectos, funcionamiento defensivo, regresión adaptativa al servicio del yo, dominio y competencia y, finalmente, funcionamiento sintético-integrativo.

Para Freud, la tarea principal del yo es reconciliar las demandas conflictivas del ello, el superyó y el mundo externo. Sobre esta base, Hartmann casi 40 años después postula que la tarea de la función sintética del yo es supraordenar las demás funciones del yo<sup>6</sup>.

Nunberg afirma que el funcionamiento yóico tiene ventajas económicas al resolver contradicciones del pensamiento, afecto o acción. Al existir una falla en el funcionamiento sintético

---

<sup>5</sup> Ibid. p. 113.

<sup>6</sup> Hilda Díaz y sus colaboradores en su tesis hacen una revisión de estos conceptos. Op. cit. pp. 74-76.

se originan síntomas, puesto que no se pueden conciliar las fuerzas conflictivas. Dicho síntoma es vivenciado como egodistónico, pero a través de un proceso reintegrativo, se desarrollan ganancias secundarias y se transforma como egosintónico. Atribuye al eros la función sintética.

En la literatura psicoanalítica se han ofrecido diversas interpretaciones de la función sintética. La diferencia entre la síntesis, organización e integración se basa en el grado de energía neutralizada o instintualizada; así, la síntesis implica el grado de neutralización más bajo, mientras que el funcionamiento integrativo, que incluye las funciones organizadoras autónomas, usa energía altamente neutralizada.

Shilder postula que la función sintética está sujeta a diferentes fases del desarrollo del pensamiento que serían: primero, el material de la percepción es integrado inconscientemente, después se integra a un nivel superior donde las relaciones objetales implícitas son apercibidas, y así sucesivamente, hasta que todo material se relacione con la personalidad. Por supuesto que un desorden en cualquier fase lleva a la misma dificultad básica: el todo no puede ser diferenciado en sus partes y las partes no pueden ser integradas en un todo.

Muchos autores como Reich y Rapaport apoyan la idea de que el funcionamiento sintético-integrativo está basado en una serie jerárquica de pequeñas síntesis e integraciones que se sobreponen una a la otra.

Spitz concuerda con Glover en que la tendencia integrativa se presenta desde el principio y que aumenta su fuerza gradualmente, pero la primera síntesis efectiva se presenta cuando el niño responde al rostro humano con una sonrisa. Postula el primer año de la vida del niño en términos de "organizadores de la psique" y afirma que de éstos resultan funciones del yo organizadoras y de diferenciación.

Hartmann (1947) afirma que la función sintética se desarrolla paralela y gradualmente con el desarrollo del yo y la formación de estructuras.

En 1966 se presenta el modelo de desarrollo del yo cuyos principales mecanismos son la síntesis y la separación. Este modelo lo presenta Kernberg, quien afirma que las introyecciones positivas y negativas originalmente se encuentran separadas, debido a que los afectos primitivos relacionados con ellas se asocian a constelaciones perceptuales diferentes, mismas que el yo en una etapa muy temprana no es capaz de integrar. Este mantener separadas las introyecciones, se convierte posteriormente en una medida defensiva, para prevenir que la ansiedad de una introyección negativa se generalice a una positiva. Una baja tolerancia a la ansiedad, un exceso en la separación y/o una agresividad excesiva pueden interferir en la síntesis e integración de afectos del self y de las imágenes de los objetos con la organización e integración del yo. Posteriormente las introyecciones positivas y negativas, se sintetizan y de este desarrollo, surgen las reacciones de culpa, imágenes del ideal del self y del ideal de los objetos. Las síntesis de introyecciones e identificaciones alternan con divisiones regresivas, como las imágenes del self ideal y objeto ideal que se tornan más delineadas. Así la identidad del yo es el resultado de la consolidación de las introyecciones e identificaciones realizadas por los procesos sintéticos; y los precursores del superyó surgen de la síntesis de las imágenes paternas prohibidas y las imágenes del objeto ideal.

En cuanto a los mecanismos de defensa en los casos clínicos predomina las defensas primitivas: *la escisión, identificación con el agresor, proyección, idealización primitiva, identificación proyectiva.*

Lowenstein (1967) estima que la patología de las defensas ocurre cuando éstas son generalizadas y usadas en forma estereotipada<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Ibid. p. 60.

El predominio de mecanismos primitivos escisivos, que permite el tipo de identificaciones patológicas que llevan a la integración de un self grandioso, permite por otro lado la devaluación patológica de representaciones de self y objeto agresivamente cargadas. La devaluación patológica generalizada de objeto es típica de personalidades narcisistas: alivia de la anticipación de rechazos y "desilusiones" por objetos intensamente envidiados, pero a su vez interfiere con la integración normal de un concepto integrado de objeto y la consolidación de la constancia objetiva.

En Lulú se presenta la idealización primitiva en relación con la madre a quien percibe como una mujer "de buen corazón, inocente y muy limpia". Otro mecanismo defensivo que utiliza de manera reiterativa en los eventos frustrantes es la negación, como en el despido: "No hay mal que por bien no venga".

En Soledad se presenta la escisión que surge como resultado de la falta de integración de las primeras introyecciones del self y de sus objetos. Resulta embarazada de su primera hija. La niña nace, se vuelve el centro de atención y preferencia de su padre y del resto de su familia, por lo que éstos comienzan a ignorar a Soledad, quien vuelve a drogarse. En esta ocasión nuevamente inhala esmalte y consume marihuana. Se embarazada por segunda ocasión de otra persona. Se embaraza por tercera ocasión. Refiere que este último embarazo fue muy diferente: se cuidó mucho, dejó de fumar, se alimentó mejor y su esposo se portó un poco mejor con ella. Afirma que fue una de las mejores épocas de su vida. Cuando nacen sus hijos, comenta que todo pierde el encanto y vuelve a deprimirse como cuando era niña, cuando deseaba no despertar; le duele siempre el cuerpo.

Las defensas contra las fantasías de tipo paranoide son la *escisión*, la *proyección* y la *introyección* para mantener lo más alejado posible a los objetos buenos de los malos y así tenerlos bajo control.

El reconocimiento de sus impulsos destructivos ante su objeto amado le causa culpa, ésta a su vez, depresión y un sentimiento de desesperación. Esta experiencia repetida le lleva a utilizar defensas de dos tipos: La *reparación*, que implica la posibilidad de elaborar el duelo, el dolor por la pérdida, y conduce a una mayor integración del yo, y la *defensa maniaca*, que surge cuando la culpa y la pérdida resultan intolerables; la relación con el objeto se caracteriza por el control, el triunfo y el desprecio.

Como ya vimos, los casos presentan trastornos en el desarrollo estructural de la personalidad, pero ésta es influida a través de las relaciones de objeto, como lo señala Fairbain (1952), quien combina la psicología del yo, con la psicología de Melanie Klein. Expone que la libido es esencialmente buscadora de objeto, no de placer como lo afirma la teoría clásica, es decir, la base de la meta libidinal es la relación con el objeto y no el impulso de gratificación. Las fases de desarrollo libidinal (con excepción de la oral) son técnicas usadas por el yo para regular las relaciones con los objetos, especialmente con los internalizados. Para Fairbain, las relaciones objetales son la base del desarrollo de la teoría del yo<sup>8</sup>.

Al igual que Klein, hipotetiza la posición esquizoide como básica en el desarrollo mental. Afirma que el instinto agresivo no existe como tal, sino que es el resultado de la frustración libidinal. Lo que ocasiona los disturbios son los objetos, no los instintos. Fairbain afirma que cuando se percibe a la madre como un objeto, se internaliza la parte mala, la cual se divide en objeto malo rechazado y objeto bueno idealizado, produciéndose así la ambivalencia.

La adolescencia es la etapa más susceptible para desarrollar una drogadicción, como afirma Kalina, pues es el periodo de resolución del proceso simbiótico, cuando se produce la separación—individuación, la separación del grupo familiar, el duelo por la exogamia y el enfrentamiento

---

<sup>8</sup> Vid. la revisión que hace Michaca de la teoría de Fairbain en *Desarrollo de la personalidad*, op. cit. pp. 47-52, y la que hace Bleichmar en *El psicoanálisis después de Freud*, op. cit. pp. 232-244.

to con el mundo exterior. Si el adolescente tiene un yo débil, producto de fallas en el maternaje, alejamiento de la madre o la incapacidad de dar todo este sustento al niño, es llevado a un "micro o macro abandono", lo que va a provocar alteraciones en las relaciones objetales tempranas y dificultad en el logro de un yo maduro. Entonces va a necesitar una fuerza extra para cumplir con este desafío, y si tanto la familia como la sociedad muestran que las drogas son el combustible adecuado para afrontar las exigencias de la vida, él podrá poner en marcha su "experiencia tóxica".

Las vivencias de vacío, tal como los sentimientos de vergüenza, inferioridad y los procesos de idealización, son resultado de fenómenos de desequilibrio narcisista, perturbaciones en los sectores de la personalidad que regulan el estado de *sí-mismo (self)* y la valoración que el individuo hace de sí mismo, de su autoestima. Podemos adscribir sin dificultad, las características de los fenómenos de desequilibrio narcisista (timidez, desfachatez, introversión, arrogancia) a un joven que está atravesando una adolescencia normal, siempre y cuando no constituya pautas rígidas y estereotipadas de funcionamiento, y en tanto se alternen con momentos de alegría e ilusiones esperanzadas.

Como pudimos apreciar en el caso Salvador, existen un yo frágil, un maternaje que no favoreció el proceso de la separación-individuación en sus primeros años de vida (por lo que no se pudo consolidar óptimamente la constancia objetal), y ahora en la segunda oportunidad que tiene para poderse diferenciar, la calidad de sus relaciones objetales nuevamente no le brinda opciones nutricias de desarrollo e independencia. Podríamos pensar que Salvador está transitando por las características descritas por Kalina del proceso narcisista en la adolescencia. Lo que se vuelve riesgoso en Salvador es que esa timidez vergonzante ha prevalecido a lo largo de su infancia y que la droga le está permitiéndole sentir una "falsa o ilusoria experiencia narcisista".

La presente tesis, muestra una exposición clínica y teórica de los conceptos metapsicológicos y de las relaciones de objeto desde el punto de vista psicoanalítico, con la meta de realizar una investigación acerca de la posibilidad de mostrar el impacto de los factores psicodinámicos y las vicisitudes de las primeras relaciones de objeto asociadas al consumo de drogas, en tres casos de pacientes con el síntoma del consumo de drogas.

Parece plausible que a través de la psicodinamia, se pueda explorar y/o evaluar el nivel de funcionamiento estructural con mayor claridad, y conocer a través de sus relaciones de objeto el mundo interno de los pacientes, así como el área de patología de un individuo, y de esta forma dirigir la psicoterapia con este tipo de pacientes hacia metas más específicas, y al final, poder instrumentar medidas preventivas más específicas.

Como limitaciones encontramos solamente la escasa producción de investigaciones clínicas relacionadas al síntoma de las adicciones. Para futuras investigaciones esperamos poder retroalimentar la teoría con la práctica clínica y viceversa, lo cual nos permitirá replantearnos tanto estrategias terapéuticas como planteamientos teóricos que puedan dar cuenta del síntoma, malestar o dolor humano en sus diferentes manifestaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatry Association, *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Pierre Pichot (coord.), 5ª reimpresión, 1998, 909 pp.
- Arias, José Antonio *et alt.*, *La familia del adicto y otros temas*, Nueva Visión, Argentina, 1990, (Colección Villa Guadalupe), 192 pp.
- Bleichmar, Norberto y Celia Lieberman de Bleichmar, *El psicoanálisis después de Freud*, Paidós, México, 1999, (Psicología Profunda), 549 pp.
- Blos, Peter, *Psicoanálisis de la adolescencia*, Traducción de Ramón Parres y Rosa Witemberg, 3ª edición, Editorial Joaquín Mortiz, México, 1986, 366 pp.
- Codech, Juan, *Psiquiatría dinámica*, Editorial Herder, Barcelona, 1991, 378 pp.
- Courtwright, David T., *Las drogas y la formación del mundo moderno, breve historia de las sustancias adictivas*. Traducción de Marta Pino Moreno. Paidós, España, 2002, 318 pp.
- Alexander, Franz y Helen Ross (dir.) *Psiquiatría Dinámica*, Traducción de Blas A. Sosa y Luis Fabricant, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1978, 474 pp.
- Escohotado, Antonio, *Historia general de las drogas, incluyendo el apéndice Fenomenología de las drogas*, 3ª edición, Espasa Calpe, España, 2000, 1572 pp.
- Garza Guerrero, César, *El superyó en la teoría y en la práctica psicoanalíticas*, 1ª edición, Editorial Paidós, México, 1989, 434 pp.
- Kalina, Eduardo, *Adolescencia y drogadicción*, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires, 1998, 112 pp.
- *Temas de drogadicción*, 3ª edición, Nueva Imagen, Argentina, 1997, 119 pp.
- Kernberg, Otto, *La Teoría de las relaciones objetales y psicoanálisis clínico*, Paidós, Buenos Aires, 1993, 240 pp.
- *Trastornos fronterizos y narcisismo patológico*, Editorial Paidós, 1975, 320 pp.
- Kernberg, Otto *et alt.*, *Psicoterapia psicodinámica del paciente limítrofe*, Traducción de David N. López Garza, Planeta, México, 1995, (Col. Avances-Clinica Psicoanalítica), 246 pp.

Kohut, Heinz, *¿Cómo cura el análisis?*, 2ª reimpresión, Traducción de Leandro J. Wolfson, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1993, 309 pp.

----- *El análisis del self, El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcicistas de la personalidad*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1996, 327 pp.

Michaca, Pedro, *Desarrollo de la Personalidad, Teorías de las relaciones de objeto*, Editorial Pax, México, 1987, 161 pp.

Mahler, Margaret, *Simbiosis humana, Las vicisitudes de la individuación*, Vol. I, Editorial Joaquín Mortiz, México, 1989, 304 pp.

----- *El nacimiento psicológico del infante humano, Simbiosis e individuación*. Ediciones Marymar, Buenos Aires, 1977, 323 pp.

*Memorias del Simposium Desarrollo de la personalidad, Homenaje al Dr. Pedro Michaca*, Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica A. C., México, 1992, 190 pp.

Morán Esquivel, Blanca Eloísa y Luz Gabriela Olmos Velásquez, *El síntoma en la obra de Sigmund Freud*, Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México, 1998, 86 pp.

Musacchio de Zan, Amelia *et al.*, *Drogadicción*. Paidós, Buenos Aires, 1996, (Psicología, Psiquiatría y Psicoterapia 122), 323 pp.

Souza, Mario, *Diagnóstico y tratamiento de los síndromes adictivos*, JGH Editores, México, 2000, 304 pp.

Vázquez García, Luis, *Manual para la elaboración de una psicodinamia*, Tesis de maestría en investigación psicoanalítica, Instituto "Sigmund Freud" de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, México, 2001, 226 pp.

## INTERNET

Bilbao, Marcos y Mario Alberto Castillo Balcázar, "Teorías psicoanalíticas sobre lo simbólico y la personalidad adictiva" en Revista *Leberaddictus* núm. 59, Última revisión: 22 de octubre de 2007 (En línea) Disponible:

[http://www.liberaddictus.org/art\\_columna.php?seccion=Psicoan%E1lisis+y+Adicciones](http://www.liberaddictus.org/art_columna.php?seccion=Psicoan%E1lisis+y+Adicciones)

Fecha en que se obtuvo: 13 de marzo de 2003

Campuzano, Mario, "Drogadicción y narcisismo", Revista *Liberadictus* Núm. 62, Última revisión: 25 de octubre de 2007 (En línea), Disponible:

[www.liberadictus.org/Pdf/0690-62.pdf](http://www.liberadictus.org/Pdf/0690-62.pdf)

Fecha en que se obtuvo: 4 de marzo de 2003.

Tubert-Oklander, Juan, "Proceso psicoanalítico y relaciones objetales", en la página del doctor Gerardo Herreros: *Psicoanálisis, Psiquiatría y Cultura*, última revisión: 22 de octubre de 2007 (En línea) Disponible:

<http://www.herreros.com.ar/melanco/oklander.htm>

Fecha en que se obtuvo: 13 de Marzo de 2003.