

PROCESO DE PSICOTERAPIA DINÁMICA CON ADICTO

ESTUDIO DE CASO ÚNICO

ISABEL CRISTINA SOSA CORREA

Universidad del Norte

Octubre de 2015

PROCESO DE PSICOTERAPIA DINÁMICA CON ADICTO

ESTUDIO DE CASO ÚNICO

Trabajo de Grado para Optar al título de Magister en Psicología

(Profundización Clínica)

Asesor

JORGE HUMBERTO VANEGAS OSORIO

PhD en Psicología Clínica y de la Salud

Investigador

ISABEL CRISTINA SOSA CORREA

UNIVERSIDAD DEL NORTE

Octubre

2015

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	10
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo general	12
3.2 Objetivos específicos	12
• Comprender la historia de vida de un paciente adicto y sus características específicas para intervenirlo a través de un proceso de psicoterapia psicodinámica.....	12
• Identificar el patrón relacional y su influencia en los conflictos actuales en un	12
Paciente adicto a través de un proceso de psicoterapia psicodinámica	12
4. CASO SIGNIFICATIVO FELIPE	13
4.1 Contexto de la Psicoterapia.....	13
4.2 Identificación del Paciente.....	16
4.3 Genograma	17
4.4.1 Motivo de consulta	18
4.4.1 <i>Manifiesto</i>	18
4.4.2 <i>Latente</i>	18
4.5 Consumo	19
4.6 Pérdidas	22
4.7 Frustraciones	23
4.8 Recaídas	23
4.9 Evolución de la Terapia	24
5 MARCO CONCEPTUAL	26
5.1 Antecedentes del Diagnóstico Relacional	26
5.2 La estructura	27
5.3 Nivel de estructura desintegrado	37
5.4 Enfoque modular transformacional	38
5.5 Drogodependencias y psicoanálisis	39

5.6	El nivel común de la dependencia de drogas: el deseo compulsivo de consumir droga	44
5.6.1	<i>La relación del sujeto con la droga: la constitución del deseo de consumir</i>	46
5.6.2	<i>Disminución del displacer y/o búsqueda del placer</i>	47
5.6.3	<i>La relación del sujeto con el “contexto drogado”: la constitución del sistema codificador del deseo de consumir</i>	54
5.6.4	<i>La representación del self ante la emergencia del deseo de consumir</i>	56
5.5	El nivel específico de la dependencia de drogas: las causas del deseo de consumir droga y el significado de la experiencia con la droga	58
5.5.1	<i>Las causas del deseo de consumir droga</i>	59
5.5.2	<i>El significado de la experiencia con la droga: el sistema codificador de la experiencia con la droga</i>	65
5.6	Conclusiones: los diferentes niveles de actuación terapéutica en la dependencia de drogas	68
6	RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	69
6.1	Sistema Relacional	69
6.2	Eje Relacional	69
6.3	Tipos de Tablas para la Operacionalización del Eje Relacional	71
6.3.1	<i>Tabla A. Eje II-Patrón Relacional</i>	71
6.3.2	<i>Tabla B. Resumen Patrón Relacional</i>	71
7	RESULTADOS	77
7.1	Formulación Dinámica Relacional	77
7.2	Análisis Inferencial	86
7.2.1	<i>Interacciones familiares base de las relaciones objétales</i>	86
7.2.2	<i>El yo</i>	89
7.2.3	<i>El self</i>	92
7.2.4	<i>El Superyó</i>	95
8	CONCLUSIONES	98
	REFERENCIAS	100
	TABLAS Y ANEXOS	103
	Tabla 1 a. Eje relacional	103
	Tabla 1 b. Resumen patrón relacional	104
	Tabla 2 a. Eje patrón relacional	105
	Tabla 2 b. Resumen patrón relacional	106

1. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se refiere al estudio de caso único en proceso de psicoterapia dinámica. Este informe pone su énfasis en la dinámica relacional con un paciente que presenta problemas de adicción a las drogas.

Droga es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas (OMS, 2000).

El panorama actual ha llevado al Ministerio de Salud y Protección Social a promover la construcción del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014 - 2021, a través de un proceso ampliado de consultas con instancias académicas, científicas e instituciones y organizaciones en el ámbito nacional y territorial. De esta forma, el plan traza la respuesta articulada e intersectorial para enfrentar el abuso de drogas y sus consecuencias, reforzando los enfoques de salud pública y derechos humanos expresados en la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Drogas y su Impacto.

A nivel cultural el problema del consumo excesivo de drogas se ha convertido en un tema complejo y de difícil manejo; debido a la cantidad de personas que inician a temprana edad y continúan en la etapa adulta, ocasionando que este se vuelva un tema de salud pública a nivel nacional por las consecuencias sociales que representa y la saturación que tiene el sistema de salud para lograr cumplir las demandas de exigencia que les presenta el medio.

El Gobierno nacional, a través del Observatorio de Drogas de Colombia del Ministerio de Justicia y del Derecho, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD-OEA y la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito – UNODC, realizó en el año 2013 el segundo estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población general, con el propósito de actualizar el conocimiento sobre la magnitud del consumo y abuso de sustancias psicoactivas en el país, el patrón de uso en relación al sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel de urbanización y desagregaciones por departamentos (UNODC, 2013)

La conclusión central del estudio tiene que ver con el aumento del consumo global de drogas ilícitas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis o heroína), en comparación con el estudio realizado en 2008. La prevalencia de vida pasó de 8.8% en el 2008 a 12.2% en el 2013, aumentando algo más de tres puntos porcentuales. También aumentó el reporte de uso en el último año (de 2.6% a 3.6%).

El alcohol y el tabaco son las sustancias de mayor consumo en el país.

La marihuana continúa siendo la droga ilícita de mayor consumo en el país. De hecho, el incremento en el grupo de drogas ilícitas se explica por el aumento en el uso de marihuana. Mientras el 7.9% de la población declaró haber usado marihuana alguna vez en la vida en el estudio del 2008, un 11.5% declaró lo mismo el 2013, señalando un aumento de casi cuatro puntos porcentuales. Respecto del uso en el último año, la prevalencia aumentó significativamente a nivel nacional de un 2.1% en el 2008 a un 3.3% en el 2013. Se observa también, un incremento significativo a nivel nacional en el uso de cocaína alguna vez en la vida que pasó de 2.5% en 2008 a 3.2% en 2013. El uso reciente (último año) se mantiene estable a nivel nacional en 0.7%, lo que implica que aunque la exposición a la sustancia creció, no sucedió lo mismo con su consumo continuado.

Se valida la existencia de una amplia variedad de sustancias en el país que incluye drogas lícitas e ilícitas, de origen natural y sintético, medicamentos, entre otros.

La diversificación de sustancias incluye la heroína, la cual presenta de nuevo una baja prevalencia (0,14%), aunque por las características propias del evento sea de difícil registro en estudios de este tipo.

Se resalta también los medicamentos usados sin prescripción médica, tales como los tranquilizantes, estimulantes y también analgésicos opioides. Estos últimos más usados por la mujeres que por los hombres.

El estudio arroja datos importantes sobre el abuso y la dependencia de drogas, que son indicativos de la demanda potencial de servicios de atención: aproximadamente 484 mil personas estarían en condición de requerir algún tipo de asistencia. Debe tenerse en cuenta que estos datos tienen el carácter de una aproximación del tipo tamizaje en una encuesta poblacional.

El estudio se propuso mejorar el análisis del uso de sustancias inhalables, para ello se indagó por separado el uso de disolventes y combustibles inhalables, poppers y dick, esto debido a que siendo su vía de administración similar, sus contextos de consumo son diferentes. En todo caso, el consumo de estas sustancias mostró prevalencias bajas.

El consumo de sustancias psicoactivas ilegales se distribuye de manera distinta en las regiones del país. Antioquia y en particular Medellín, y el Eje Cafetero aparecen nuevamente como regiones de alto consumo. Departamentos como Nariño y Meta muestran un crecimiento considerable, por encima del promedio nacional. Los departamentos de la costa atlántica se confirman como los de menor consumo en conjunto.

Se confirma que hay una relación clara entre la facilidad percibida para la obtención de las sustancias y las prevalencias de consumo de las mismas.

Los resultados presentados dan alcance a lo planteado en el eje de capacidad de respuesta contemplado en la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto. Así mismo, constituyen un insumo fundamental para el cumplimiento de los compromisos internacionales adquiridos por Colombia con instancias como la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), MEM, Comisión Interamericana para el control del abuso de Drogas- Organización de los Estados Americanos (CICAD-OEA), Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), Reunión anual de Jefes de organismos encargados de combatir el tráfico ilícito de drogas en América Latina y el Caribe (HONLEA), entre otras.

Es importante entender que si bien el consumo de sustancias psicoactivas es muy frecuente en nuestro entorno también permite la posibilidad de poder hacer proceso de psicoterapia si se logra una alianza de trabajo que permita al terapeuta enganchar y acompañar procesos.

En este caso el paciente permitió clarificar situaciones pasadas que influyeron en el establecimiento de relaciones presentes, aceptando debilidades y circunstancias que obstaculizaban comprender al otro a través de la revisión de sus propias actuaciones, sentimientos de dolor y rechazo producto de episodios relacionales vividos y no elaborados, para liberarlo a través del apoyo psicoterapéutico; favoreciendo en él su autonomía y reestructuración de un nuevo patrón relacional con quienes lo rodean, fomentando un proyecto de vida más autónomo y estable.

El método de trabajo empleado para el análisis del presente caso, se dio desde el estudio de caso lo que permite la interacción social entre paciente - Terapeuta; facilitando la comprensión de la historia, sus significantes y el establecimiento de patrones relacionales. Para protección a la identidad del paciente todos los nombres han sido cambiados.

2. JUSTIFICACIÓN

A través de la presente investigación, se pudo establecer la importancia de la práctica desde la psicoterapia con un adicto, y algunos parámetros para brindarles atención a estos pacientes, partiendo de conceptos a tener presentes como: historia de vida, formulación de la dinámica relacional, análisis inferencial, self, super yo, frustraciones, recaídas, pérdidas.

Esto lleva a replantear las necesidades o características y/o dificultades de la adicción a temprana edad.

El caso significativo aquí expuesto y atendido en psicoterapia, logra mayor riqueza para la investigación, porque ha de permitir plantear la aproximación de la psicología clínica frente a los adictos con patrones relacionales que influyen en su conducta adictiva

realizando una comprensión de los hechos que inciden y determinan factores propios de la enfermedad por conductas psíquicas, sin embargo es importante tener claridad que al abordar a este paciente como terapeuta se pueden generar algunos cambios significativos en sus proceso de interacción .

Por esto este trabajo aporta ideas que permiten conocer el eje relacional y psíquico del paciente adicto para intervenirlo no solo en una comunidad terapéutica si no en consultorio particular.

Una mirada desde la psicoterapia relacional puede ser una forma de abordar las problemáticas, que trae ese paciente a consulta, revisar cómo se establecieron esas relaciones en la infancia y como se propone a los demás, es una forma sencilla de intervenirlo, favoreciendo la comprensión del pasado y propiciando cambios en el aquí y el ahora.

La psicoterapia permite una revisión exhaustiva de conductas cuando se realiza en el marco del acuerdo terapéutico y se utiliza la verdad como fuente principal que permita al terapeuta comprender al otro y el paciente siente esa reciprocidad de la escucha activa y devolución específica, permitiendo el insight.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Identificar los patrones relacionales y su influencia en el conflicto actual de consumo de sustancias psicoactivas a través de un proceso de psicoterapia psicodinámica.

3.2 Objetivos específicos

- Comprender la historia de vida de un paciente adicto y sus características específicas para intervenirlo a través de un proceso de psicoterapia psicodinámica.
- Identificar el patrón relacional y su influencia en los conflictos actuales en un Paciente adicto a través de un proceso de psicoterapia psicodinámica

4. CASO SIGNIFICATIVO FELIPE

4.1 Contexto de la Psicoterapia

La psicoterapia, se desarrolla en un marco institucional, donde los pacientes ingresan debido al consumo de sustancias psicoactivas y alcoholismo, la Fundación ofrece un tratamiento de ocho meses, en el cual se busca la desintoxicación. La intervención se basa en una concientización por parte del individuo que ingresa a las instalaciones, se busca el reconocimiento de la enfermedad y un compromiso personal con un nuevo proyecto de vida que debe empezar a forjar el paciente, realizando un cambio a conciencia.

Generalmente quienes llegan a la institución son personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad emocional, baja autoestima, problemas de dependencia al alcohol, las drogas o el juego, falta de control de sus impulsos, baja tolerancia a la frustración, depresión, intento de suicidio, estructuras psicopáticas, donde existe agresión hacia mismos sí o hacia el otro, y con consecuencias de muerte en algunos casos, algunos se encuentran medicados debido a su estructura compleja que les ha generado dificultades familiares, sociales, emocionales, laborales y en las cuales su desempeño se ha visto afectado significativamente, existiendo una ruptura entre el ser y el medio que los rodea.

Los pacientes son remitidos a psicoterapia psicodinámica la cual tiene las siguientes características; Coderch (2009) habla sobre el instrumento de curación de la psicoterapia psicoanalítica y es la relación personal que se establece entre terapeuta – paciente. La demanda de ayuda, la actitud de colaboración, las fuerzas que empujan hacia el desarrollo y

crecimiento de la personalidad, el amor a la verdad, el deseo de conocimiento de sí mismo, el afán de integración y organización de la propia mente, etc. Existe en el paciente que busca la comprensión y claridad que puede proporcionarle el tratamiento psicoterapéutico. Y esto se posibilita porque antes del primer encuentro el paciente ya se está relacionando consciente e inconscientemente con una figura aún imaginaria, que produce, en el exterior, las características del objeto sentido como bueno, confiable y al que incorporó en su interior durante la infancia, de manera lo suficientemente satisfactoria como para que haya sido factible cierto grado de crecimiento mental. Pero en la mente del futuro paciente también existen ansiedades persecutorias, odios, impulsos destructivos, temores de represalia envidia dirigidos hacia la misma figura del terapeuta aún no conocido y que representa en el exterior al objeto parcial, atacado, destruido, amenazador, devorador, perseguidor.

Sin embargo de este terapeuta se necesita recibir algo que alivie el sufrimiento y la ansiedad y que promueva el crecimiento mental. Es importante percibir que todos los detalles y pequeñas o grandes circunstancias del primer encuentro repercutirán en la mente del paciente y estimularán, satisfarán o frustrarán todo tipo de fantasías y expectativas con repercusión sobre el futuro desarrollo de la relación terapéutica. El terapeuta debe ser claro y sincero en la información que le ofrezca al paciente al indicarle la conveniencia de un tratamiento psicoterapéutico.

La vinculación paciente-terapeuta está mediada por la base de que se trata de dos personas reunidas por propia voluntad e independiente de toda presión externa. El terapeuta debe estructurar una relación de trabajo en lo interno y externo que permita la iniciación o comienzo del tratamiento en el paciente, las sesiones de psicoterapia deben efectuarse

dentro de un clima emocional de confianza, seguridad y cordialidad. Son erróneas las actitudes excesivamente frías, distantes, engoladas y falsamente superiores por parte del terapeuta. Es importante que en las sesiones según Coderch (2009) el terapeuta no obstruya el fluir de la palabra si no es imprescindible, sin embargo puede intercalar alguna intervención dirigida a mostrar el interés, que entiende lo que el paciente quiere comunicarle o que desea aclarar algo que acaba de oír, ateniéndose únicamente a la dirección del pensamiento del paciente, sin pretender introducir elementos nuevos ni forzar la trayectoria de la conversación. Cuando el paciente exprese con toda libertad podrá ser el momento de solicitar aclaraciones, pedir mayor profundización en algunos puntos o confrontarle con algunos aspectos poco comprensibles o contradictorios de su exposición.

El terapeuta debe establecer un tiempo específico de trabajo y este debe conducirse con neutralidad, sencillez y afabilidad en todo momento. Para la psicoterapia psicodinámica es trabajo del terapeuta que este se forme un juicio acerca de la aptitud del paciente para realizar el trabajo requerido a fin de alcanzar cierta comprensión de sí mismo y de su relación con las circunstancias externas que le rodean, el insight es fundamental en el proceso terapéutico que se emprenda porque permite en el paciente tomar conciencia de aquello que esconde su mente, establecer nuevas conexiones significativas y obtener una perspectiva distinta de sí mismo.

Establecer una relación de trabajo entre paciente –terapeuta permite que él esté más preparado para la tensión que genera la investigación interna y el contacto con la verdad, es esencial que el paciente entienda que a pesar de las limitaciones y dificultades que se den, nada puede lograrse sin su participación plena y que el tratamiento tiene, como uno de sus objetivos primordiales, capacitarle para tomar sus propias determinaciones con mayor

libertad, y sería opuesto a esta finalidad que el terapeuta intentara, en vano, hacerlo todo por él. Los pacientes son remitidos a psicoterapia debido a la norma institucional, donde se busca develar las problemáticas que se presentan en el comportamiento, la ansiedad, relaciones interpersonales, psicopatías y desórdenes estructurales etc., que permean la estabilidad de los residentes y del propio individuo, buscando a través de la atención individual contener emociones y resignificar el propósito de cambio que intenta generar el paciente objeto de atención.

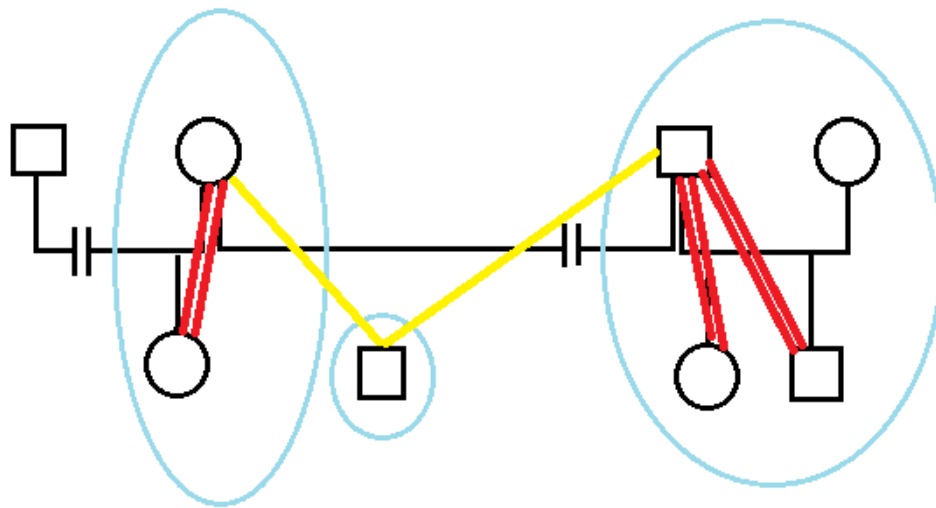
4.2 Identificación del paciente

Nombre: Felipe, edad 20 años, soltero, estudiante universitario y comerciante en la empresa del padre, en el momento del proceso se encontraba viviendo solo, debido a que hace varios años se había separado del núcleo materno y el padre había conformado otro núcleo familiar con el cual el joven no tenía mucho contacto.

Ocupa el primer lugar de tres hermanos más, una hermana de 11 años por parte materna y dos hermanos por parte del padre; una niña de 9 y un hermano de 13, el padre goza de solvencia económica y es quien brinda la estabilidad económica al paciente, al padre solo lo conoce a la edad de 15 años, fue un padre ausente y lo continua siendo, sin embargo lo admira e idealiza por su capacidad de perseverancia y trabajo constante. Vive en la ciudad, mientras la madre reside en un pueblo, con ella tiene dificultades de acercamiento, se muestra apático y dice no haber establecido una cercana relación con ella.

4.3 Genograma

GENOGRAMA



- Hombre □
- Mujer ○
- Relación —
- Relación cercana ==
- Núcleo de convivencia ○

4.4 Motivo de consulta

4.4.1 Manifiesto

Quiere trabajar sobre su miedo al fracaso, su temor al futuro, porque no sabe qué hacer con su vida; y el aspecto de las relaciones interpersonales porque evidencia tener dificultades para relacionarse con quienes lo rodean, dice que les ve muchos defectos pero que también se los ve a sí mismo.

4.4.2 Latente

Necesidad de contención de síntoma de angustia producidos en la infancia por figuras significativas del padre y la madre, con secuelas futuras que repercuten en su self, a través del consumo de sustancias psicoactivas como consecuencia de su baja autoestima, inseguridad en el establecimiento de relaciones interpersonales, donde estas son nulas o pobres y una acentuación marcada de baja tolerancia a la frustración que ocasiona en él estado de ánimo bajo con episodios de angustia y depresión.

4.5 Consumo

Marihuana, perico, heroína y LCD, esta es la sustancia que consumía cuando ingresó a su rehabilitación en la fundación. Sobre ella dice que le parece "muy bonita", se refiere a esta droga como muy impresionante y enfatiza en no hacer mal uso de este consumo si no que la utiliza como rituales de aprendizaje para estudiar; no en fiestas ni excesivamente. Cuando consume bajo el efecto de LCD, logra un nivel de perfeccionamiento en su música, le parece muy entretenida para los sentidos; el lcd es como un manual de vida dentro de una droga. No la ve nociva para él, y especifica que solo quien ha tenido ese tipo de experiencia es capaz de comprenderla, la heroína y la cocaína le desagradan; ve los consumidores de marihuana como personas inoficiosas, torpes, faltos de autonomía.

Cuando se le pregunta sobre la decisión de ingresar a la fundación, dice que fue debido a presiones de todo tipo específicamente familiares por que el padre le insistió en el hecho de buscar ayuda debido a su consumo excesivo de sustancias, pero igual piensa que le ha servido mucho para encontrarse; la tranquilidad le ayuda a saber que quiere hacer, que de verdad quiere hacer, manifiesta que no se siente obligado a estar allí y que la familia siempre quiere lo mejor para él.

Los padres no vivieron nunca juntos, el paciente no vivió nunca con el padre, y no tiene una relación cercana con nadie de su familia, expresa tener ciertos intereses con el padre;

como el deseo de trabajar, formar una familia, ser disciplinado como él, sin embargo presenta ambivalencia porque le tiene mucho respeto y cariño pero un poco de rencor, porque le faltó compartir más tiempo con él, y lo culpa de todo lo que le pasó. De la madre dice que comparte pocos intereses con ella, no tiene buena relación porque no hace las cosas con amor si no por imposición, la siente culpable por haberlo alejado del padre, expresa tener sentimientos de rabia, dice no tener admiración y que esta no hace las cosas por amor, si no desde la rabia, desde la imposición, por el padre siente una gran admiración, dice que es disciplinado, tiene empuje, asume la vida desde el aprendizaje, desde el amor.

Habla de su experiencia en el consumo, porque creía que iba a encontrar muchas respuestas, por eso se involucró y se volvió un hábito perjudicial según lo manifestó en la primera consulta. Siente asco de muchas cosas de sí mismo, de lo que ha hecho con su vida, de todo lo que le ha quitado la virtud, de todas las cosas que lo mancillan, y no sabe si a veces se oculta demasiado en argumentos redundantes y complicados, expresa que lo tachan de petulante, y si se expresa de una manera o se comporta de otra, entonces es raro; se compara diciendo que hay mucha gente que, le falta aprendizaje, pero que él tiene un punto a favor, que siempre le ha gustado el conocimiento, siempre ha querido aprender dice; "aquel que no aprende, el que no mejora sus virtudes y cualidades está en nada, que no tiene disciplina". No le gusta la manera de vivir de las personas y también aborrece su propia manera de vivir. Tiene miedo al fracaso al dedicarse completamente a una carrera porque parezca ser bueno en ella, pero a la vez no, no le gustaría ser un mediocre, ve en la música la oportunidad para reflexionar, crear y a través de ella puede entender cómo

comportarse, como respirar; quiere ser bueno, excelente o de lo contrario no vale la pena el esfuerzo de estudiar.

Se pregunta por el sentido de vida, no se conforma con solo respirar o comer y está en desacuerdo con la forma de pensar que tienen muchas personas que lo rodean y por eso busca aislarse. No sabe si cuenta esto para buscar aceptación por parte de la terapeuta o porque el ser humano habla para buscar aceptación de quienes lo rodean, sin embargo cuando se le pregunta si quiere ser aceptado, se contradice dice que no quiere ser aceptado en un mundo que está enfermo.

En consulta explica que las personas siempre creen en la degradación, en las cosas más absurdas, entonces intenta alejarse; porque ve que el ser humano es vacío; cree que al tener esa concepción de las cosas se vuelve petulante, porque dice que no vino a cambiar al mundo, no se cree político, ni salvador de nadie, se muestra confundido cuando habla, ha encontrado gente que tiene amplios conocimientos pero nunca nadie responde sus preguntas y finalmente el que se da sus propias respuestas es él mismo, en la paz, en la meditación, con la música. Le preocupa mucho cómo obtener paz interior, felicidad, y piensa que debe volverse anacoreta (alejarse) porque la sociedad solo le ofrece cosas absurdas, emociones radicales, se siente ambivalente en su forma de pensar a veces dice querer alejarse y otras veces cree que no lo debe hacer, y que la espiritualidad real no está en alejarse si no en canalizar las sensaciones y aprender a vivir con ellas, reconoce el aprender a apartarse de ciclos de sufrimiento, de anhelos innecesarios, y piensa si la

música si es lo suficientemente importante en su vida como para tomarla como una prioridad.

Cuando se enfatiza en el tema de las relaciones interpersonales, explica que tiene muchas amistades pero que es gente innecesaria, solo un amigo tiene un proceso muy similar al suyo y con el cual se conecta.

En la fundación desea querer encontrar el camino, pero tiene muchos prejuicios como no aceptar la diferencia en los otros, ver degradados a sus compañeros por el consumo y sentir que les hace falta fomentar el aprendizaje intelectual.

4.6 Pérdidas

Ve el no haberse criado cerca de su padre como algo que marcó su vida, siente a la madre culpable por este hecho, debido a las constantes acusaciones realizadas por el mismo de haber ocasionado ese distanciamiento en la infancia del joven, siente ambivalencia con su figura paterna, pues le reclama el hecho de haber aparecido hace poco en su vida, siente sentimientos de admiración, orgullo hacia él debido a su compromiso con el trabajo, querer hacer las cosas bien para sus hijos, pero a la vez lo invaden sentimientos de rabia y frustración porque se siente no comprendido por él, desvalorizado por su consumo de sustancias, reprochado por no controlar sus propias emociones, se compara porque a los

17 años su padre se dedicó a ser sus proyectos de comerciante , a volverse un tipo de bien como él lo define en todos los sentidos, a ser la mejor persona que pueda conocer, a ser limpio, puro.

4.7 Frustraciones

El no haberse criado con el padre ha significado sentirse rechazado, no tomado en cuenta por esta figura a la cual considera importante y significativa en su vida, la falta de comunicación con la madre y los constantes comentarios desvalorizantes que empleaba hacia él eran tajantes y ocasionaban inestabilidad emocional, sintiéndose no querido ni aceptado por ella, reconoce que muchas de sus inseguridades es porque le decía ``es que vos no servís ``.

Por eso se levanta todos los días para estudiar porque le da miedo no tener la talla para ‘agarrar su futuro’ y para ser bueno en lo que haga, siente que le falta mucho a nivel personal, profesional.

4.8 Recaídas

Tuvo una reincidencia a los cuatro meses de estar en la fundación, se fue y consumió lcd, volvió a los quince días, si hubiera continuado el proceso estaría en el sexto mes; cuando se le pregunta si lo toma como un volver a empezar, dice que no, que es repensar sobre que

lo llevó a esa situación , no quiere seguir posponiendo su vida, dice que eso sería muy tonto, esto le genera ansiedad se compara con otros amigos y dice que se encuentran en semestres más adelante que él, habla de su edad diciendo que ya tiene 20 años, cuando habló con el director de la fundación, este le dice que no tiene que quedarse otros ocho meses, aunque hubiera tenido una recaída, simplemente que se quede otros cuatro meses , se desintoxique y pueda repensar las cosas, con las herramientas que se le han dado en la fundación y así podrá saber cómo controlar ese tipo de situaciones , él parece estar de acuerdo con la percepción del Director.

Últimamente se ha sentido deprimido por la ausencia del padre, llora y expresa tener que tratar de continuar sin su apoyo debido al silencio en el cual se ha mantenido hacia él, hace varios meses no responde sus llamadas al celular y nuevamente siente estarle pasando lo que le sucedió cuando su padre no estuvo con él en los primeros años de vida.

4.9 Evolución de la Terapia

Se abrió un espacio donde Felipe, pudiera ocuparse de él mismo y no estuviera viciado por los razonamientos, percepciones y órdenes impuestas por el padre o la madre, situación que encontró propicia porque consideraba que no había podido lograr ser entendido por quienes lo rodeaban y que era necesario organizar múltiples ideas que lo atormentan con pensamientos de incompreensión que veía reflejados en el otro y en la forma de actuar.

Se logra establecer un vínculo terapéutico a pesar de que en la primera consulta fue remitido por orden institucional y no sabía cómo iniciar un proceso propio, falta de deseo y motivación, sin embargo en consulta logra crear un espacio en el cual asiste puntualmente y sin resistencia con un compromiso significativo en su auto proceso.

Empieza a tener logros significativos en la relación con sus compañeros en la institución donde comienza a compartir actividades que antes le producían rechazo, apatía y eran motivo de conflicto, por lo cual siempre permanecía alejado solo con su instrumento musical perfeccionando su toque.

Aclara situaciones con respecto a la relación con el padre, donde lo des idealiza y empieza a verlo como un ser con defectos, que se ha equivocado.

Reconoce la importancia de encontrar una motivación que le permita emprender un proyecto de vida estable, pensando en la posibilidad de trabajar y conformar un hogar en el futuro.

Piensa en la posibilidad de tratar de no consumir excesivamente LCD porque esto le ha traído consecuencias a su vida como el tener que estar internado en una fundación, postergando sus estudios y su vida.

5 MARCO CONCEPTUAL

5.1 Antecedentes del Diagnóstico Relacional

El concepto del diagnóstico relacional en el OPD (2005) presenta un esquema, con el cual el objetivo es la identificación del patrón relacional disfuncional habitual del paciente. Los patrones relacionales disfuncionales pueden ser entendidos como constelaciones interpersonales específicas, dentro de las cuales los modelos conductuales de un paciente con su interlocutor se restringen a una configuración rígida. Estas constelaciones pueden ser descritas básicamente desde la perspectiva experiencial del paciente y de los otros (el interlocutor); desde cada una de estas perspectivas se pueden observar además los modos conductuales del paciente y los modos conductuales de sus objetos. Por medio de estas distinciones se especificaron cuatro unidades analíticas, que denominamos posiciones interpersonales.

Cómo se vivencia el paciente a sí mismo: aquí el foco se sitúa en la conducta relacional del paciente. Se describe aquella conducta interpersonal que la paciente vivencia frecuentemente y que relata en términos generales.

Cómo el paciente vivencia a otros: aquí se trata de una conducta relacional que el paciente experimenta frecuentemente con su interlocutor, de la cual, eventualmente se queja.

Cómo los otros vivencian repetidamente al paciente: aquí se comprende cómo otros (también el evaluador) vivencian continuamente al paciente.

Esta perspectiva aborda, generalmente, más de lo que el paciente mismo puede describir, es decir también los aspectos inconscientes de su oferta relacional.

Cómo los otros se vivencian repetidamente a sí mismos frente al paciente: aquí se abordan las reacciones que el paciente induce en la interacción, en el sentido del ofrecimiento de rol. Este último se corresponde con el diagnóstico psicodinámico contratransferencia (Mertens, 1993; Thoma y Kachele, 1989).

Estas cuatro posiciones interpersonales se vinculan de tal manera dentro de una formación dinámica relacional que se genera una interrelación psicológicamente coherente que explica la disfunción así como la estabilidad del modelo relacional. En esta formulación se evidencia cómo el paciente, en contradicción con sus propias perspectivas vivenciales, establece realmente sus relaciones (inconscientemente) de tal manera que siempre induce respuestas en los otros que él luego percibe como dolorosas, decepcionantes o amenazantes (OPD Grupo de Trabajo, 2008. pág 110).

5.2 La estructura

Abordando el tema de la estructura como factor determinante en la comprensión de la psiquis del individuo, se refiere en el sentido psicológico, al tejido de disposiciones psíquicas, que abarca todo lo que en la vivencia y conducta del individuo se desarrolla de

manera regular y repetitiva(consciente o alejado de la conciencia). La estructura determina el estilo personal y permanente (Shapiro, 1965) a través de la cual el individuo puede recuperar su equilibrio intrapsíquico e interpersonal. La estructura no daña, posee la disposición flexible y creativa de funciones que tienen un efecto regulador y adaptativo, intrapsíquico e interpersonal.

La estructura no es rígida ni inmutable, ya que evidencia procesos de desarrollo durante toda la vida. No obstante, la velocidad de cambio de estos procesos es tan lenta que predomina la impresión de constancia; enlazándose en ese sentido con términos como identidad, carácter o personalidad. En contraposición con la concepción estática de estructura, el enfoque dinámico entiende las estructuras psíquicas desde una perspectiva evolutiva, según la cual, se forman durante toda la historia vital. Aunque las estructuras psíquicas se fundan en disposiciones de personalidad ancladas genéticamente, adquieren forma durante la infancia y son sometidas durante toda la vida, en mayor o menor medida, a muchos cambios.

Las estructuras psíquicas son disposiciones, por lo que no son observables, se manifiestan únicamente en situaciones concretas y actuales, a partir de las cuales se conjeturan las características estructurales más permanentes (análisis dinámico –situacional de estructuras). Estas deducciones no son nunca exhaustivas, la descripción de estructuras de personalidad es siempre provisoria e incompleta (contradiendo la lógica de estabilidad). Es así como en el plano psicológico, resulta limitado el concepto de estructura referido a

la estabilidad en el tiempo. El concepto de estructura debe incorporar aspectos de la dinámica del desarrollo como un potencial de cambio a través del tiempo, aun cuando dicho cambio sea lento. Las estructuras cambian a través de la integración de información nueva, establecen renovadas reglas de regulación hasta que se vuelven a transformar a través de nueva información (OPD Grupo de Trabajo, 2008. Pág, 130).

Para comprender la teoría del desarrollo y estructura, se han realizado investigaciones en recién nacidos y lactantes donde en las últimas décadas adquirieron un significado especial en la comprensión del concepto de estructura. Lo mismo sucede con las investigaciones sobre el vínculo, que fueron emprendidas cada vez más por los psicoanalistas (Dornes, 1997; Ende, 1981; Fonagy et al., 2002; Fonagy y Target, 1997; Gergely, 2002; Grossmannetal., 1989; Lichtenberg, 1983; Papousek, 1989; Stern, 1979, 1985).

Los hallazgos destacan la tendencia congénita del recién nacido a la búsqueda de objeto y su temprana capacidad para involucrar al adulto en interacciones sociales. En estos placenteros juegos de interacción también están incorporados el cuidado corporal y la alimentación, los cuales ya habían sido destacados por la teoría clásica (en el sentido de la Oralidad, o bien, de la relación libidinal temprana). En estas etapas tempranas del desarrollo, el yo comienza a organizarse, orientándose al no –yo, al mundo de los objetos, de manera emocional y predispuesto a la acción (funciones intencional-comunicativas del yo; Rudolf, 1977).

Las interacciones repetitivas entre el lactante y los objetos emocionalmente favorecedores y disponibles incorporan el ensayo de funciones estructurales, a través de la experiencia de ser comprendido y tratado de manera empática. El desarrollo de la estructura del Self cumple con una etapa importante cuando este puede considerarse a sí mismo como objeto y, en consecuencia puede referirse a sí mismo en forma reflexiva. Así, a partir del décimo octavo mes se puede observar la conformación de un espacio mental que puede contener la representación simbólica inicial del mundo experiencial. El grupo de Fonagy destaca en este punto el progresivo desarrollo de la mente psicológica y de la mentalización, que finalmente se expresa a través de la disponibilidad de la función reflexiva (Fonagy et al.; 2002).

En la constante relación con el mundo objetal se distinguen, por un lado, las funciones organizadoras y de manejo del yo, y en segundo plano (Ferrer), las representaciones del self y de los objetos significativos. Los objetos se vivencian como separados del self, se reconocen, se cargan afectivamente y se internalizan. El ajuste emocional de los objetos significativos y, especialmente de las interacciones cargadas afectivamente entre el infante y el cuidador tienen no sólo las imágenes y actitudes hacia este último si no también la imagen del self, así como la autoestima del infante. La estructura del self y de las relaciones objetales maduran, por lo tanto, en una densa red de interacciones. El self gana progresivamente mayor coherencia, límites y capacidad de auto-organizarse. Con ello se va fortaleciendo el vínculo de los objetos seguros, esta seguridad del vínculo objetal favorece, por otro lado, el desarrollo de la autonomía del self, la cual en etapas posteriores, y con un yo fortalecido, favorecerá el desprenderse de los objetos y comenzar a confrontarse con

ellos. Al final del desarrollo se encuentra un self autónomo, con un sentido de identidad capaz de regular la imagen de sí mismo y la autoestima, así como su conducta y manejo (OPD Grupo de Trabajo, 2008. Pág, 138, 139).

Sin embargo el OPD se esfuerza por lograr una integración de los conceptos de estructura ya descritos (Rudolf, 1993); y renuncia así, en la medida de lo posible, al uso de los conceptos psicoanalíticos tradicionales. Es decir, buscar aprehender la conducta y la vivencia de los pacientes acercándose lo más posible a lo observable. Esto lleva a una descripción funcional de la estructura como self en relación con los objetos (Rudolf, 2002 a; Rudolf et al., 1995).

Así como los procesos psíquicos transcurren al mismo tiempo en el nivel somático, fundamentando de esta manera un aparente dualismo, las funciones estructurales se pueden referir tanto al interior psíquico como al exterior social, es decir al self y a los objetos.

La estructura del self. El self se manifiesta a través de la función reflexiva, el yo se toma así mismo como objeto de la percepción. De esta manera, gana una imagen de sí mismo y, a través de la constancia y coherencia, una vivencia de identidad. El self se ve valorado por otros y se valora así mismo (autoestima). Integra todas las funciones psíquicas y disposiciones en un todo y regula así los procesos internos (afectos, impulsos, autoestima). También son parte de estas funciones regulativas el uso y la disponibilidad de defensas flexibles que resultan de la internalización de un sistema normativo adecuado.

Desde pequeño se desarrollan procesos de internalización, como una forma de decantar las experiencias relacionales más importantes las que no sólo permiten construir una imagen de los objetos significativos (representaciones objetales) si no también construir la autoimagen (representaciones del self).

La internacionalización de objetos suficientemente buenos es decisiva para la función de autorregulación y de regulación de los afectos, especialmente para la capacidad de tranquilizarse y consolarse así mismo. La función autorreflexiva también implica estructuralmente la capacidad de comunicación interna, de diálogo interno, en la que se integran la emocionalidad, las propias necesidades, el mundo de fantasías y las vivencias.

La relación con los objetos .Todos los aspectos del self encuentran su correspondencia con los objetos externos. Según la psicología del desarrollo, las experiencias relacionales conforman el fundamento para el desarrollo y regulación del self. Paralelamente con la percepción reflexiva del self se pueden describir las percepciones realistas del objeto.

Las percepciones se vuelven realistas en el sentido adulto, gracias a la diferenciación segura del self y objeto, por medio del establecimiento de límites entre ambos y la aceptación de que el objeto posee una realidad propia independiente del self.

Los procesos de manejo del self se corresponden en el nivel de las relaciones objetales, con capacidades estructurales para establecer vínculos de manera que los propios intereses y los ajenos sean considerados apropiadamente, y de modo que, al mismo tiempo, este vínculo pueda ser protegido de los propios afectos e impulsos. Para ello se requiere la capacidad de anticipación de la reacción de los otros.

El hecho de que los otros puedan ser experimentados como objetos separados, delimitados, que no son uno con el sujeto, hace necesario darse a entender comunicativamente. Esto se lleva a cabo por medio de la expresión emocional, que permite llegar emocionalmente al otro o ser afectado emocionalmente por el otro; aquí resulta importante la capacidad de situarse transitoriamente en el mundo interno del otro (empatía).

De esta manera la estructura puede ser detallada según el OPD a través de cuatro dimensiones, las cuales siempre distinguen la referencia al self y la referencia a los objetos.

Percepción del self y percepción de objetos:

Capacidad de percibirse autorreflexivamente

Capacidad de percibir al otro en forma total y realista

Manejo del self y de la relación:

Capacidad de regular los propios impulsos, afectos y autoestima.

Capacidad para regular la relación con el otro.

Comunicación emocional hacia adentro y hacia afuera:

Capacidad de comunicación interna a través de afectos y fantasías.

Capacidad de comunicación con los otros.

Vínculo interno y relación externa:

Capacidad de utilizar objetos buenos internos para la autorregulación.

Capacidad de vincularse y separarse (OPD Grupo de Trabajo, 2008. Pág, 139-141).

Se debe entender que la estructura del adulto, desde el punto de vista de la psicología del desarrollo, es un proceso de maduración en el que se evidencia una progresiva diferenciación e integración, la cual ante todo se caracteriza por una creciente mentalización (mente psicológica). Se trata de la construcción de la representación intrapsíquica del mundo objetal externo (representación del objeto), así como de las experiencias y las actitudes del self en el contacto con el mundo objetal (representación del self, representación de la interacción). El equilibrio de la estructura significa que el individuo puede disponer de ese espacio psíquico y que lo puede regular a fin de crear y mantener relaciones interpersonales de una manera satisfactoria. La estructura individual no solo se manifiesta a través de limitaciones y debilidades, sino también a través de recursos y fortalezas.

El trastorno estructural se puede entender en el sentido de un déficit del desarrollo, a causa del cual no se han logrado ciertas diferenciaciones estructurales y fases del proceso de

integración. El self, en consecuencia, no puede ser autónomo, es incapaz de regularse suficientemente y no logra reflejarse a sí mismo; no se pudo desarrollar un vínculo seguro con otros significativos capaces de brindar soporte (OPD Grupo de Trabajo, 2008. Pág, 141).

En el caso de la vulnerabilidad estructural, si hubo un desarrollo de la estructura, pero no se logró una suficiente estabilidad, lo que en situaciones de estrés interno o externo hace que se pierdan funciones ancladas estructuralmente y se activen estados de ansiedad y desintegración.

Para el diagnóstico diferencial es relevante la distinción entre las capacidades estructurales habituales y manifestaciones agudas que pueden aparecer en situaciones de estrés. Conflictos reales que pueden ejercer una fuerte presión emocional (ejemplo, crisis interpersonales, separaciones o sucesos vitales estresantes) pueden, en combinación con la falta de sueño, grandes esfuerzos corporales, excesivo uso de alcohol, nicotina, medicamentos, drogas etcétera, desencadenar procesos progresivos, que se expresan como si fueran alteraciones estructurales (por ejemplo pérdida de la regulación afectiva y de la autoestima, dudas sobre la propia identidad, rupturas en la comunicación , confusión proyectiva entre el self y objeto, etcétera). En el nivel de estructura del OPD, no se evalúan estas reacciones por estrés y los desequilibrios estructurales eventualmente por ellas. Sin embargo se busca evaluar el modo habitual y estable del funcionamiento del último año o de los últimos dos años.

La lógica con la que la literatura aborda las diferencias estructurales tiene bases teóricas diferentes. La entrevista estructural de Kernberg (1977, 1981) distingue entre nivel estructural neurótico, limítrofe, psicótico y proporciona una operacionalización descriptiva de los niveles, que se definen especialmente por la identidad, las defensas y la prueba de realidad. En otro contexto, Kernberg define los diferentes niveles estructurales (higher level, intermediate level, lower level, psychotic), en el cual los criterios utilizados para la estimación son el superyó, la identidad del yo, la prueba de realidad, el desarrollo de los impulsos, las defensas, rasgos de carácter, relaciones de objeto y afectos (Kernberg, 1970, 1998, 2001).

Lohmer y colegas (1992) describen un sistema diferenciado basado en una lógica psicoanalítica similar. Su objetivo también es poder diferenciar entre nivel neurótico, nivel intermedio y trastorno borderline, lo que hace por medio de la evaluación del tipo de relaciones de objeto y las patologías asociadas, la estructura del yo y los mecanismos de defensa, el desarrollo del superyó, la cualidad de la angustia y la relación médico-paciente (OPD Grupo de Trabajo, 2008. Pág, 142).

La graduación de niveles estructurales propuesta por OPD diferencia cuatro niveles:

Nivel alto de integración estructural

Nivel medio de integración estructural

Nivel bajo de integración estructural

5.3 Nivel de estructura desintegrado

Así los patrones estructurales disponibles en el paciente se manifiestan en la conducta interaccional. Esto significa que para el diagnóstico, el examinador puede hacerse una imagen de su estructura, tanto en el contexto de la vivencia del encuentro directo con el paciente, como a través de sus relatos sobre su vida cotidiana e historia vital. El diagnóstico estructural se facilita al discutir con el paciente sobre la disponibilidad de sus funciones estructurales y permitirle proporcionar una imagen de sí mismo respecto a su forma habitual de sentir y de comportarse.

El reconocimiento de la estructura psíquica está necesariamente vinculado a la comunicación e interacción. Para la estimación de aspectos estructurales, se hace necesaria la entrevista diagnóstica, la cual permite que el paciente se muestre a sí mismo en la relación con el terapeuta. Para poder reflejar e interpretar los fenómenos, el terapeuta requiere experiencia diagnóstica y conocimientos básicos sobre teoría de la personalidad.

Es deseable que exista una experiencia terapéutica personal, para poder alternar entre la observación del paciente y el auto observación de la contratransferencia (OPD Grupo de Trabajo, 2008. Pág, 142).

En el caso de los adictos, para poder entender el patrón de consumo existente como problemática de la dependencia a la droga, no es tarea fácil e implica realizar una lectura de la concepción dada por los autores a esta temática.

5.4 Enfoque modular transformacional

De acuerdo al enfoque modular, transformacional de la psicopatología permite distinguir en toda dependencia de drogas dos niveles psicopatológicos claramente diferenciados, aunque íntimamente relacionados, por una parte un nivel psicopatológico común y por otra un nivel psicopatológico específico.

Para caracterizar el nivel psicopatológico común tomaremos en consideración las aportaciones realizadas al tema que nos ocupa por la psiquiatría descriptiva (APA, 2000; OMS, 2000), así como algunas aportaciones realizadas por otros autores (por ejemplo, Cancrini, 1987; Castilla del Pino, 1980; Vera, 1988). En este sentido, en el citado nivel común cabría situar, como elemento central, el deseo compulsivo de consumir, característica clínica fundamental, según la psiquiatría descriptiva, del “síndrome de dependencia” (OMS, 2000), a su vez núcleo clínico central de toda dependencia de drogas; deseo compulsivo de consumir que presenta una serie de particularidades que el lenguaje psiquiátrico, y también el psicoanalítico, han tratado de captar: para referirse a él se han utilizado, entre otros, los términos “deseo morboso” (Rado, 1926, 1933) , “deseo compulsivo” (Hoper, 1997; Wurmser, 1974, 1981, 1984, 1987a, 1987b) , “necesidad

irresistible” (APA, 2000) etc. Este deseo compulsivo de consumir presenta, de acuerdo con las aportaciones reseñadas, las mismas características en todos los drogadictos, con independencia del tipo concreto de droga que consuman (alcohol, heroína, etc.) y con independencia de la motivación subyacente que impulsa el consumo.

Por último, el deseo de consumir droga con sus particularidades se constituye, como han sugerido algunos autores (por ejemplo, Cancrini, 1987; Vera, 1988), a partir del “encuentro” del sujeto con la droga, ocupando una vez constituido un lugar central en la problemática del sujeto dependiente. Con anterioridad al consumo, en este nivel común, todo lo más que podría existir sería algún factor aislado, del que hablaremos más adelante, que favorecería la constitución del deseo de consumir una vez que se ha producido el contacto con la droga.

5.5 Drogodependencias y psicoanálisis

Para caracterizar el nivel psicopatológico específico tomaremos en consideración básicamente los planteamientos psicoanalíticos sobre las drogodependencias. En este sentido, en el citado nivel situaríamos, como elementos centrales, los estados emocionales y las angustias que determinan el consumo, así como las causas de esos estados emocionales y angustias. De igual manera, en el nivel específico situaríamos otra dimensión de enorme importancia: el significado inconsciente que el consumidor atribuye a su experiencia con la droga, el valor simbólico que adquiere la experiencia con la droga, que refuerza y

personaliza el deseo de consumir, al dotarlo de una fantasmática inconsciente concreta y específica. Por otra parte, y teniendo en cuenta, según plantean algunos autores (entre otros, Cancrini, 1987), que la dependencia de drogas parece asentar sobre situaciones psicológicas y familiares muy diferentes entre sí, consideramos que el nivel psicopatológico específico es diferente de unos drogadictos a otros.

A diferencia del nivel común, el nivel específico, al menos en parte, existe con anterioridad al consumo de la droga, y el sujeto lo habrá encarado de múltiples maneras en los tiempos anteriores al consumo. Sólo el significado atribuido a la experiencia con la droga es posterior al consumo de la misma, aunque este significado está íntimamente relacionado con la problemática que inició el consumo. Por último, según muestran los trabajos que analizan el fenómeno de la elección de droga (Gonzalez de Rivera, 1932, 1993; Khantzian, Halliday, & McAuliffe, 1990; Khantzian, 1975, 1985; Milkman & Frosch, 1973; Wieder & Kaplan, 1969) , en este nivel específico parece existir una relación entre el tipo concreto de sufrimiento presentado por el consumidor y el tipo de droga elegida para ser consumida [1](#).

Esta manera de enfocar la dependencia de drogas presenta ventajas importantes, tanto desde el punto de vista teórico como desde el punto de vista práctico. Desde una perspectiva teórica, el distinguir diferentes niveles permite situar adecuadamente las aportaciones realizadas por los distintos autores que, tanto desde el punto de vista de la psiquiatría como del psicoanálisis, se han ocupado del estudio de la dependencia de drogas, posibilitando, de esta manera, una comprensión más acabada de la compleja problemática de las mismas. En

este sentido, cabría decir que no sólo las aportaciones psiquiátricas hacen referencia, aunque sea de forma implícita, al nivel común de la dependencia de drogas, sino que también hacen referencia a él algunas aportaciones psicoanalíticas. Por ejemplo, los planteamientos de Rado (1933) (Rado, 1926) en torno a que las diversas drogodependencias (“farmacotimia” o “afición a las drogas” en su terminología) constituyen “una sola enfermedad”, caracterizada por la existencia de un “deseo morboso” de consumir droga. En el mismo sentido, podríamos entender las aportaciones de los autores que consideran que el deseo compulsivo de consumir, al presentar unas características concretas (perentoriedad, imperiosidad, compulsividad, entre otras), debe ser considerado como una manifestación clínica en sí misma (por ejemplo, Khantzian et al., 1990; Khantzian, 1986; Peele & Brodsky, 1975; Wurmser, 1974, 1981). Por último, también podríamos entender en el mismo sentido las aportaciones de los autores que sostienen que la dependencia de drogas es “una enfermedad primaria”, por lo que es necesario tratarla en primer lugar, y sólo una vez encarada de forma adecuada cabe plantearse el tratamiento del “trastorno acompañante” (Brickman, 1988; Guimon, 1989) .

Sin embargo, la mayoría de las aportaciones psicoanalíticas sobre la dependencia de drogas hacen referencia a cuestiones relacionadas con el nivel específico. Una gran parte de la bibliografía intenta precisar los estados emocionales y angustias que están en la base del consumo, con independencia de que conceptualicen la dependencia de drogas, siguiendo algunas sugerencias de Freud (por ejemplo, 1897, 1905, 1912 y 1928), como una satisfacción sustitutiva de deseos inconscientes de tipo sexual y/o agresivo (entre otros, Abraham, 1908 y 1916; Ferenczi, 1911a y 1911b; Rado, 1926 y 1933; Simmel, 1929;

Glover, 1932; Lorand, 1948; Fenichel, 1945; Hopper, 1995), o que la conceptualicen, siguiendo los planteamientos de Freud en *El malestar en la cultura* (1930), como una defensa frente a estados de sufrimiento psicológico (por ejemplo, Rosenfeld, 1960 y 1964; Little, 1966; Yorke, 1970; Kohut, 1971; Kernberg, 1975 y 1991; Berthelsdorf, 1976; Wurmser, 1974 y 1981; Khantzian, 1975, 1985 y 1986; etc.). Asimismo, la bibliografía psicoanalítica intenta esclarecer las causas de los estados emocionales y angustias que están en la base del consumo, ya aborden el tema de la génesis desde el punto de vista del conflicto intrapsíquico (por ejemplo, Glover, 1932; Rado, 1933; Fenichel, 1945, Rosenfeld, 1960 y 1964, Kernberg, 1975 y 1991, etc.), ya lo aborden desde la perspectiva del déficit estructural (por ejemplo, Kohut, 1971, Wurmser, 1974 y 1984; Peele y Brodsky, 1975; Blatt et al., 1984; Khantzian, 1986; Khantzian et al., 1990). Por último, la bibliografía psicoanalítica también se ocupa de precisar el significado inconsciente que la experiencia con la droga tiene para el consumidor (por ejemplo, Abraham, 1908 y 1916; Ferencz, 1911a y 1911b; Rado, 1926; Glover, 1932; Fenichel, 1945; Rosenfeld, 1960 y 1964; Kohut, 1971; Kernberg, 1975; Hopper, 1995), proponiendo significados diferentes según la orientación teórica del autor.

Desde un punto de vista clínico, la distinción establecida entre un nivel común y un nivel específico permite, por una parte, entender en toda su amplitud psicopatológica el consumo de drogas y, por otra, establecer el lugar que ocupan los diferentes abordajes terapéuticos de las drogodependencias. En relación con la comprensión psicopatológica del consumo de drogas, el diferenciar distintos niveles posibilita poner en claro uno de los mitos mayores

del psicoanálisis de las drogodependencias: el consumo de drogas es siempre un síntoma, nunca un problema primario, debido a lo cual el deseo de consumir desaparecerá mediante la comprensión analítica, no siendo, por tanto, necesario un tratamiento específico del mismo. Mito, que, en ocasiones, se acompaña de un añadido sumamente peligroso: si la psicoterapia psicoanalítica resuelve los problemas del paciente, éste podrá volver a consumir, ahora con todas las seguridades. En este sentido, el diferenciar dos niveles permite considerar el deseo de consumir drogas, por una parte, como un síntoma en el sentido más psicoanalítico del término (desde el nivel específico) y, por otra, como un problema primario o, al menos, como un problema en sí mismo, como una forma compulsiva bajo la cual se vive el deseo (desde el nivel común), y, por tanto, plantearse el abordaje terapéutico del mismo desde la perspectiva de estos dos niveles.

En relación con los diferentes tratamientos de la dependencia de drogas, el diferenciar distintos niveles hace posible situar estos tratamientos en el lugar adecuado. Desde esta perspectiva, podríamos decir que los abordajes centrados en la desintoxicación o en los programas de mantenimiento pretenden actuar sobre el nivel psicopatológico común, intentando, mediante el recurso a ciertos fármacos y a ciertas técnicas psicológicas, modificar las condiciones biológicas y psicológicas creadas por la droga, para de esta manera conseguir un cierto grado de control sobre el deseo compulsivo de consumir. Por su parte, el abordaje estrictamente psicoanalítico de la dependencia de drogas se sitúa en el nivel psicopatológico específico intentando modificar las causas de los estados de sufrimiento que determinan el consumo. De todas formas, según se desprende de los

trabajos, escasos por el momento, que analizan la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica en el tratamiento de las drogodependencias (por ejemplo, Simmel, 1929; Fenichel, 1945; Wurmser, 1987a y 1987b; Woody et al., 1986; Brickman, 1988; Dodes, 1988; Guimón, 1989; Frances y Miller, 1991; Frances et al., 1997), pareciera que el tratamiento psicoanalítico, para que resulte eficaz, debe realizarse siempre después de haberse conseguido la abstinencia del paciente o, en todo caso, realizarse combinado con los tratamientos encaminados a conseguir la supresión del consumo.

5.6 El nivel común de la dependencia de drogas: el deseo compulsivo de consumir droga

Como ya hemos señalado al comienzo del trabajo, las aportaciones realizadas a la cuestión del consumo dependiente de drogas, tanto desde la perspectiva psicoanalítica (entre otros, Rado, 1933; Wurmser, 1974 y 1981; Khantzian, 1975 y 1986; Peele y Brodsky, 1975; Khantzian et al., 1990), como desde el punto de vista psiquiátrico (por ejemplo, Castilla del Pino, 1980; Alonso-Fernández, 1981; CIE-10; DSM-IV, 1994), nos pueden servir de punto de partida para establecer las características básicas del nivel psicopatológico común de la dependencia de drogas.

Ahora bien, desde el punto de vista de una psicopatología modular-transformacional, no sólo interesa establecer que el deseo compulsivo de consumir es el elemento central del nivel psicopatológico común, sino que también interesa poner en claro cómo se constituye

ese deseo de consumir; es decir, interesa sobre todo establecer los procesos que se ponen en juego para que ese deseo de consumir se constituya como tal.

Ya hemos apuntado, siguiendo los planteamientos de algunos autores (entre otros, Cancrini, 1987; Vera, 1988), que el deseo de consumir surge de la experiencia que el consumidor tiene con la droga, entre otras razones, porque, en la actualidad, se acepta de forma mayoritaria por todas las corrientes psiquiátricas y psicológicas que no existe un perfil de personalidad previo vinculado a la dependencia de drogas.

¿Cómo enfocar el estudio de la experiencia con la droga, con la finalidad de dar cuenta de la constitución del deseo de consumir? En nuestra opinión, habría que considerar que la experiencia con la droga no presenta una única dimensión. Por el contrario, si tenemos en cuenta la distinción establecida por Szazs (1990) entre “aspectos químicos” y “aspectos ceremoniales” del consumo de drogas, podríamos pensar que es posible diferenciar, cuando menos, dos dimensiones, que conviene estudiar por separado.

Por una parte, una dimensión derivada del contacto entre el sujeto y la droga en sí misma (es decir, en su estructura química y, por tanto, en sus efectos farmacológicos, ya sean inmediatos o de estado), en la que lo fundamental serían los cambios biológicos (sobre todo, bioquímicos) que la droga induce, así como las influencias que estos cambios biológicos tienen sobre el funcionamiento del psiquismo del sujeto consumidor. Por otra parte, una dimensión derivada del contacto del consumidor con lo que podríamos

denominar “contexto drogado”, que aludiría a los modos que una determinada cultura tiene de entender el fenómeno de la droga y de la drogadicción, y que serán usados por el consumidor para dar cuenta de su propia experiencia con la droga. En términos más psicoanalíticos, y de acuerdo con los planteamientos de Laplanche (1987 y 1990), podríamos decir que todo consumidor de drogas tiene que confrontar una serie de discursos preexistentes sobre la droga y la drogadicción; discursos, tanto cognitivos como afectivos, que todo drogadicto tiene que captar y que dejan su impronta sobre el deseo de consumir haciendo que este deseo tenga similares características en todos los drogadictos, aunque cada drogadicto posea siempre un cierto margen de libertad personal a la hora de construir para sí mismo esos discursos previos, configurando, de esta manera, un deseo de consumir que, al mismo tiempo, es general y personal.

5.6.1 La relación del sujeto con la droga: la constitución del deseo de consumir

La constitución del deseo de consumir droga ha sido abordada por la psiquiatría clínica y por el psicoanálisis, así como por otras orientaciones psicológicas. Por ejemplo, el DSM-IV (APA, 1994), considera que la droga en sí misma, por su estructura química, es el agente productor de la dependencia en función de las modificaciones biológicas que induce, aunque en sus planteamientos no toma en consideración la situación psíquica del sujeto en el momento del consumo, ni especifica adecuadamente los cambios que en el funcionamiento psíquico provocan las modificaciones biológicas. Por su parte, el psicoanálisis, con independencia de la orientación teórica del autor, considera, en términos generales, que el sujeto es el agente productor de la dependencia en función del significado inconsciente que atribuye a la experiencia con la droga (entre otros, Abraham, 1908 y 1916;

Glover, 1932; Fenichel, 1945; Rosenfeld, 1960 y 1964; Kohut, 1971), dejando a un lado generalmente los cambios biológicos inducidos por la droga consumida y las repercusiones de estos cambios sobre el funcionamiento psíquico.

¿Cómo entender, desde el enfoque modular-transformacional, la constitución del deseo de consumir, característica central del nivel psicopatológico común? Para plantear de forma clara la constitución de dicho deseo, nos parece necesario, como punto de partida, tomar en consideración lo que la clínica de la dependencia de drogas nos enseña. En este sentido, si tomamos en consideración lo que los drogadictos nos dicen y lo que los drogadictos hacen, podríamos, desde un punto de vista estrictamente descriptivo, distinguir, en el proceso de constitución del deseo de consumir droga, dos momentos claramente diferenciados.

5.6.2 Disminución del displacer y/o búsqueda del placer

En un primer momento, la droga, desde el comienzo mismo del consumo, determina, de forma casi inmediata (aunque la rapidez de acción depende de la vía de administración), la desaparición del sufrimiento específico que pudiera existir previamente, provocando, al mismo tiempo, la aparición de un estado de placer, que no es mero alivio del sufrimiento previo, sino que tiene también una dimensión claramente placentera. Nos estamos refiriendo a la experiencia que los drogadictos denominan “flash” y que, según ellos,

recuerda, en parte, al orgasmo y, en parte, a la experiencia mística, y cuyas representaciones, en estos momentos iniciales del consumo, están temáticamente relacionadas con las representaciones del sufrimiento específico inicial: por ejemplo, fantasías de poder o de éxito en los sujetos con sentimientos de inferioridad y/o vergüenza (Wurmser, 1984; Lewis, 1987). Según todas las evidencias clínicas, este placer inicial tiene mayor importancia, de cara a la continuación del consumo (y, por tanto, de cara a la constitución del deseo de consumir), que el alivio del sufrimiento específico que existía previamente, aunque, evidentemente, este aspecto de alivio del sufrimiento también interviene como motor del consumo posterior. En esta línea, Rado (1933) afirma que “si la sustancia y la dosis fueron bien elegidas, el primer efecto farmacogénico placentero es por lo general el acontecimiento más impresionante de esta clase en todo el curso de la enfermedad” (p. 76). Por su parte, Thomas De Quincey (1821), en *Confesiones de un inglés comedor de opio*, relato autobiográfico de sus experiencias con esta sustancia, escribió en relación con sus primeras experiencias: “que mis dolores hubieran desaparecido resultaba ahora banal a mis ojos: este efecto negativo se había absorbido en la inmensidad de los efectos positivos que se abrían ante mí, en el abismo del divino deleite que así de súbito se revelaba. (...) éste era el secreto de la felicidad, del que los filósofos habían discutido durante tantos siglos, por fin descubierto”(p. 143).

En un segundo momento, el consumo de drogas que, en parte, pudo haber sido utilizado para aliviar sufrimientos concretos y específicos, comienza a ser usado para hacer frente a cualquier tipo de sufrimiento que el consumidor pudiera tener (incluso frente a los sufrimientos producidos por el propio consumo). Algo similar ocurre con el aspecto

placentero del consumo de drogas. El consumo de drogas que era usado para obtener estados de placer relacionados temáticamente con el sufrimiento que inició el consumo, comienza a ser utilizado siempre que el sujeto desea obtener algún tipo de placer, abandonando, en aras del consumo, las actividades concretas que permiten satisfacer los diferentes tipos de deseos. Esta búsqueda activa de un estado placentero (o de incremento de un estado ya existente), y no la mera desaparición del displacer, es la que determina que algunos sujetos recaigan en el consumo de drogas en los momentos de euforia: el estado placentero existente en un momento determinado reactiva (memoria afectiva) las experiencias de placer, entre otras, y de manera especial, la conseguida a través del consumo de la droga.

¿Cómo explicar, desde una psicopatología psicoanalítica modular-transformacional, la situación clínica descrita, que, al menos en nuestra experiencia, es posible observar en todos los drogadictos (con independencia de la droga usada y de las razones específicas para el uso)? En otras palabras, ¿cómo se constituye el deseo de consumir, teniendo en cuenta, por una parte, la situación psíquica del sujeto en el momento del consumo (tanto la situación consciente como la inconsciente) y, por otra, los efectos de la droga sobre el organismo, así como las repercusiones de esos efectos sobre el funcionamiento psíquico del consumidor (tanto en el nivel consciente como en el nivel inconsciente)? Dicho de otro modo, ¿qué ocurre, tanto en la conciencia como en el inconsciente, cuando un sujeto, con una situación psíquica concreta (es decir, con un estado consciente e inconsciente de sufrimiento específico), consume por primera vez una droga concreta (es decir, una sustancia con una actividad específica sobre sistema nervioso central) ?

En el primer momento señalado, y de acuerdo con lo planteado por algunos autores (entre otros, Rof Carballo, 1971 y 1975; Tizón, 1997; Bleichmar, 1999b y 1999c), podría decirse que, en función de las modificaciones biológicas que induce de forma inmediata (fundamentalmente, en el ámbito de la neurotransmisión) y de los efectos de esos cambios sobre el funcionamiento psíquico, la droga hace desaparecer las representaciones displacenteras, tanto conscientes como inconscientes, que pudieran existir en el consumidor, y que, obviamente, tendrán un contenido temático concreto y específico, diferente de un consumidor a otro en función del sistema motivacional que está implicado de forma predominante en la determinación del consumo [6](#). Al mismo tiempo, los citados cambios biológicos, provocan la aparición de un estado de placer, determinado por la activación de ciertas representaciones placenteras, tanto conscientes como inconscientes, que, obviamente, en este primer momento, están relacionadas temáticamente con las representaciones causantes del sufrimiento inicial, y son diferentes de un consumidor a otro en función del sistema motivacional que está en juego en el consumo.

Pero no sólo las modificaciones biológicas inmediatas, diferentes de unas drogas a otras, son capaces de activar representaciones placenteras, sino que también parece, según sugieren algunos autores (por ejemplo, Rof Carballo, 1971 y 1975; Tizón, 1997; Bleichmar, 1997, 1999b y 1999c), que puede ocurrir lo contrario: que las representaciones placenteras (por el hecho de ser placenteras y con independencia de la forma concreta que adopten en

cada sujeto consumidor) activen ciertos sistemas de neurotransmisión (básicamente, el dopaminérgico, implicado en la activación de los sistemas de recompensa situados en el sistema límbico), contribuyendo, de esta manera, al establecimiento de los cambios biológicos de estado [7](#).

En este primer momento, y en base a lo dicho, podría decirse que la experiencia con la droga parece tener una propiedad básica: un sufrimiento específico, derivado de las perturbaciones en un sistema motivacional concreto, se calma mediante el consumo de una droga, surgiendo en su lugar un estado de placer relacionado temáticamente con el sufrimiento inicial y, por tanto, relacionado con el sistema motivacional concreto que generó el consumo. Sin embargo, como ya señalamos, esta relación específica entre el sufrimiento previo y el placer provocado por la droga se pierde muy rápidamente, apareciendo, en un segundo momento, la utilización del consumo de la droga como medio para aliviar cualquier sufrimiento y para conseguir cualquier placer. ¿Qué ha ocurrido en el nivel de lo psicológico, desde el punto de vista del enfoque modular-transformacional, para que una experiencia que comienza siendo específica acabe siendo inespecífica? ¿Qué procesos psíquicos se ponen en marcha a partir de las experiencias específicas iniciales provocadas por la droga, y ligadas a un determinado sistema motivacional? De acuerdo con lo planteado por Bleichmar (1999d), cabría pensar que a partir de esta experiencia inicial con la droga se ponen en marcha dos procesos psíquicos diferentes, aunque relacionados: por una parte, un fenómeno de “difusión” de la experiencia con la droga desde el sistema motivacional que inició el consumo al resto de los sistemas motivacionales del consumidor

y, por otra, un fenómeno de “utilización defensiva” de la experiencia con la droga por parte del sujeto consumidor.

El fenómeno de “difusión” de la experiencia con la droga desde el sistema motivacional en el que se sitúa la problemática que inició el consumo al resto de los sistemas motivacionales del consumidor, es consecuencia, según Bleichmar (1999d), de las leyes que regulan el funcionamiento psíquico: es decir, de “los efectos que unas representaciones (...) Producen en otras representaciones”, obviamente, sin que esos efectos hayan sido buscados por el consumidor de drogas. En otros términos, el fenómeno de “difusión”, y de ahí precisamente que Bleichmar (1999d) lo denomine “difusión/transformación”, surge de las “transformaciones que el funcionamiento de un sistema motivacional va determinando en los otros”, como consecuencia de las articulaciones que se van produciendo entre ellos en el funcionar del psiquismo.

El fenómeno de la “utilización defensiva” de la experiencia con la droga aludiría, de acuerdo con Bleichmar (1999d), a un proceso psíquico diferente: el estado placentero, tanto consciente como inconsciente, que surge con ocasión del consumo es utilizado por el sujeto con la finalidad de contrarrestar el estado de sufrimiento, tanto consciente como inconsciente, que pudiera existir en él. En este sentido, el consumo de drogas se podría incluir dentro de las denominadas por Bleichmar (1997) “experiencias de satisfacción compensatoria”. Se trata, según este autor, de un conjunto de comportamientos (entre otros, consumo de drogas, atracones bulímicos, sexualidad compulsiva, autolesiones, conductas de riesgo, etc.) que cuando son realizados provocan de forma casi inmediata un estado de

placer, y que son activados cuando el sujeto se encuentra bajo los efectos de un estado de sufrimiento, tanto consciente como inconsciente .

El consumo de drogas, en tanto que “experiencia de satisfacción compensatoria”, podría considerarse, en los primeros momentos del mismo, como una defensa específica: es decir, frente a una situación de sufrimiento determinada el sujeto recurre a una actividad concreta (consumo de drogas) que le provoca de inmediato un placer, temáticamente relacionado con el sufrimiento inicial. Sin embargo, esta especificidad se acaba perdiendo de forma muy rápida, debido, entre otros factores, al proceso de “difusión/transformación” (Bleichmar, 1999), que hace posible que la experiencia con la droga quede ligada a diversos sistemas motivacionales, diferentes del sistema que inició el consumo.

Debido, precisamente, a esta pérdida de especificidad, el consumo de drogas (en tanto que “experiencia de satisfacción compensatoria”) acaba, según Bleichmar (1981), funcionando como una especie de estructura automática: es decir, el consumo de drogas acaba siendo activado por cualquier tipo de sufrimiento y siguiendo, de forma más o menos fija, una serie de pasos establecidos. En este sentido, Bleichmar (1981) apunta que llega un momento en que la “relación entre la experiencia de satisfacción y la experiencia dolorosa no es de conexión asociativa entre dos temas definidos, sino entre dos estructuras, de modo tal que el displacer de una pone en acción la búsqueda del placer de la otra” (p. 171). De este modo, el consumo de la droga termina constituyéndose en un “verdadero punto de fijación al que se retorna” (p. 172) cada vez que el sujeto sufra o cada vez que desee obtener placer.

Sin embargo, en la constitución del deseo de consumir no sólo interviene la relación del sujeto con la droga, sino que también interviene, en nuestra opinión, la relación del sujeto con el “contexto drogado”, y no sólo porque la capacidad de la droga para aliviar los sufrimientos y producir placer pueda estar potenciada desde la ideología que toda droga genera. En el mundo de la droga, en el “contexto drogado”, existe, entre otras cuestiones, una idea, que generalmente no se corresponde con la realidad, sobre la peligrosidad del síndrome de abstinencia, una creencia sobre lo terrible que éste puede llegar a ser; creencia en torno al síndrome de abstinencia que es, como diría Laplanche (1990), “implantada” en la mente de los consumidores y que éstos acaban procesando y construyendo para sí mismos. De ahí, precisamente, el temor que existe en todo consumidor de drogas, con independencia de que haya sufrido o no un síndrome de abstinencia, ante la posibilidad de padecerlo, y que actúa como reforzador del consumo.

5.6.3 La relación del sujeto con el “contexto drogado”: la constitución del sistema codificador del deseo de consumir

¿En qué consiste la anomalía, la patología, del deseo de consumir droga? Para precisar las particularidades del deseo de consumir propio de la dependencia de drogas, se han utilizado diferentes enfoques. Por ejemplo, algunos autores (entre ellos, Castilla del Pino, 1980) han considerado que la peculiaridad de la conducta dependiente, la patología de la misma, radicaría en la actitud con la que el sujeto consume la droga, en la actitud que subyace a la

conducta de consumir droga, con independencia de la cuantía del consumo y con independencia de la frecuencia del mismo. Desde esta perspectiva, el consumo de drogas debería considerarse patológico cuando el sujeto, a través de los efectos de la droga, pretende modificar una situación psíquica que le resulta penosa y que según él no puede cambiar desde las coordenadas que componen sus posibilidades de acción. Por el contrario, la CIE-10 (OMS, 1992) y el DSM-IV (APA, 1994) consideran que para establecer los rasgos propios del deseo de consumir droga es necesario un enfoque más objetivo, centrado en los síntomas que muestra el sujeto consumidor, que serían la expresión clínica del deseo de consumir. En este sentido, la peculiaridad de la conducta dependiente, la patología de la misma, habría que buscarla en la morfología que ésta adopta, en el “patrón de consumo” mostrado por el sujeto consumidor. Desde esta perspectiva, el consumo de drogas puede considerarse patológico cuando, como señala el DSM-IV (APA, 1994), la necesidad de consumir aparece como irresistible, el sujeto consume droga en grandes cantidades, con una gran frecuencia, dedica la mayor parte de su tiempo a conseguir la droga, consumirla y recuperarse de sus efectos, produciéndose modificaciones importantes en el comportamiento personal, laboral y social del sujeto.

¿Cómo entender, desde el enfoque modular-transformacional de la psicopatología, la anomalía, la patología, del deseo de consumir droga? Desde esta perspectiva, la consideración como patológico del deseo de consumir debería tener en cuenta, además de las señaladas (intencionalidad y expresión conductual), otras dimensiones de dicho deseo. En este sentido, a la hora de establecer la patología del deseo de consumir droga es fundamental, de acuerdo con Bleichmar (1997), tener también en cuenta el “sistema de

significaciones” bajo el cual el drogadicto codifica su propio deseo de consumir; sistema de codificación del deseo de consumir droga que, más allá de las características objetivas del deseo de consumir, determinará cómo el sujeto lo interpretará y cómo reaccionará ante él. En la forma en que el drogadicto interpreta y reacciona ante su propio deseo de consumir droga, creemos encontrar una serie de rasgos comunes a todos los drogadictos; rasgos que, en nuestra opinión, deberían esclarecerse, entre otras razones, porque es necesario tenerlos en cuenta a la hora de establecer qué tipo de intervenciones psicoterapéuticas son las más pertinentes en este nivel psicopatológico común.

Cada sujeto utiliza, como ha señalado Bleichmar (1997), formas prevalentes, estructurales, de interpretar y reaccionar ante sus diversos deseos, que dependen de la biografía del mismo, y que el sujeto consumidor aplicará con toda seguridad al deseo de consumir. Pero, el hecho de vivir experiencias concretas en el mundo de la droga (relaciones dentro del grupo de drogadictos, ideología que acompaña al consumo de la droga, imagen de la droga y del drogadicto en el imaginario social, etc.), posibilita que el deseo de consumir quede asociado en todos los drogadictos a una determinada y concreta modalidad de codificación. De acuerdo con Bleichmar (1997), este sistema codificador del deseo de consumir aludiría, cuando menos, a los siguientes aspectos: forma en que el sujeto consumidor se representa el deseo de consumir y forma en que el sujeto consumidor se representa a sí mismo en el momento de sentir la presión del deseo de consumir.

5.6.4 La representación del self ante la emergencia del deseo de consumir

¿Cómo se representa el drogadicto el deseo de consumir droga? La clínica muestra que todos los drogadictos consideran que el deseo de consumir tiene una intensidad enorme, entendiendo por ello que es imposible luchar contra él. El deseo de consumir tiene siempre un carácter de urgencia, por lo que es necesario ceder ante él de inmediato, incluso al margen de la adaptación a la realidad. ¿De qué depende esta forma de interpretar el deseo de consumir droga? Sin olvidar la importancia que las modificaciones biológicas provocadas por la droga tienen en la determinación de las características del deseo de consumir, creemos que las características del mismo dependen en gran parte de la forma en que es interpretado por el consumidor; forma de interpretar el deseo de consumir que está muy relacionada con los sistemas de codificación construidos en la relación del sujeto con el “contexto drogado”, entre otras razones, porque la familia del drogadicto e, incluso, su atención y acceso a la salud que también participan de esta interpretación.

¿Cómo se representa a sí mismo el drogadicto cuando siente la presión del deseo de consumir, cómo se siente el sujeto consumidor ante el deseo de consumir? En los momentos que surge la presión del deseo de consumir, la clínica nos muestra, que la totalidad de los drogadictos, con independencia de la droga consumida y de los motivos que tengan para su consumo, se consideran incapaces de hacer frente al deseo de consumir, se consideran impotentes para controlarlo. Si aceptamos, como propone Bleichmar (1999d), la existencia de una “organización modular del self”, la existencia en todo sujeto de diversas representaciones del mismo, podría decirse que en los momentos en que surge el deseo de consumir se activa en todos los drogadictos una particular representación del self marcada por la impotencia y la incapacidad en el ámbito concreto y específico de las capacidades que el sujeto considera que tiene para controlar el deseo de consumir droga.

¿Cómo se origina esa representación de sí mismos que, presentan todos los drogadictos en relación con el deseo de consumir? o, en otros términos, ¿cómo se genera el sentimiento de impotencia e incapacidad para controlar el deseo de consumir droga? Al estar moviéndonos en el nivel psicopatológico común, dicha representación del self no estaría determinada por los diversos avatares de la historia individual (aunque, desde la perspectiva del nivel psicopatológico específico, esos avatares sí influirían), sino que estaría determinada por la imagen que del drogadicto, como un sujeto carente de recursos personales para hacer frente al deseo de consumir, existe en el imaginario social y que, como ya apuntábamos, cada drogadicto capta y construye para sí mismo. De ahí, precisamente, que el sujeto consumidor acabe considerando que él no podrá aguantar la presión del deseo de consumir; consideración que acaba constituyéndose en una condición del psiquismo del consumidor.

5.5 El nivel específico de la dependencia de drogas:

las causas del deseo de consumir droga y el significado de la experiencia con la droga

¿Cómo entender, desde un enfoque modular-transformacional, el nivel específico de la dependencia de drogas? Desde esta perspectiva, en dicho nivel habría que situar, como ya hemos indicado, las múltiples causas del sufrimiento psíquico que están en la base del deseo de consumir droga. Asimismo, y como también hemos señalado, en el nivel específico tendríamos que situar la problemática del significado inconsciente atribuido por el consumidor a la experiencia con la droga.

Las cuestiones que son necesarias abordar en el nivel psicopatológico específico han sido ampliamente tratadas en la bibliografía psicoanalítica sobre el tema. Pero, aunque las aportaciones realizadas por los diferentes autores son de una gran importancia para la comprensión de las drogodependencias, parece necesario hacer algunas matizaciones con objeto de situarlas adecuadamente. Precisamente, una de las ventajas del enfoque modular-transformacional, como ha señalado Bleichmar (1996 y 1997), es que permite integrar en una visión más abarcativa los conocimientos existentes sobre un trastorno determinado, y sortear uno de los grandes peligros, al que se han referido numerosos autores (por ejemplo, Mitchell, 1983; Perry et al., 1987; Bleichmar, 1996 y 1997), de la teorización psicoanalítica, tanto de la dependencia de drogas como de cualquier otro trastorno mental: la tendencia al reduccionismo que muestran casi todos los autores, que pretenden explicar a partir de una única teoría la totalidad de los casos que la clínica les aporta.

5.5.1 Las causas del deseo de consumir droga

En relación con las causas del sufrimiento psíquico que determina el consumo dependiente de drogas, y tomando como referencia la bibliografía psicoanalítica consultada, consideramos necesario precisar una serie de puntos que nos parecen del máximo interés desde el punto de vista del enfoque modular-transformacional de esta patología. En primer lugar, habría que establecer los diferentes tipos de sufrimiento sobre los que se puede construir el deseo de consumir droga. En segundo lugar, habría que precisar las diversas

condiciones de génesis de ese sufrimiento psíquico, causante, en última instancia, del deseo de consumir.

¿Qué nos muestra la bibliografía psicoanalítica sobre el contenido temático del sufrimiento psíquico que está en la base del deseo de consumir droga? Algunos autores describen angustias relacionadas con los deseos sexuales y/o con los deseos agresivos (por ejemplo, Abraham, 1908 y 1916; Ferenczi, 1911a y 1911b; Rado, 1926; Simmel, 1929; Glover, 1932; Fenichel, 1945; Lorand, 1948; Kernberg, 1975; Hopper, 1995, etc.). Otros autores, por su parte, consideran que son las ansiedades de tipo narcisista las que están en la base del consumo de drogas (entre otros, Rado, 1993, Fenichel, 1945; Kohut, 1971; Wurmser, 1974 y 1984; Kohut y Wolf, 1978; Krystal, 1982; Khantzian y Mack, 1983; Luborsky, 1984; Klerman et al., 1984; Meissner, 1986; Khantzian, 1987a y 1987b; Lewis, 1987; Dodes, 1990; Kernberg, 1991). Otros autores hablan de ansiedades persecutorias (por ejemplo, Glover, 1932; Rosenfeld, 1960, etc.), de sufrimientos de tipo depresivo (entre otros, Simmel, 1929; Glover, 1932; Rado, 1933; Rosenfeld, 1960, etc.), de ansiedades de separación (por ejemplo, Krystal y Rafkin, 1970; Stanton y Todd, 1982), etc. Ahora bien, si tomamos en consideración las aportaciones de cada uno de los autores por separado, la bibliografía nos muestra que la mayoría de los autores, con algunas excepciones (por ejemplo, Kohut y Wolf, 1978 y Kernberg, 1991, que identifican subtipos clínicos según los sentimientos predominantes), caen en el reduccionismo al que aludíamos hace un momento, planteando que en la base del consumo dependiente de drogas existe un tipo concreto y

específico de sufrimiento psíquico, que, además, es considerado como el único capaz de generar este tipo de patología.

Sin embargo, la dependencia de drogas, a diferencia de lo que sostiene cada autor, no asienta sobre un único tipo de sufrimiento psíquico; por el contrario, parece asentar, como la clínica muestra reiteradamente, sobre sufrimientos psíquicos de muy diverso tipo, y muy diferentes de unos pacientes a otros. En última instancia, y siguiendo a Bleichmar (1999) en sus planteamientos sobre los diversos sistemas motivacionales, podría decirse que la dependencia de drogas puede asentar sobre el sufrimiento generado por los deseos y angustias de cualquiera de los sistemas motivacionales que activan el funcionamiento del psiquismo: deseos y ansiedades narcisistas, deseos y ansiedades del sistema sensual-sexual, deseos y ansiedades del apego, deseos y ansiedades del sistema hetero-autoconservativo, deseos y ansiedades relacionados con la regulación psicobiológica, etc.

Para algunos autores el sufrimiento está causado por un conflicto intrapsíquico, que sigue las líneas maestras establecidas por Freud o las postuladas por Klein (por ejemplo, Abraham, 1908 y 1916; Ferenczi, 1911a y 1911b; Glover, 1932; Rado, 1933; Fenichel, 1945, Lorand, 1984; Rosenfeld, 1960 y 1964, Kernberg, 1975, Hopper, 1995, etc.). Otros autores, consideran que el sufrimiento psíquico es consecuencia de un déficit estructural o de un déficit del desarrollo (Krystal y Rafkin, 1970; Kohut, 1971, Wurmser, 1974 y 1984; Kohut y Wolf, 1978; Krystal, 1982; McDougall, 1984; Khantzian, 1986; Meissner, 1986; Lewis, 1987; Bean-Bayog, 1988; Dodes, 1990; Rosenfeld, 1960 y 1964; Khantzian et al., 1990, entre otros). Por último, están quienes sostienen que el sufrimiento psíquico surge

básicamente de los conflictos interpersonales del sujeto consumidor (por ejemplo, Blatt et al., 1984; Luborsky, 1984; Klerman et al., 1984).

De cara a la realización de una psicoterapia que pretenda ser específica es, obvio, que el terapeuta deberá precisar adecuadamente las causas del sufrimiento presentado por el paciente, como ha señalado reiteradamente Bleichmar (entre otros, 1994, 1996, 1997 y 1999a). Por ejemplo, el consumo dependiente de drogas, como han señalado, entre otros, Wurmser (1984) y Lewis (1987), y como puede observarse en la clínica con gran frecuencia, puede estar determinado por ansiedades narcisistas - sentimientos de inferioridad y/o sentimientos de vergüenza- que se intentan compensar mediante los efectos producidos por la droga. En estos casos, si se sigue un enfoque modular-transformacional de la psicopatología, además de precisar el tipo concreto de ansiedad que está en la base del deseo de consumir, el terapeuta tendría que preguntarse por las causas concretas y específicas que determinaron la patología narcisista responsable de esos sentimientos de inferioridad y/o vergüenza. Es decir, se tendrá que esclarecer si la causa de esos sentimientos radica, por ejemplo, en que el paciente tiene una imagen de sí mismo excesivamente valorizada, que hace que la más mínima frustración narcisista origine los citados sentimientos. Asimismo, el terapeuta tendría que preguntarse por las causas que determinaron que el paciente posea una imagen de sí mismo de esas características: por ejemplo, y siguiendo los planteamientos de Bleichmar (1997) en torno a los trastornos narcisistas, ¿nos encontraríamos ante una identificación con la grandiosidad de los padres y/o se trataría de una identificación a la imagen grandiosa transmitida por el discurso de los padres? O por el contrario, el terapeuta tendrá que determinar si los sentimientos de

inferioridad y vergüenza se deben más bien a que el paciente tiene una imagen de sí mismo desvalorizada. Si considera que tal imagen desvalorizada es la causa del sufrimiento, tendrá que preguntarse por el origen de la misma: por ejemplo, y siguiendo lo planteado por Kohut (1971), ¿es consecuencia de una falta de espejización positiva y/o de una falta de una imagen parental valorizada con la cual identificarse? En otros casos, los sentimientos de inferioridad y vergüenza dependerán también de que el paciente no pudo construir una imagen valorizada de sí mismo, pero las causas de esta imagen desvalorizada habrá que buscarlas, por ejemplo, en los conflictos edípicos (entre otros, Spruiell, 1974), en los conflictos objetales más tempranos (Kernberg, 1975 y 1991), etc.

Al ejemplificar las causas del sufrimiento que está en la base del consumo, nos hemos centrado sobre todo en la patología narcisista (ya sea por conflicto, por déficit, o por una articulación entre ambos), entre otras razones, porque la bibliografía y la clínica muestran que los problemas narcisistas están en la base de muchas dependencias de drogas. Ahora bien, que los problemas en torno al narcisismo sean una causa muy frecuente del consumo de drogas, no significa que sea la única problemática capaz de generar dicho consumo. Por el contrario, la bibliografía y la clínica muestran, aunque con una menor frecuencia, la existencia de otras problemáticas psíquicas en la base del consumo dependiente de drogas, generadas asimismo por un conflicto, por un déficit o por una combinación entre ambos. Por ejemplo, problemáticas ligadas a la sexualidad, que, en nuestra experiencia, se encuentran con más frecuencia en las mujeres drogadictas. Problemáticas ligadas al apego, también muy frecuentes, sobre todo en los consumidores más jóvenes. Problemáticas ligadas a la regulación psicobiológica, que han determinado incluso una hipótesis

explicativa: la “hipótesis de la automedicación” (Kantzian, 1985). Asimismo, en la clínica podemos encontrar problemáticas ligadas a la autoconservación, en las que las ansiedades persecutorias son fundamentales; o problemáticas ligadas a la heteroconservación, en las que los sentimientos de culpa tienen un papel central.

Por último, desde la perspectiva de una psicopatología modular-transformacional, sería necesario preguntarse por las articulaciones de la problemática del paciente (tipo de sufrimiento y causas del mismo) con otras dimensiones del psiquismo. En la dependencia de drogas, nos parece importante que el terapeuta estudie las articulaciones de la problemática del paciente con los recursos yoicos de que éste dispone, que se interrogue no sólo sobre la capacidad para controlar los deseos (muy disminuida, como ya señalamos, en el ámbito concreto del deseo de consumir), sino también por el estado de otros recursos y habilidades del yo. Por la propia dinámica social de la drogodependencia, es muy frecuente que el paciente acabe viviendo en una situación de marginación importante (obviamente, hay diferencias en función de la droga usada y en función de los apoyos psicosociales disponibles), que determina siempre un deterioro importante de los recursos y habilidades del yo. Obviamente, esta situación de deterioro psicológico y social (en ocasiones, agravada por el deterioro físico, consecuencia de las complicaciones médicas del consumo), debiera ser tomada en cuenta a la hora de realizar un tratamiento psicoterapéutico; tratamiento que, en muchas ocasiones no puede realizarse a no ser que se combine con otras técnicas que incidan específicamente sobre los aspectos deteriorados de los recursos yoicos.

5.5.2 *El significado de la experiencia con la droga:
el sistema codificador de la experiencia con
la droga*

Como ya hemos señalado, la experiencia con la droga constituye no sólo el punto de partida de los procesos psicológicos que hemos intentado describir al pretender dar cuenta de la constitución del deseo de consumir droga y de sus particularidades, sino que también constituye el punto de partida de otro importante proceso psíquico: la atribución de un significado inconsciente, por parte del sujeto consumidor, al estado psicológico que experimenta como consecuencia del consumo de la droga.

¿Qué nos muestra la bibliografía psicoanalítica sobre esta cuestión de la atribución de significado inconsciente a la experiencia con la droga? En primer lugar, y tomada en su conjunto, la bibliografía consultada nos revela que la mayoría de los autores, con alguna excepción (por ejemplo, Rado, 1933; Wieder y Kaplan, 1969; Hopper, 1995), consideran que la atribución de significado a la experiencia con la droga constituye el único proceso psíquico que interviene en la constitución del deseo de consumir droga. Sin embargo, desde una perspectiva modular-transformacional, la atribución de significado, el valor simbólico que el sujeto otorga a su experiencia con la droga, puede ser entendido como una imaginarización secundaria de algo que tiene otra causa. Obviamente, se trata de un proceso psíquico muy importante, que, como ya señalamos, refuerza y personaliza el deseo de consumir al dotarlo de una fantasmática inconsciente concreta y específica, pero, cuyo valor causal depende de las articulaciones que se establezcan con el resto de los procesos

que también intervienen en la misma. A veces el significado simbólico tanto de la droga como del acto de drogarse constituye la causa que pone en marcha el consumo de drogas.

En segundo lugar, la bibliografía tomada en su conjunto muestra que los significados que puede adquirir la experiencia con la droga son múltiples. En este sentido, por ejemplo, para algunos autores la experiencia con la droga evoca la masturbación infantil (entre otros, Freud, 1987; Hopper, 1995), para otros el orgasmo alimentario (Rado, 1926, básicamente), para otros el contacto con un objeto que calma cualquier sufrimiento (Rosenfeld, 1960 y 1964; Kohut, 1971), para otros la fusión simbiótica con la madre (por ejemplo, Stanton y Todd, 1982), etc. Sin embargo, si tomamos por separado las aportaciones de cada uno de los autores, podríamos decir que los diferentes autores, caen también en el reduccionismo que reiteradamente hemos señalado, atribuyendo un único significado universal a la experiencia con la droga. Si bien el proceso de atribución de significado es común a todos los drogadictos (incluso, como plantea Freud) es común el proceso de idealización de la droga), el significado concreto y específico que cada drogadicto otorga a su experiencia con la droga es siempre personal, nunca universal. En otros términos, el atribuir un significado y el idealizar la experiencia con la droga parecen ser procesos universales, procesos comunes a todos los drogadictos; pero, el significado concreto que en cada drogadicto adquiere la experiencia con la droga, así como la temática específica en la que se concretiza la idealización de esa experiencia, parecen ser procesos personales, propios de cada drogadicto.

Ahora bien, ¿de qué depende el significado concreto y específico atribuido por cada drogadicto a su experiencia con la droga? Desde la perspectiva de una psicopatología psicoanalítica modular-transformacional, cabría pensar que este significado concreto de la experiencia con la droga depende de los “sistemas de significación”, de los “códigos” (Bleichmar, 1997), propios del sistema motivacional que inició el consumo en cada drogadicto, y que, obviamente, y debido al mero funcionar del psiquismo, siempre estarán en relación con los “sistemas de significación” o “códigos” del resto de los sistemas motivacionales. Códigos propios de cada sistema motivacional, que dependerán, como ha señalado Bleichmar (1997), de la biografía de cada drogadicto, de la forma en que sus figuras significativas interpretaron y reaccionaron ante sus propios deseos y angustias de ese sistema motivacional y de la forma en que esas mismas figuras significativas interpretaron y reaccionaron ante los deseos y angustias del sujeto.

Si aceptamos, como propone Bleichmar (1999), que “cada sistema motivacional crea e impulsa representaciones que le son propias, en un interjuego continuo con las representaciones de los otros sistemas motivacionales”, podríamos pensar que, más allá de la representación social del drogadicto que exista en el “contexto drogado” y que el drogadicto captará y construirá para sí mismo, la representación que cada drogadicto tiene de sí mismo en tanto que drogadicto dependerá en parte del sistema motivacional que inició el consumo, así como de las articulaciones de ese sistema motivacional concreto con el resto de los sistemas motivacionales. De ahí, precisamente, lo que tantas veces puede observarse en la clínica: el hecho de ser drogadicto no sólo aparece como algo fundamental para muchos de ellos (siendo difícil renunciar a la identidad de drogadicto, por las

gratificaciones que provee), sino que es significado de múltiples maneras (en muchas ocasiones, en la línea del narcisismo), pudiendo cambiar esta significación en los diferentes momentos de la evolución del trastorno. .

5.6 Conclusiones: los diferentes niveles de actuación terapéutica en la dependencia de drogas

Como se ha tratado de mostrar en toda dependencia de drogas es posible distinguir tres niveles claramente diferenciados, aunque muy relacionados: un nivel biológico, un nivel psicopatológico común y un nivel psicopatológico específico, que precisarían de abordajes terapéuticos diferenciados y concretos, que atendieran adecuadamente a lo que es propio de cada nivel (cambios biológicos, deseo de consumir y causas psíquicas del deseo de consumir). Asimismo, en toda dependencia de drogas existe una dialéctica entre lo universal y lo particular, entre lo que es común a todos los drogadictos y lo que es específico de cada uno de ellos; dialéctica entre lo universal y lo particular que también hay que tener en cuenta a la hora del tratamiento de esta patología, y que posibilita que el tratamiento pueda estandarizarse en algunos aspectos (por ejemplo, protocolos de actuación terapéutica en función de la droga consumida, etc), mientras que en otros tenga que personalizarse (por ejemplo, psicoterapia psicoanalítica específica en función de las características concretas del nivel específico).

En mi opinión el enfoque modular-transformacional de la dependencia de drogas presenta la ventaja de poder intervenir al paciente de acuerdo al nivel que presente y poder tener un abordaje más completo de la problemática a tratar para enfocarse en la realización de un mejor tratamiento.

6 RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

6.1 Sistema Relacional

Para el estudio de caso se tuvo como referencia el “Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado OPD-2”, que es un instrumento para la evaluación de temas psicodinámicos definido y Operacionalizado. (OPD Grupo de Trabajo, 2008)

6.2 Eje Relacional

Para este caso en específico solo se tomó del OPD-2 la operacionalización en el: EJE II RELACION. A continuación es necesario retomar algunos conceptos sobre el “EJE II: RELACION” que facilite la comprensión (Tabla 01). Para la aplicación y evaluación de los ítems de dicho Tabla al caso, se partió del análisis de las sesiones (audios), teniendo presente la forma como el paciente percibe y narra sus relaciones., tal como lo nombra el

OPD-2 “ La manera en que un ser humano vive y vivencia sus relaciones con otros, tiene una importancia central en el diagnóstico de la psicoterapia psicodinámica, debido a que los conflictos intrapsíquicos favorecen una forma disfuncional de relacionarse y porque desde la forma individual de relacionarse, se pueden deducir conflictos intrapsíquicos” (Cierpka et al.2010).

El objetivo del diagnóstico relacional OPD es la identificación del patrón relacional disfuncional habitual del paciente. Los temas que se evalúan en este eje son las interacciones relevantes con personas significativas (episodios relacionales). En la tabla 1 se puede observar: Eje II-Patrón Relacional, la perspectiva vivencial de las relaciones del paciente en relación a los otros y los otros en relación al paciente. Según OPD-2 “perspectiva vivencial del Paciente A través del relato de las vivencias relacionales del paciente se descubre cuál es su imagen interna en torno a su forma de establecer relaciones.

A través de este relato se puede acceder a los elementos relacionales que él mismo puede vivenciar y nombrar en su propia conducta y la de su interlocutor. El evaluador debe identificar esta perspectiva vivencial y representarla en su diagnóstico relacional. ¿Cómo percibe el paciente la conducta relacional de los otros?, ¿cómo se percibe el paciente a sí mismo en la relación con los otros? El paciente experimenta que los demás permanentemente le... El paciente siente que el... Esta perspectiva registra la vivencia subjetiva del paciente tanto con relación a sí mismo como sus relaciones relevantes. Perspectiva vivencial de los otros (incluido el terapeuta- paciente) Es esta perspectiva se

aborda con los otros (interlocutores del paciente) vivencian repetidamente las “ofertas relacionales” que este hace y cómo reaccionan frente a ellas. El terapeuta paciente- siente que el paciente le... El terapeuta-paciente así como los demás siente que él (respecto del paciente)... Esta segunda perspectiva permite configurar también la percepción de los otros.”

6.3 Tipos de Tablas para la Operacionalización del Eje Relacional

6.3.1 Tabla A. Eje II-Patrón Relacional

En esta tabla se establece la operacionalización de las perspectivas vivenciales se realiza con la ayuda de los ítems, aquí se representa las cuatro posiciones interpersonales, las columnas en las cuales se representa la vivencia del paciente tienen un fondo claro, y aquellas en las que se abordan las vivencias que los otros tienen un fondo oscuro. En el lado izquierdo se marca la conducta del paciente y en el derecho la de sus objetos (los otros).

6.3.2 Tabla B. Resumen Patrón Relacional

En este tipo de tabla se extrae la formulación identificada en el tabla A. Es ilustrativo para conocer el círculo relacional.

A continuación se presentan la operacionalización en el caso significativo.

TABLA 1 A. EJE RELACIONAL

El paciente se vivencia a sí mismo que él, repetidamente respecto a los otros...	Eje II-Patrón Relacional	El paciente vivencia, repetidamente, que los otros...
Los otros (también el evaluador), vivencia(n) que el paciente, repetidamente...	Temas relacionales	Los otros (también el evaluador) se vivencian repetidamente a sí mismos respecto al paciente, que...
0 ◊ 1. les da demasiados espacios de	dirigir a otros	0 ◊ 1. le dan demasiada libertad, lo dejan hacer
0 ◊ 2. los dirige poco, evita influir		0 ◊ 2. lo dirigen poco, evitan influir
0 ◊ 3. los admira, idealiza	valorar a otros	0 ◊ 3. lo admiran, idealizan
0 ◊ 4. se disculpa, evita reproches	responsabilizar a	0 ◊ 4. lo disculpan, evitan reprocharlo
0 ◊ 5. los asedia con su afecto	demostrar afecto	0 ◊ 5. lo asedian con su afecto
0 ◊ 6. evita agresiones y armoniza,	demostrar	0 ◊ 6. evitan agredirlo y armonizan
0 ◊ 7. los cuida demasiado/se preocupa	cuidar a otros	0 ◊ 7. se preocupan demasiado por él y cuidan
0 ◊ 8. los asedia, importuna sin tacto	establecer contacto	0 ◊ 8. lo asedian, importunan sin tacto
0 ◊ 9. les da pocos espacios de libertad, se	dirigir a otros	0 ◊ 9. no le dejan espacios de libertad, se entrometen
0 ◊ 10. los domina, controla/exige		0 ◊ 10. lo dominan, controlan/exigen
0 ◊ 11. los descalifica, desvaloriza, avergüenza	valorar a otros	0 ◊ 11. lo descalifican, desvalorizan, avergüenzan
0 ◊ 12. les hace reproches/culpa	responsabilizar a	0 ◊ 12. le hacen reproches/culpan
0 ◊ 13. les retira el afecto	demostrar afecto	0 ◊ 13. le retiran el afecto
0 ◊ 14. los ataca/daña	demostrar	0 ◊ 14. lo atacan/dañan
0 ◊ 15. los descuida/abandona	cuidar a otros	0 ◊ 15. lo descuidan, abandonan
0 ◊ 16. los ignora, desatiende	establecer contacto	0 ◊ 16. lo ignoran, desatienden
0 ◊ 17. exige espacios de libertad y autonomía	adaptarse	0 ◊ 17. exigen espacios de libertad y autonomía
0 ◊ 18. porfía, se opone		0 ◊ 18. porfían, se oponen
0 ◊ 19. se enaltece, se coloca en el centro de interés	valorarse	0 ◊ 19. se enaltecen, se colocan en el centro de interés
0 ◊ 20. rechaza toda culpa	reconocer la culpa	0 ◊ 20. rechazan toda culpa
0 ◊ 21. se pierde a sí mismo, se confunde cuando les demuestran afecto	abrirse al afecto	0 ◊ 21. se pierden a sí mismos, se confunden cuando les demuestra afecto
0 ◊ 22. se protege poco, se expone al peligro	protegerse	0 ◊ 22. se protegen poco de él, se exponen al peligro
0 ◊ 23. se apoya, se aferra	apoyarse	0 ◊ 23. se apoyan en él, se aferran
0 ◊ 24. no pone límites, permite demasiada	permitir contacto	0 ◊ 24. no ponen límites, permiten demasiada cercanía
0 ◊ 25. evita la autonomía, busca ser guiado	adaptarse	0 ◊ 25. evitan la autonomía, buscan ser guiados
0 ◊ 26. se sobre adapta/se contiene/desiste		0 ◊ 26. se sobreadaptan/se contienen/desisten
0 ◊ 27. se descalifica, se desvaloriza	valorarse	0 ◊ 27. se descalifican, se desvalorizan
0 ◊ 28. se culpa a sí mismo	reconocer la culpa	0 ◊ 28. se culpan a sí mismos
0 ◊ 29. se cierra/huye cuando otros le demuestran afecto	abrirse al afecto	0 ◊ 29. se cierran/huyen cuando les demuestran afecto
0 ◊ 30. se protege mucho de ataques, está alerta	protegerse	0 ◊ 30. se protegen mucho de sus ataques, están alerta
0 ◊ 31. se apoya poco, se muestra poco	apoyarse	0 ◊ 31. se apoyan poco, se muestran poco necesitados
0 ◊ 32. se retira, se cierra, se va	permitir contacto	0 ◊ 32. se retiran, se cierran, se van

TABLA 1 B. RESUMEN PATRÓN RELACIONAL

Perspectiva A: vivencia del paciente	
<i>El <u>paciente</u> vivencia repetidamente que él, respecto de los otros...</i>	<i>El <u>paciente</u> vivencia repetidamente que los otros</i>
<i>Ítem N°. Texto</i>	<i>Ítem N°. Texto</i>
1. <u>32</u> Se retira, se cierra, se va.	1. <u>11</u> Los descalifica, los desvaloriza
2. <u>11</u> Los descalifica, los desvaloriza	2. <u>30</u> Se protege mucho de ataques está alerta
3. <u>18</u> Porfía, se opone.	3. <u>14</u> Lo atacan lo dañan.

Perspectiva B: vivencia de los otros (también del evaluador)	
<i>Los <u>otros</u>, también el evaluador, vivencia(n) repetidamente que el paciente lo(los)</i>	<i>Los <u>otros</u>, también el evaluador, vivencia(n) repetidamente que ellos, respecto al paciente</i>
<i>Ítem N°. Texto</i>	<i>Ítem N°. Texto</i>
1. <u>15</u> Los descuidan, abandonan	1. <u>14</u> Los ataca los daña
2. <u>14</u> Los ataca, los daña	2. <u>27</u> Lo descalifican y lo desvalorizan
3. <u>20</u> Rechaza toda culpa	3. <u>16</u> Lo ignoran, desatienden

Formulación dinámica relacional:

Describa por favor,	
... cómo el paciente vivencia repetitivamente a los otros ↓	<u>El paciente siente que los otros repetidamente lo descalifican, desvalorizan, se protege mucho de sus ataques, está alerta, siente que lo atacan y dañan.</u>
... cómo reacciona él respecto a eso: ↓	<u>El paciente se vivencia así mis como que se retira, se cierra, se va, los descalifica, desvaloriza porfía y se opone.</u>
... qué tipo de oferta relacional (inconsciente) le hace a otros con su reacción ↓	<u>Lo que el paciente no se da cuenta es que los descuida, abandona, los ataca y daña, rechazando toda culpa.</u>
... qué tipo de respuesta induce inconscientemente en otros: ↓	<u>Esto genera que los otros lo ataquen, lo dañen, descalificándolo y desvalorizándolo por lo cual lo ignoran y desatienden.</u>
... qué vivencia el paciente cuando los otros responden a lo inducido por él	<u>El paciente se siente entonces descalificado y desvalorizado y actúa protegiéndose mucho de ataques y estando alerta porque lo atacan y dañan.</u>

TABLA 2 A- EJE PATRON RELACIONAL

El paciente se vivencia a sí mismo que él, repetidamente respecto a los otros...		Eje II-Patrón Relacional	El paciente vivencia, repetidamente, que los otros...	
Los otros (también el evaluador), vivencia(n) que el paciente, repetidamente...		Temas relacionales	Los otros (también el evaluador) se vivencian repetidamente a sí mismos respecto al paciente, que...	
0	1. les da demasiados espacios de	dirigir a otros valorar a otros responsabilizar a demostrar afecto demostrar cuidar a otros establecer contacto	0	1 le dan demasiada libertad, lo dejan hacer
0	2 los dirige poco, evita influir		0	2 lo dirigen poco, evitan influir
0	3 los admira, idealiza		0	3 lo admiran, idealizan
0	4 se disculpa, evita reproches		0	4 lo disculpan, evitan reprocharlo
0	5 los asedia con su afecto		0	5 lo asedian con su afecto
0	6 evita agresiones y armoniza,		0	6 evitan agredirlo y armonizan
0	7 los cuida demasiado/se preocupa		0	7 se preocupan demasiado por él y lo cuidan
0	8 los asedia, importuna sin tacto		0	8 lo asedian, importunan sin tacto
0	9 les da pocos espacios de libertad, se		0	9 no le dejan espacios de libertad, se entrometen
0	10 los domina, controla/exige		0	10 lo dominan, controlan/exigen
0	11 los descalifica, desvaloriza, avergüenza		0	11 lo descalifican, desvalorizan, avergüenzan
0	12 les hace reproches/culpa		0	12 le hacen reproches/culpan
0	13 les retira el afecto		0	13 le retiran el afecto
0	14 los ataca/daña		0	14 lo atacan/dañan
0	15 los descuida/abandona		0	15 lo descuidan, abandonan
0	16 los ignora, desatiende		0	16 lo ignoran, desatienden
0	17 exige espacios de libertad y autonomía	adaptarse valorarse reconocer la culpa abrirse al afecto protegerse apoyarse permitir contacto adaptarse valorarse reconocer la culpa abrirse al afecto protegerse apoyarse permitir contacto	0	17 exigen espacios de libertad y autonomía
0	18 porfía, se opone		0	18 porfían, se oponen
0	19 se enaltece, se coloca en el centro de interés		0	19 se enaltecen, se colocan en el centro de interés
0	20 rechaza toda culpa		0	20 rechazan toda culpa
0	21 se pierde a sí mismo, se confunde cuando le demuestran afecto		0	21 se pierden a sí mismos, se confunden cuando les demuestra afecto
0	22 se protege poco, se expone al peligro		0	22 se protegen poco de él, se exponen al peligro
0	23 se apoya, se aferra		0	23 se apoyan en él, se aferran
0	24 no pone límites, permite demasiada		0	24 no ponen límites, permiten demasiada cercanía
0	25 evita la autonomía, busca ser quiado		0	25 evitan la autonomía, buscan ser quiados
0	26 se sobre adapta/se contiene/desiste		0	26 se sobreadaptan/se contienen/desisten
0	27 se descalifica, se desvaloriza		0	27 se descalifican, se desvalorizan
0	28 se culpa a sí mismo		0	28 se culpan a sí mismos
0	29 se cierra/huye cuando otros le demuestran afecto		0	29 se cierran/huyen cuando les demuestran afecto
0	30 se protege mucho de ataques, está alerta		0	30 se protegen mucho de sus ataques, están alerta
0	31 se apoya poco, se muestra poco		0	31 se apoyan poco, se muestran poco necesitados
0	32 se retira, se cierra, se va		0	32 se retiran, se cierran, se van

TABLA 2B. RESUMEN PATRÓN RELACIONAL

Perspectiva A: vivencia del paciente	
<i>El <u>paciente</u> vivencia repetidamente que él, respecto de los otros...</i>	<i>El <u>paciente</u> vivencia repetidamente que los otros</i>
<i>Ítem N°. Texto</i>	<i>Ítem N°. Texto</i>
1. <u>12</u> Les hace reproches, los culpa	1. <u>11</u> Los descalifica, los desvaloriza
2. <u>15</u> Los descuida, abandona	2. <u>12</u> Le hacen reproches, lo culpan
3. <u>28</u> Se culpa a si mismo	3. <u>15</u> Lo descuidan abandonan

Perspectiva B: vivencia de los otros (también del evaluador)	
<i>Los <u>otros</u>, también el evaluador, vivencia(n) repetidamente que el paciente lo(los)</i>	<i>Los <u>otros</u>, también el evaluador, vivencia(n) repetidamente que ellos, respecto al paciente</i>
<i>Ítem N°. Texto</i>	<i>Ítem N°. Texto</i>
1. <u>8</u> Los asedia ,importuna sin tacto	1. <u>15</u> Lo descuidan, abandonan
2. <u>18</u> Porfía se opone	2. <u>32</u> Se retiran, se cierran, se van
3. <u>15</u> Los descuida, abandona	3. <u>12</u> Le hacen reproches, lo culpan

Formulación dinámica relacional:

<p>Describe por favor,</p> <p>... cómo el paciente vivencia repetitivamente a los otros ↓</p>	<p><u>El paciente siente que los otros repetidamente lo descalifican, desvalorizan le hacen reproches, lo culpan descuidándolo y abandonándolo.</u></p>
<p>... cómo reacciona él respecto a eso: ↓</p>	<p><u>El paciente se vivencia así mismo haciéndoles reproches, culpándolos, descuidándolos y abandonándolos pero se culpa a sí mismo.</u></p>
<p>... qué tipo de oferta relacional (inconsciente) le hace a otros con su reacción ↓</p>	<p><u>Lo que él paciente no se da cuenta, es que él los asedia, porfiando y oponiéndose a ellos y descuidándolos, abandonándolos.</u></p>
<p>... qué tipo de respuesta induce inconscientemente en otros: ↓</p>	<p><u>Esto genera que los otros lo descuiden, abandonen, se retiren, se cierren y se vayan, haciéndole reproches y culpabilizándolo.</u></p>
<p>... qué vivencia el paciente cuando los otros responden a lo inducido por él</p>	<p><u>El paciente se siente entonces descalificado, desvalorizado, reprochado, culpado, descuidado y abandonado por quienes están a su alrededor.</u></p>

7 RESULTADOS

7.1 Formulación Dinámica Relacional

“Interacción dinámica relacional I: EL paciente relata conductas relacionales de otros que tienden a repetirse y que son percibidas como decepcionantes, desagradables u hostiles, frente a lo cual siente que debe reaccionar. Esto significa que desde la perspectiva del paciente frecuentemente se le describen a las demás personas modos de conducta activos, mientras que a sí mismos se les describen reactivos”. Diagnóstico Psicodinámico (OPD Grupo de Trabajo, 2008. Pág., 225).

En el Tabla 2A del Eje Patrón Relacional se muestran las respuestas dadas por el paciente y la percepción que tienen los otros con respecto a la oferta relacional que hace Felipe.

En el Tabla 2A se resume el patrón relacional explicando como el paciente vivencia repetidamente a los otros, como este reacciona respecto a esto qué tipo de oferta relacional inconsciente le hace a otros con su reacción, que tipo de respuesta induce inconscientemente en otros y que vivencia el paciente cuando los otros responden a lo inducido por él.

El paciente Felipe en una escena relacional evidencia sentir que debe alejarse del mundo, porque siente que no encuentra respuestas a sus preguntas, porque la sociedad le ofrece cosas absurdas como el consumo y siente que no llena sus expectativas de vida.

Y se Retira, se Cierra se va

(P) "En mi vida quiero encontrar la felicidad, la paz interior, pero he pensado en alejarme de la sociedad, porque ofrece cosas absurdas, emociones radicales que no me llenan"

Sesión 1.

Cuando se habla con Felipe sobre cómo percibe a sus compañeros de grupo en la fundación, los descalifica, desvaloriza diciendo que no saben comportarse cuando están reunidos y por eso decide quedarse callado y no hablar porque le parece que son una pandilla de la calle.

(P) " Cuando hay tres, cuatro o cinco personas y se comportan como una pandilla de la calle, no quiero hablarles" Sesión 2.

Constantemente Felipe se oponía a la norma a la autoridad, debido a que no le gustaba que le impusieran límites y esto ocasionaba conflictos en la fundación con el terapeuta y compañeros.

(P) " Yo entro en conflicto con el poder porque no me gusta que me impongan las cosas"

Sesión 4.

Cuando a Felipe se le preguntaba como vivencia a los otros, a sus compañeros los continuaba descalificando y desvalorizando, porque los veía sin ningún aprendizaje en sus vidas, faltándoles virtudes y cualidades.

(P) "Les falta mucho aprendizaje, no pulen sus virtudes, cualidades, por lo tanto están en nada y no tienen disciplina" Sesión 1.

Felipe constantemente vivía protegiéndose mucho de ataques, se mantenía alerta porque pensaba que siempre querían hacerle daño con palabras o acciones, esto se logra evidenciar cuando en la fundación le dicen que él no se encontraba comprometido con su proceso de rehabilitación".

(P)"A Manuel como se ocurre decir y pensar que yo no estoy comprometido con el proceso esto me dio mucha rabia y cuando yo estallo soy una persona muy efusiva" Sesión4.

Sin embargo continuaba sintiendo que lo Atacaban y Dañaban y especificaba que la figura significativa de la madre tuvo mucha influencia en él y que esto le generó inseguridades.

(P)"Mi madre es una persona muy explosiva, siempre ha tenido comentarios muy tajantes hacia mí, como que yo no sirvo para nada y esto me ha generado inseguridades" Sesión 1.

´Interacción Dinámica Relacional II: Desde la perspectiva de los otros del evaluador, los acontecimientos se presentan, generalmente, justo al revés: lo que un paciente relata como una reacción al objeto, aparece desde esta perspectiva como una oferta relacional problemática, que provoca, envuelve y presiona, Generalmente son estas iniciativas de la conducta relacional del paciente las que quedan excluidas de su autopercepción y las que provocan una diferencia características entre percepción de si mismo u como lo ve el otro´´OPD2 pag.225

Cuando los otros vivencian conductas en Felipe sienten que este los descuida y Abandona.

Esto se manifiesta porque Manuel el terapeuta, dice que Felipe no quiere hacer nada, que lo ve muy tranquilo con el proceso en la fundación que no le ve compromiso para terminarlo y hacerlo bien.

(P) "Manuel dijo: Es que Felipe no quiere nada, está poco comprometido en su proceso y se lo dijo al director" Sesión 4.

Constantemente Felipe tuvo muchos conflictos en la Fundación con sus compañeros los cuales no sentían tener afinidad para compartir con él y siempre pensaban que Felipe los quería Atacar y Dañar con sus comentarios.

(P) "Ellos aprobaban la idea de que yo era el centro del conflicto el problemático" Sesión 4.

Por esta razón los compañeros y el terapeuta pensaban que él no asumía errores y rechazaba toda culpa y se hacía la víctima para no reconocer sus errores.

(P) "Manuel decía que yo estaba en el centro del conflicto, que yo me hacía la víctima, yo no lo veo así" Sesión 4.

"Interacción dinámica relacional III: en esta interrelación dinámica relacional se unen dos casillas de abajo, de izquierda a derecha, el paciente provoca a través de su oferta relacional determinadas reacciones, que son experimentadas en la contratransferencia como sentimiento, fantasías e impulsos de actuar." OPD2 pág.226

Los otros responden a la oferta relacional que Felipe provoca en ellos.

Y lo atacan, dañan con sus comentarios, esto sucede con un compañero de grupo el cual se siente herido porque Felipe le dice que se encuentra en el lugar indicado y este le reprocha diciendo que es culpable por inestabilizar a los compañeros y el grupo en general.

(P) “ Un compañero de grupo contó su historia de vida y yo le dije que había llegado al lugar indicado, él se enoja y dice que tengo una mala actitud y que inestabilizo al grupo”

Sesión 4.

El director de la fundación descalificaba y desvalorizaba a Felipe porque se sentía atacado por él, Felipe decía que al director le faltaba compromiso con los pacientes que no hacía bien su trabajo que le faltaba prestarles más atención a los pacientes y darles consultas individuales para escuchar sus problemáticas, que solo iba a cobrar plata y tomar tinto, un día el manifestó esto y el director no sacó de la oficina.

(P) “ Para el director todo es un cinismo, él se burla de uno y yo se lo dije una vez. que él no venía si no a cobrar plata y tomar tinto y me dijo: salgase de mi oficina uste no es nadie para que me cuestione mis decisiones” Sesión 7.

Debido a los conflictos constantes en la Fundación con compañeros y directivas, constantemente Felipe sentía que lo Ignoraban y Desatendían, con el director la relación se volvió muy distante y los compañeros lo rechazaban porque lo veían como aquel que propiciaba conflictos en la fundación, el terapeuta decía que era conflictivo y los del grupo apoyaban esa percepción y querían darle una lección golpeándolo.

(P) `` Felipe llegó a sentir que los compañeros de grupo realizaban comentarios hacia él y eran indiferentes, apoyaban a Manuel cuando decían que yo era conflictivo y me querían agredir con una golpiza que me propinarían `` Sesión 4.

``Interacción Dinámica relacional IV: el evaluador puede ahora hacer la siguiente revisión: ¿cuál sería la vivencia del paciente si yo siguiera los impulsos que me sugiere a través de su oferta relacional? ¿Percibiría mi conducta de la misma manera como él percibe esa conducta habitualmente en las otras personas? Esta pregunta alude a la conexión entre las casillas de abajo a la derecha y de arriba a la derecha ``.OPD2 pág.226

En el Tabla 2B del Eje Patrón Relacional se muestran las respuestas dadas por el paciente y la percepción que tienen los otros con respecto a la oferta relacional que hace Felipe.

En el Tabla 2B se resume el patrón relacional explicando como el paciente vivencia repetidamente a los otros, como él reacciona respecto a esto, que tipo de oferta relacional inconsciente le hace a los otros con su reacción, que tipo de respuesta induce inconscientemente en otros y que vivencia el paciente cuando los otros responden a lo inducido por él.

El paciente Felipe se vivencia a si mismo con respecto a el director de la fundación a través de reproches y lo culpa, dice que le falta más compromiso, que no existe un trabajo de desintoxicación y que sus compañeros se quejan por la falta de presencia y compromiso del director para ayudarlos en su proceso.

(P) `` Aquí no existe terapia, para tratar de pensar que es lo que lo llevó a uno a comportamientos adictivos, más de uno lo dice, el director viene tres veces a la semana ,

pone citas y planas, eso es una arbitrariedad y no hace terapia individual con cada uno'' Sesión 7.

Cuando se le pregunta por la relación con el padre dice que la ha descuidado y abandonado, siente que le faltó más compromiso para corresponderle con todo lo que él le brindaba.

(P)'' Yo fui poco correspondiente con lo que hizo mi papá en algún momento, me faltó más compromiso con él en la empresa, porque él me brindaba todo, casa, comida y yo era muy descuidado y no cumplía con las responsabilidades que tenía''

En la misma escena se culpa a sí mismo, dice que el mundo se le complicó por el consumo de drogas que el padre le recrimina esto y se siente torpe por no saber cómo salir del problema.

(P)'' Parezco torpe, me metí en esta situación de consumo y a la vez no sé cómo salir mi padre me recrimina mucho esto, ahora no tengo ni casa, ni hogar ni familia, perdí el lugar en la dinámica de la familia'' Sesión 7.

Con respecto a los otros Felipe vivencia que lo descalifican y desvalorizan, en una escena dice que estaban reunidos en un grupo terapéutico y que el director les dijo que las posibilidades que veía para que se recuperaran no eran muchas, que solo pensaba que uno pudiera salir del consumo, el terapeuta tuvo que intervenir porque los compañeros y Felipe se desmotivaron con estas palabras.

(P) `` El director se excede, dice cosas estúpidas, que de acá si acaso se recupera uno, el terapeuta tuvo que venir y decirle las cosas no son así, no les vuelva a decir eso porque los desmotiva `` Sesión 7.

Sin embargo Felipe sigue sintiendo que el director le hace reproches, lo culpa , porque piensa que es un joven que todo lo ha tenido y que no ha aprovechado las oportunidades que la vida le ha brindado para salir adelante , que ante los problemas se deja afectar .

(P) `` El director dice que soy un niño malcriado, que dependo de mis papás un pelado que no quiere trascender y por eso estoy metido en la droga, que cualquier problema me lleva a tener crisis y que me quedo mucho en el pasado `` Sesión 7.

También ha sentido que las figuras significativas como el padre lo descuidan y abandonan.

Reclama el hecho de que el padre ha sido ausente en los primeros años de su vida, que lo conoce a la edad de 15 años pero que no era muy constante el contacto con él, sin embargo siente que esto nuevamente se repite porque hace casi un mes no sabe nada de él y se siente impotente con la ausencia que le genera.

(P) `` Me choca todo esto, que no aparezca mi papá, esa es la historia de mi vida lo conocí a la edad de 15 años, era un papá de cada quince días ir a una panadería y ya, entonces me da rabia que esto me esté pasando otra vez `` Sesión 7.

Cuando se indaga sobre lo que los otros vivencian con respecto a Felipe, se evidencia que el padre se siente Asediado y que Felipe lo importuna con sus problemas de consumo y quiere dejar de preocuparse por él, le dice que solo quiere estar pendiente de los hijos menores.

(P) " Mi padre me dice: Si usted es tan fuerte para asumir la cuestión de la droga, entonces tiene que serlo para asumir un trabajo una responsabilidad de vida sin perturbarme ni necesitar mi apoyo, ya no quiero preocuparme por usted" Sesión 7.

Felipe no ha tenido una relación de cercanía con la madrastra, y esta vivencia que él Porfía, se opone, y constantemente contradice las ideas que tiene ella y el padre de Felipe en el hogar, lo siente como un joven imprudente y falta de tacto para hablar por lo cual evita debatir ideas con él porque todo lo ve como un cuestionamiento.

(P) " Me siento incómodo cuando salgo con ella, con miedo a que cualquier palabra genere malestar, porque yo cuestiono todo y a ella eso no le causa gracia, pero intento no hacerlo porque tiene una manera de vivir y filosofía distintas y con la conversación no se llega a ninguna parte y se puede sentir ofendida" Sesión 6.

El padre ha llegado a sentir que Felipe descuida y abandona sus responsabilidades, que le hace falta más disciplina y que el consumo ha sido el problema que más ha ocasionado la desidia de Felipe para hacer las cosas y lograr salir adelante en la vida.

(P) " Mi papá dice que me falta disciplina, empeño le desagrada mucho mi consumo y que yo abandono mis responsabilidades y que por eso estoy asumiendo mis fallas".

Los otros se vivencian así mismos, respecto a Felipe que Lo descuidan y Abandonan, esta es la respuesta a la oferta relacional del paciente que inconscientemente hacen con él, el padre no volvió a llamarlo y esto le preocupa porque no sabe cómo organizar su vida una vez salga de la fundación, hace más de un mes no sabe nada de él.

(P) `` Mi papá no viene hace unos meses, yo salgo en un mes y medio yo necesito saber qué es lo que voy a hacer, si cuento con apoyo de él o tengo que empezar a hacer las cosas yo solo `` Sesión 7.

La madrastra al no tener una relación de cercanía con Felipe, se retira, se cierra se va, no comparte con él cuando realizan salidas en la familia, se queda en la casa y le dice al padre de Felipe que vaya él con los niños.

(P) `` Yo las veces que voy a la casa de mi papá ella es muy aislada, yo lo siento así y he salido con mi papá y mis hermanos y ella dice no, vayan ustedes y ella se queda. Sesión 6.

El padre continúa haciéndole reproches y culpándolo, porque Felipe no es constante en el trabajo, se cansa con facilidad de hacer las cosas y siente que no puede delegar mayor responsabilidad en su hijo y le da miedo que lo defraude.

(P) `` Mi papá puede trabajar sobre la misma motivación mucho tiempo, entonces yo me voy cansando del salario, de los horarios laborales entonces él me dice si vos no sos capaz no te puedo soltar más responsabilidades y le da un miedo impresionante entonces me reprocha el hecho de no poder dejar su empresa a mi cargo `` Sesión 5.

7.2 Análisis Inferencial

7.2.1 Interacciones familiares base de las relaciones objétales

La madre no estuvo como objeto real externo y la tía y abuela materna se distribuían el cuidado de Felipe, la madre ausente por su trabajo, delegó funciones del cuidado de su hijo en otros, el padre no aparece en los primeros años, debido al distanciamiento con la madre,

podría decirse que ha tenido apegos múltiples, habla acerca de lo que siente por el padre y la madre y que le causa desazón, cuestiona a la figura materna quien ha puesto sus relaciones afectivas por encima de él y su hermana *“ ella no ha estado pendiente de nosotros”* pero él cree que tampoco estuvo presente en su infancia, al padre solo lo conoce a la edad de 15 años. Felipe no obtuvo de sus padres el cuidado y soporte necesarios para lograr holding (integración), donde obtuviera un sentimiento de seguridad base para Winnicott de la fuerza del yo.

(P) *“ Hum, yo con mi viejo nunca he vivido, con mi mamá si es con la que tengo más contacto y también como que ha sido esporádico” Sesión 1.*

Fue criado por la abuela materna y la tía, mientras la madre trabajaba, los padres nunca vivieron juntos, cada uno en sus casas.

(P) *“ Si, es que ellos también fueron muy jóvenes cuando me tuvieron, entonces no se dieron las cosas entre ellos” Sesión 1.*

Asegura no tener una relación cercana con nadie de su familia.

(P) *“Es que yo con nadie de mi familia tengo una relación cercana, con nadie, es que pues sí, es que ¿qué puede uno llamar cercano? no sé, yo comparto ciertos intereses con mi papá, pocos con mi mamá” Sesión 1.*

Existe ambivalencia con la figura del padre, quien en su infancia no estuvo con él, piensa que su consumo es debido a esta ausencia.

(P) *“ Con mi papá es una relación compleja, porque yo a la vez que le tengo mucho respeto y mucho cariño, le tengo como un poco de rabia, no de rabia de que le pasen cosas, malas*

cosas a él, como que a él le faltó, si no que a mí todo esto me pasó porque él no estuvo un tiempo necesario''. Sesión 1

Felipe era golpeado por la madre y el trato de esta hacia él era desvalorizante, hasta el punto en que la abuela materna pensara en demandar a su hija.

El paciente habla de la madre como una persona falta de afecto, motivación para realizar las cosas en la vida.

(P)'' Mi mamá a veces todo, no todo lo hacía desde el amor, si no desde la rabia desde el me toca'' Sesión 1

Debido a la falta de cuidado de sus figuras representativas, no logra vincularse con quienes lo rodean, expresa en consulta que le gusta alejarse y refugiarse en el silencio, constantemente se siente confundido y busca respuestas que no halla con respecto al ser, a la sociedad a lo que ofrece el mundo.

(P) ''A mí hablar antes me deja más confundido, porque es que las preguntas nunca nadie es capaz de responderme, finalmente el que se da esas respuestas es uno mismo, en la paz, en el silencio, en la meditación, en la música'' Sesión 1

Felipe experimenta constantemente tener dificultades en la convivencia con sus compañeros de la institución donde se encuentra haciendo su proceso de desintoxicación debido al consumo de sustancias psicoactivas, no logra generar vínculos estables, se siente diferente al resto de las personas que le rodean, en la forma de pensar, actuar, en los gustos e intereses que no comparte con ellos, expresa que se le dificultaba mirar a la gente a los ojos, justificándolo a través de los prejuicios propios de perfección que dice tener y aceptando que se le es complejo amar al otro tal cual y como es.

(P) "Muchas veces no tengo buena convivencia con los otros, porque siempre me estoy viendo en los otros, veo actitudes en ellos que yo tengo y me desagradan" Sesión 2

(P) "Cuando no soy capaz de amar al otro tal cual y como es siempre voy a encontrar prejuicios" Sesión 2

Explica que cuando se reúnen en un ambiente varias persona y específica a sus compañeros de la Fundación y hablan, él siente que no tiene motivación para decir nada, para interactuar con ellos y explica que ve los comportamientos en ellos como inapropiados, lo cual le molesta y no comparte sus actitudes y forma de expresarse, los desvaloriza y le cuesta aceptarlos.

"(P) "En ambientes donde hay más personas me retraigo y no quiero hablar y termino por ser torpe en mis relaciones, cuando hay tres, cuatro, cinco y se comportan como si estuviéramos en la esquina del parque" Sesión2.

Se logra inferir que el paciente presenta dificultades para interactuar con otros, constantemente se aleja y busca refugiarse en la música.

7.2.2 El yo

El paciente se siente abandonado por el padre y la madre, se le dificulta tomar decisiones y actuar, le cuesta enfrentar la culpa, el castigo que le ocasionan sus acciones, y salir y enfrentar sus dificultades, no es independiente, depende de otros para actuar y tomar decisiones, constantemente se siente confundido, con poca confianza en sí mismo, en sus actitudes, habilidades.

(P) "Tengo miedo al fracaso en la medida en que no pueda cumplir mis sueños, porque mi voluntad no fue suficientemente fuerte para hacerlos realidad, es lo que me da asco, siento asco de tantas cosas de mi mismo, siento asco de mí mismo en mi vida, de lo que he hecho en mi vida, todo lo que en realidad me ha quitado la virtud, todas esas cosas que lo mancillan a uno, la piel, esas cosas se notan físicamente" sesión 1.

El paciente utiliza diferentes mecanismos de defensa entre estos la negación, racionalización para explicar situaciones de consumo y ausencia del padre en el proceso de su infancia, culpando a la madre y excusando las decisiones y acciones de la figura paterna, pormenorizando las situaciones que le han sucedido.

(P) "Yo utilizaba la sustancia, una sustancia en particular era para estudiar, me mantenía dueño de mí mismo, hay sustancias más perjudiciales que otras, el concepto de drogadicción es una cosa muy, tal vez muy cerrada, yo al lsd y los hongos no los considero como una droga, si no como una experiencia de aprendizaje, de apertura mental" sesión 2.

(P) "Yo con mi madre no he tenido una buena relación, ella es la contrapartida de mi papá, mi papá desde que me tuvo listo se fue para otro lado, mi mamá como que me alejó de él y no quiero acordarme de esto porque siempre que pienso me da más rabia contra ella, mi papá se dedicó a pulir sus capacidades, a levantarse temprano a trabajar arduamente en pro de su familia". Sesión 1.

El padre no hace presencia en la etapa de infancia del paciente, el contacto es poco, esporádico, el conocimiento entre ambos se da en la etapa de la adolescencia sin embargo sigue existiendo una brecha entre ambos debido a el consumo de sustancias por parte de él con lo cual tiene diferencias de pensamiento con el padre quien da mayor prioridad a su nuevo hogar constituido con otra mujer y dos hijos más

Constantemente presenta falla en la función sintético integrativa, porque duda que sería lo correcto para hacer con respecto a su manera de vivir, de ver las drogas y la contradicción de pensamiento que le atormenta con las ideas del padre idealizado, que no quiere decepcionar, defraudar con sus acciones y que genera en él sentimientos de culpa, auto reproche constante.

(P) "Mi papá ve el consumo en mí, como algo totalmente desastroso, yo quiero llevar una vida más limpia, pero hay cosas que yo no puedo sacar de mí, pues que me digan a mí ya como en este punto no se drogue, usted de igual manera si va a poder hacer ciertas cosas, lo que pasa es que el concepto de drogadicción es una cosa muy tal vez, muy cerrada"
sesión 2.

La función autónoma se encuentra afectada debido a la dependencia económica y emocional que genera en él la figura del padre como factor determinante de toma de decisiones y realización de su proyecto de vida.

(P)" No sé, desapegándome un poquito a la familia, hace por ahí un mes y algo no tengo visita y creo que no la voy a tener en un mes y el otro mes siguiente ósea que van a ser dos meses , porque no sé, me dieron una explicación salida como de la nada, me dijeron que

es que a mi papá lo habían operado , yo sabía que lo habían operado y mi abuela vuelve y me dice que no que lo volvieron a operar, entonces yo me salí de casillas y le dije a mi abuela decile más bien que si no va a venir, que me mande lo que yo necesito, el caso fue que no sé si mi abuela lo haría, pero no estuvo bien presionar las cosas de esa manera, entonces mi papá no viene y es lo que más me preocupa ni una llamada ni nada, no se él le está dándole tiempo a las cosas de igual manera me cuestiono, pero si me pasa es porque me tiene que pasar y tengo que ser agradecido con eso es mi método de experiencia de aprendizaje lo que me toca. Sesión 5.

7.2.3 El self

Se encuentra afectado por la desvalorización constante, a la cual ha sido sometido desde temprana edad por la figura representativa de la madre, su baja autoestima la manifiesta en el discurso, es latente y se percibe al hablar con el paciente, él mismo reconoce que la droga ocasionó muchos estragos en su apariencia física lo cual lo deterioró. Siente que los otros no aceptan su forma, y manera de pensar, de ser, se cuestiona si respira de manera adecuada, si come de manera adecuada, si habla de manera adecuada, se siente imperfecto y busca la perfección, no se siente importante para el padre, debido a que este ha dejado de llamarlo y hace varios meses no sabe nada de él y recuerda la etapa de la infancia donde fue ausente y nulo el acompañamiento paterno, dice necesitar un apoyo económico para continuar con sus estudios, y esto le causa incertidumbre, temor, angustia, ansiedad y depresión y solo se refugia en la música la cual es su motivación.

Las constantes recriminaciones que el padre le manifiesta a través del énfasis en el hecho de haber perdido la virtud y de terminar volviéndose un ser degradado a los ojos de él, lo hace sentir y creerse así, se mira al espejo y dice: “ Hay Sebastián, estás jodido”.

Sin embargo también se observa un paciente que con sus acciones y discurso muestra poseer un self sobrevalorado, habla sobre las personas y el concepto que tiene sobre estas a las cuales les hace falta mucho aprendizaje, sin embargo enfatiza que existe una diferencia entre él y los otros y es el hecho de querer siempre buscar el conocimiento, el aprendizaje y dice que quienes no lo buscan no son disciplinados no mejoran sus virtudes.

(P) “Hay mucha gente que le falta mucho aprendizaje, pero yo tengo un punto a favor, a mí siempre me ha gustado el conocimiento, siempre he querido aprender y creo que el que no aprende, el que no pule sus virtudes sus cualidades está en nada, que no tiene disciplina, no aborrezco la gente, aborrezco sus maneras de vivir, el desperdicio de tiempo, de espacio de aire” sesión 1.

El paciente manifestó en consulta haber tenido dificultad para aceptar a sus compañeros cuando ingresa a su proceso terapéutico, dificultándose en el reconocer la diferencia en el otro y e imponiéndose en sí mismo paradigmas de perfección, que no cumplen quienes lo rodean lo cual ocasionaba conflicto por la forma en la cual se relacionaba, apartándose y refugiándose en su perfeccionamiento musical.

(P) “Cuando yo llegué acá a mí se me hacía complicado mirar a la gente a los ojos, pero es precisamente por tanto prejuicio, por los prejuicios que había manejado tanto tiempo, por esos esquemas de perfección, cuando no soy capaz de amar al otro tal como es,

entonces voy a encontrar excusas para entrar en conflicto, yo tengo paradigmas de perfección '' sesión 2.

Sin embargo en ocasiones existe una ambivalencia con la percepción que tiene de su inteligencia y capacidad para afrontar las situaciones en su vida, debido a la frustración que le genera y ha generado el hecho de no ser apreciado y reconocido por figuras significativas como el padre ante sus esfuerzos de agradar a la figura de autoridad, desvalorizándose y recordando su enfermedad de adicción y como lo ha afectado dejándolo vacío en su percepción de autovaloración de sí mismo como resultado de la interacción con su padre.

(P)''Un día me esforcé y dije este mes voy a estudiar bien, yo esperaba la calificación de fin de mes para llegar donde mi papá y efectivamente así lo hice cinco en el mes, ese día no veía la hora de llegar a mi casa para mostrarle las calificaciones a mi papá , cuando miró las calificaciones, dijo es que así tiene que ser y me regañó y yo me quedé temblando del susto, de frustración, fue un choque fuerte yo no podía entender eso, si lo hacía mal, mal, si lo hacía bien, malo, entonces eso me confundía mucho, ese tipo de cosas me ayudó a tener miedo a no valorarme y véame aquí, enfrentando una situación de adicción y tratando de salvar lo que queda'' sesión 4.

El consumo y abuso de drogas el paciente lo ve como una afectación en la relación padre e hijo que ha deteriorado la interacción entre ambos, de esta manera explica la ausencia del padre y la falta de acercamiento durante algunas semanas y meses que no es visitado , dice merecer este comportamiento justifica la actitud del progenitor y se compara con los

hermanos menores a los cuales percibe que los cuida más porque los ve más vulnerables, mientras que la percepción que tiene el padre de él, es de que debe empezar a asumir su vida a ser responsable. Se siente vulnerable en su sí mismo por la falta de afecto que no siente manifiesta, no se ve incluido en la relación familiar y el nuevo hogar construido por el padre lo cual afecta y ocasiona desvalorización en el joven generando vulnerabilidad, falta de afecto y acompañamiento por parte de la figura de autoridad.

(P) “ Yo tengo errónea la percepción sobre las obligaciones de los padres, él con mis hermanos es distinto, en la medida en que los cuida más, los protege más porque los ve más vulnerables, tal vez yo perdí esa vulnerabilidad a los ojos de él, en el momento en que empecé a consumir drogas, así es, cuando uno empieza a tomar ese tipo de decisiones los papás dicen estas muy grande para empezar a tomar ese tipo de decisiones meterte cuanta cosa encuentrés en el camino, entonces también asumí tus responsabilidades de vida ” sesión 5 .

7.2.4 El Superyó

Punitivo, debido a las reglas, normas y prohibiciones parentales por el consumo de drogas, se ve como un joven inestable que no tiene un proyecto de vida y constantemente se auto castiga por el temor al fracaso, el temor a no ser bueno en lo que hace, también ocasionado en la infancia por las recriminaciones constantes de la madre.

Se ve a sí mismo como aquella persona que defraudó a la familia del padre, debido al consumo, porque ellos lo ven como un fracaso, no se siente aceptado por la abuela paterna, quien no quería a su madre y siempre preguntaba por ella, para saber que fallas cometía, no estuvo de acuerdo con el hecho de saber que su hijo se había involucrado en

una relación con ella, el paciente manifiesta que su abuela es falsa con él y que no le quiere ni acepta.

A nivel relacional, busca estar solo, apartarse, le gusta el silencio para pensar, se cohibe al hablar con la madrastra y en la familia paterna debido a que le gusta cuestionarlo todo y percibe que a las personas no les agrada tener que debatir sus ideas con él, tampoco se siente acogido en el nuevo hogar que conformó el padre, pues se incómoda cuando los visita, ve que su madrastra lo toma como un mal ejemplo para sus hijos y siempre le dice al padre que supervise las salidas con los niños, cuando salen, ella evita integrarse y prefiere decir que no va y se queda en la casa. Con la madre la relación es distante, dice que no lo apoya debido a que él decidió irse de su casa hace mucho tiempo.

Partiendo de esta premisa se observa en el caso aquí expuesto, a un paciente con un Superyó castigador, punitivo, constantemente se recrimina el hecho de no ser aceptado por el padre debido a su consumo ni de responder al ideal impuesto como un joven emprendedor y con conciencia de responsabilidad y delegación del cuidado de los bienes del progenitor, lo cual lo atormenta y genera sentimientos de poca corresponsabilidad hacia el padre idealizado y desvalorización hacia sí mismo con respecto a sus capacidades, habilidades ocasionando inseguridad en sí y sintiéndose excluido en el afecto que requiere del padre.

(P) "El estará dolido el sentirá que puso su empresa en mis manos en cierto momento y yo no correspondí de una manera adecuada entonces tal vez eso, él tiene una familia que él construyó y de cierta manera yo no me siento ahí incluido" sesión 5.

(P) "Tengo mucho miedo de dedicarme a una carrera porque parezco ser bueno, pero a la vez no sé, hay niños que no se, tocan todo lo que yo me toco y mejor a los ocho años." sesión 1.

En Felipe se observa claramente esa función protectora "Que impone la prescripción de cuidar al otro, no lo dañaras, evitaras su sufrimiento y que ante las infracciones a esos ideales/mandatos se generan sentimientos de culpabilidad e impulsos a la reparación de los daños reales o imaginarios infligidos." Vanegas (2006)

Cuando se le pregunta sobre los hermanos menores evidencia que quiere ser un ejemplo para ellos y se auto reprocha el hecho del consumo como algo que no quiere que ellos vean en él.

(P) "Con mis hermanos, yo tengo que ser un ejemplo para ellos, más que todo la relación tiene que ser de yo brindarles, ellos siempre son ellos y los niños son espontáneos son bonitos, en la medida en que no se dejen intoxicar por el mundo y ellos son así y ahí el que tengo que cambiar muchas actitudes soy yo, pues para brindarles, pero me preocupa haber perdido tiempo con ellos porque en verdad lo que más me avergüenza, que ellos miren cosas en mí que en verdad no." sesión 1.

Se auto recrimina, auto castiga frecuentemente por el temor a no ser exitoso, a no cumplir con los ideales de perfección que el padre le impuso desde temprana edad, siente que su consumo es una desvirtud y que se han creado una imagen y conceptos errados de aceptación con respecto a las drogas, lo cual le genera malestar y un desacuerdo rotundo, dice que las personas imponen una forma de comportarse y cuando esta no se cumple se es juzgado y reprochado a nivel social.

(P) "Sinceramente no me gusta la desvirtud y las masas creen que la desvirtud es algo para exaltar, creen que la desvirtud y la droga es de grandes personajes y no, es pura mierda, entonces está bien visto que uno se exprese de cierta manera o se comporte de otra, pero si uno se comporta de otra entonces es raro" sesión 1.

8 CONCLUSIONES

Es necesario comprender que cada sujeto tiene una historia de vida particular, única que lo hace diferente a cada adicto aun encontrándose en un contexto similar como es el compartir en comunidad terapéutica, aunque se encuentren similitudes en el patrón relacional e historias de vida, dependerá de la habilidad del terapeuta para enganchar al paciente en la

primera consulta estableciendo una alianza de trabajo a través de la empatía, que deberá utilizar como factor determinante en el inicio de un proceso psicoterapéutico.

Los pacientes que presentan algún tipo de adicción no son fáciles de motivar para lograr una intervención, por sus resistencias personales y porque llegan al proceso psicoterapéutico obligados. Un paciente inmerso en comunidad terapéutica es objeto de la norma impuesta en una institución, donde se les obliga prácticamente a tomar consulta con el psicoterapeuta, esto en un primer momento puede verse como efectivo; pero no significará que acudan constantemente ni se logre proceso si la actitud del terapeuta no permite y trasmite una comprensión desde lo real de la problemática propia y actual de cada sujeto.

En comunidad terapéutica existen conflictos propios de la convivencia entre compañeros usuarios, donde cada uno de ellos pone en juego su propio patrón relacional, y puede a la vez presentar un sin número de altibajos en los procesos psicoterapéuticos e institucionales, síntomas de recaída, o favorecer la estabilidad del paciente. Por ello, el diagnóstico del esquema relacional de los usuarios de este tipo de servicios institucionales, está al servicio de la efectividad de los procesos de recuperación. En estos intercambios diarios se evidencian las respuestas relacionales dadas por los pacientes y la percepción que tienen los otros con respecto a sus ofertas relacionales.

La conducta relacional es uno de los focos más problemáticos del adicto a las drogas psicoactivas. Por ello es de gran utilidad para la psicoterapia contar con un sistema de operacionalización del patrón relacional como el “Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado” que permite identificar con precisión la dinámica conflictiva de las interacciones para ser intervenidas a través de la elaboración de las posiciones que se asumen en la dinámica vincular.

REFERENCIAS

- APA. (2000). *DSMIV-TR. Diagnostic and stas* (Four editi). Washington: APA.
- Brickman, B. (1988). Psychoanalysis and substance abuse: towards a more effective approach. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 16, 359–379.
- Cancrini, I. (1987). Hacia una tipología de las toxicomanías juveniles. *Comunidad Y Drogas*, 1, 59–74.
- Castilla del Pino, C. (1980). *Introducción a la Psiquiatría-Vol 2*. Medellín: Alianza.
- Coderch, J. (2009). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica* (2º Edición). Madrid: Herder.
- Freud, S. (1912). La dinámica de la transferencia. In *Obras Completas* (pp. 1649–1652). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gonzalez de Rivera, J. . (1932). Drogas, estados de conciencia y creatividad: contribución al estudio de los aspectos artísticos psicodinámicos de la adicción. *Psiquis*, 13, 298–328.

- Gonzalez de Rivera, J. . (1993). Psicopatología psicodinámica de la drogodependencia. *Psiquis1*, 14, 61–70.
- Guimon, J. (1989). Psicoanálisis y conductas adictivas: del doble diagnóstico a la automedicación. In Grupagia (Ed.), *El diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogodependencias* (pp. 11–28). Barcelona.
- Hoper, E. (1997). A psychoanalytical theory of drug addiction. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 451–465.
- Khantzian, E. (1975). Self-selection and progression in drug dependence. *Psychiatry Digest*, 10, 19–22.
- Khantzian, E. (1985). The self medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1258–1264.
- Khantzian, E. (1986). A contemporary Psychodynamic approach to drug abuse treatment. *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 12, 2013–222.
- Khantzian, E., Halliday, K., & McAuliffe, W. (1990). *Addiction and the vulnerable Self*. New York: Guilford Press.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Milkman, H., & Frosch, W. . (1973). On the preferential abuse of heroin and amphetamine. *Journal of Mental Disorders*, 156, 242–284.
- OMS. (2000). *CIE10-Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y*

pautas para el Diagnóstico. Madrid: Ed. Médica Panamericana.

OPD Grupo de Trabajo, O. (2008). *Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2). Manual para el diagnóstico, indicación y planificación de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.

Peele, S., & Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. New York: Taplinger.

Rado, S. (1926). Los efectos psicicos de los intoxicantes: un intento de desarrollar una teoría psicoanalítica de los deseos morbosos. In *Psicoanálisis de la Conducta* (pp. 33–48). Buenos Aires: Paidós.

Rado, S. (1933). El psicoanálisis de la farmacotimia(afición a las drogas). In *Psicoanálisis de la Conducta* (pp. 33–79).

UNODC. (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013. Retrieved October 25, 2015, from https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf

Vera, E. (1988). *Droga, psicoanálisis y toxicomanía. Las huellas de un encuentro*. Buenos Aires: Paidós.

Wieder, H., & Kaplan, E. (1969). Drug use in adolescents: psychodynamic meaning and pharmacogenic effect. *Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 399–431.

Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. *Journal of American Psychoanalysis*, 22, 820–843.

Wurmser, L. (1981). *The hidden dimension: Psychodynamic in compulsive drug use*. *J. Am Psychoanal. Assoc.* New York: Aaronson.

Wurmser, L. (1984). The role of superego conflicts in substance abuse and their treatment. *Journal of American Psychoanalysis*, 10, 227–258.

Wurmser, L. (1987a). Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers. Part I: Dynamic sequences, compulsive drug use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4, 157–169.

Wurmser, L. (1987b). Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers. Part II: dynamic and therapeutic conclusions from the experience with psychoanalysis of drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4, 169–179.

TABLAS Y ANEXOS

Tabla 1 a. Eje relacional

El paciente se vivencia a sí mismo que él, repetidamente respecto a los otros... Los otros (también el evaluador), vivencia(n) que el paciente, repetidamente...	Eje II-Patrón Relacional Temas relacionales	El paciente vivencia, repetidamente, que los otros... Los otros (también el evaluador) se vivencian repetidamente a sí mismos respecto al paciente, que...
0 ◊ 1. les da demasiados espacios de		0 ◊ 1. le dan demasiada libertad, lo dejan hacer
0 ◊ 2. los dirige poco, evita influir	dirigir a otros	0 ◊ 2. lo dirigen poco, evitan influir
0 ◊ 3. los admira, idealiza	valorar a otros	0 ◊ 3. lo admiran, idealizan
0 ◊ 4. se disculpa, evita reproches	responsabilizar a	0 ◊ 4. lo disculpan, evitan reprocharlo
0 ◊ 5. los asedia con su afecto	demostrar afecto	0 ◊ 5. lo asedian con su afecto
0 ◊ 6. evita agresiones y armoniza,	demostrar	0 ◊ 6. evitan agredirlo y armonizan
0 ◊ 7. los cuida demasiado/se preocupa	cuidar a otros	0 ◊ 7. se preocupan demasiado por él y cuidan
0 ◊ 8. los asedia, importuna sin tacto	establecer contacto	0 ◊ 8. lo asedian, importunan sin tacto
0 ◊ 9. les da pocos espacios de libertad, se		0 ◊ 9. no le dejan espacios de libertad, se entrometen
0 ◊ 10. los domina, controla/exige	dirigir a otros	0 ◊ 10. lo dominan, controlan/exigen
0 ◊ 11. los descalifica, desvaloriza, avergüenza	valorar a otros	0 ◊ 11. lo descalifican, desvalorizan, avergüenzan
0 ◊ 12. les hace reproches/culpa	responsabilizar a	0 ◊ 12. le hacen reproches/culpan
0 ◊ 13. les retira el afecto	demostrar afecto	0 ◊ 13. le retiran el afecto
0 ◊ 14. los ataca/daña	demostrar	0 ◊ 14. lo atacan/dañan

Tabla 1 b. Resumen patrón relacional

<i>El <u>paciente</u> vivencia repetidamente que él, respecto de los otros...</i>		<i>El <u>paciente</u> vivencia repetidamente que los otros</i>	
<i>Ítem N°.</i>	<i>Texto</i>	<i>Ítem N°.</i>	<i>Texto</i>
1. <u>32</u>	Se retira, se cierra, se va.	1. <u>11</u>	Los descalifica, los desvaloriza
2. <u>11</u>	Los descalifica, los desvaloriza	2. <u>30</u>	Se protege mucho de ataques está alerta
3. <u>18</u>	Porfía, se opone.	3. <u>14</u>	Lo atacan lo dañan.

Perspectiva B: vivencia de los otros (también del evaluador)

<i>Los <u>otros</u>, también el evaluador, vivencia(n) repetidamente que el paciente lo(los)</i>		<i>Los <u>otros</u>, también el evaluador, vivencia(n) repetidamente que ellos, respecto al paciente</i>	
<i>Ítem N°.</i>	<i>Texto</i>	<i>Ítem N°.</i>	<i>Texto</i>
1. <u>15</u>	Los descuidan, abandonan	1. <u>14</u>	Los ataca los daña
2. <u>14</u>	Los ataca, los daña	2. <u>27</u>	Lo descalifican y lo desvalorizan
3. <u>20</u>	Rechaza toda culpa	3. <u>16</u>	Lo ignoran, desatienden

Formulación dinámica relacional:

Describa por favor,	
---------------------	--

... cómo el paciente vivencia repetitivamente a los otros ↓	<u>El paciente siente que los otros repetidamente lo descalifican, desvalorizan, se protege mucho de sus ataques, está alerta, siente que lo atacan y dañan.</u>
... cómo reacciona él respecto a eso: ↓	<u>El paciente se vivencia así mis como que se retira, se cierra, se va, los descalifica, desvaloriza porfía y se opone.</u>
... qué tipo de oferta relacional (inconsciente) le hace a otros con su reacción ↓	<u>Lo que el paciente no se da cuenta es que los descuida, abandona, los ataca y daña, rechazando toda culpa.</u>
... qué tipo de respuesta induce inconscientemente en otros: ↓	<u>Esto genera que los otros lo ataquen, lo dañen, descalificándolo y desvalorizándolo por lo cual lo ignoran y desatienden.</u>
... qué vivencia el paciente cuando los otros responden a lo inducido por él	<u>El paciente se siente entonces descalificado y desvalorizado y actúa protegiéndose mucho de ataques y estando alerta porque lo atacan y dañan.</u>

Tabla 2 a. Eje patrón relacional

El paciente se vivencia a sí mismo que él, repetidamente respecto a los otros...		Eje II-Patrón Relacional	El paciente vivencia, repetidamente, que los otros...	
Los otros (también el evaluador), vivencia(n) que el paciente, repetidamente...		Temas relacionales	Los otros (también el evaluador) se vivencian repetidamente a sí mismos respecto al paciente, que...	
0	1. les da demasiados espacios de	dirigir a otros	0	1 le dan demasiada libertad. le dejan hacer
0	2 los dirige poco, evita influir		0	2 lo dirigen poco, evitan influir
0	3 los admira, idealiza	valorar a otros	0	3 lo admiran, idealizan
0	4 se disculpa, evita reproches	responsabilizar a	0	4 lo disculpan, evitan reprocharlo
0	5 los asedia con su afecto	demostrar afecto	0	5 lo asedian con su afecto
0	6 evita agresiones y armoniza,	demostrar	0	6 evitan agredirlo y armonizan
0	7 los cuida demasiado/se preocupa	cuidar a otros	0	7 se preocupan demasiado por él y cuidan
0	8 los asedia, importuna sin tacto	establecer contacto	0	8 lo asedian, importunan sin tacto
0	9 les da pocos espacios de libertad, se	dirigir a otros	0	9 no le dejan espacios de libertad, se entrometen
0	10 los domina, controla/exige		0	10 lo dominan, controlan/exigen
0	11 los descalifica, desvaloriza, avergüenza	valorar a otros	0	11 lo descalifican, desvalorizan, avergüenzan
0	12 les hace reproches/culpa	responsabilizar a	0	12 le hacen reproches/culpan
0	13 les retira el afecto	demostrar afecto	0	13 le retiran el afecto
0	14 los ataca/daña	demostrar	0	14 lo atacan/dañan
0	15 los descuida/abandona	cuidar a otros	0	15 lo descuidan, abandonan
0	16 los ignora, desatiende	establecer contacto	0	16 lo ignoran, desatienden
0	17 exige espacios de libertad y autonomía	adaptarse	0	17 exigen espacios de libertad y autonomía
0	18 porfía, se opone		0	18 porfían, se oponen
0	19 se enaltece, se coloca en el centro de interés	valorarse	0	19 se enaltecen, se colocan en el centro de interés
0	20 rechaza toda culpa	reconocer la culpa	0	20 rechazan toda culpa
0	21 se pierde a sí mismo, se confunde cuando le demuestran afecto	abrirse al afecto	0	21 se pierden a sí mismos, se confunden cuando les demuestra afecto
0	22 se protege poco, se expone al peligro	protegerse	0	22 se protegen poco de él, se exponen al peligro
0	23 se apoya, se aferra	apoyarse	0	23 se apoyan en él, se aferran
0	24 no pone límites, permite demasiada	permitir contacto	0	24 no ponen límites, permiten demasiada cercanía
0	25 evita la autonomía, busca ser guiado	adaptarse	0	25 evitan la autonomía, buscan ser guiados
0	26 se sobre adapta/se contiene/desiste		0	26 se sobreadaptan/se contienen/desisten
0	27 se descalifica, se desvaloriza	valorarse	0	27 se descalifican, se desvalorizan
0	28 se culpa a sí mismo	reconocer la culpa	0	28 se culpan a sí mismos
0	29 se cierra/huye cuando otros le demuestran afecto	abrirse al afecto	0	29 se cierran/huyen cuando les demuestran afecto
0	30 se protege mucho de ataques, está alerta	protegerse	0	30 se protegen mucho de sus ataques, están alerta
0	31 se apoya poco, se muestra poco	apoyarse	0	31 se apoyan poco, se muestran poco necesitados
0	32 se retira, se cierra, se va	permitir contacto	0	32 se retiran, se cierran, se van

Tabla 2 b. Resumen patrón relacional

Perspectiva A: vivencia del paciente	
<i>El <u>paciente</u> vivencia repetidamente que él, respecto de los otros...</i>	<i>El <u>paciente</u> vivencia repetidamente que los otros</i>
<i>Ítem N°. Texto</i>	<i>Ítem N°. Texto</i>
1. <u>12</u> Les hace reproches, los culpa	1. <u>11</u> Los descalifica, los desvaloriza
2. <u>15</u> Los descuida, abandona	2. <u>12</u> Le hacen reproches, lo culpan
3. <u>28</u> Se culpa a si mismo	3. <u>15</u> Lo descuidan abandonan

Perspectiva B: vivencia de los otros (también del evaluador)	
<i>Los <u>otros</u>, también el evaluador, vivencia(n) repetidamente que el paciente lo(los)</i>	<i>Los <u>otros</u>, también el evaluador, vivencia(n) repetidamente que ellos, respecto al paciente</i>
<i>Ítem N°. Texto</i>	<i>Ítem N°. Texto</i>
1. <u>8</u> Los asedia ,importuna sin tacto	1. <u>15</u> Lo descuidan, abandonan
2. <u>18</u> Porfía se opond	2. <u>32</u> Se retiran, se cierran, se van
3. <u>15</u> Los descuida, abandona	3. <u>12</u> Le hacen reproches, lo culpan

Formulación dinámica relacional:

Describa por favor,	
... cómo el paciente vivencia repetitivamente a los otros ↓	<u>El paciente siente que los otros repetidamente lo descalifican, desvalorizan le hacen reproches, lo culpan descuidándolo y abandonándolo.</u>
... cómo reacciona él respecto a eso: ↓	<u>El paciente se vivencia así mismo haciéndoles reproches, culpándolos, descuidándolos y abandonándolos pero se culpa a sí mismo.</u>
... qué tipo de oferta relacional (inconsciente) le hace a otros con su reacción ↓	<u>Lo que él paciente no se da cuenta, es que él los asedia, porfiando y oponiéndose a ellos y descuidándolos, abandonándolos.</u>
... qué tipo de respuesta induce inconscientemente en otros: ↓	<u>Esto genera que los otros lo descuiden, abandonen, se retiren, se cierren y se vayan, haciéndole reproches y culpabilizándolo.</u>
... qué vivencia el paciente cuando los otros responden a lo inducido por él	<u>El paciente se siente entonces descalificado, desvalorizado, reprochado, culpado, descuidado y abandonado por quienes están a su alrededor.</u>

