



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PSICOTERAPIA DE ESCLARECIMIENTO DE TIEMPO Y
OBJETIVOS LIMITADOS COMO UN ABORDAJE
PSICOTERAPEUTICO EN EL TRATAMIENTO CON
ADOLESCENTES EN UNA INSTITUCION

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

MA. GPE. SILVIA ACOSTA URREA
MYRNA SALCIDO REYNA

M-0040570

MEXICO, D. F.

1987.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A la memoria de mis padres María y Jesús que me dieron el ser.

A mis compañeros en la vida: Lorenzo mi esposo que me llenó de amor, apoyo y comprensión. A mi pequeña Ximena quien me regaló sus horas de juego para que pudiera terminar mi tesis.

A la Dra. Raquel Springer quien me ayudó a ver y a amar a la vida.

A mis hermanos Jesús y Adrián.

T. Ps. 4328

A mi querida madre:

Sra. Odilia Reyna de Salcido cuya existencia es ejemplo de lucha, orgullo y guía en mi vida.

A mis hermanos:

Marco Antonio, Ulises, Sandra, Mauricio y Alfonso que con su apoyo y cariño han contribuido a mi realización profesional.

A la Dra. Celia Díaz de Mathmann a quien agradezco infinitamente la calidez, apoyo y confianza que me ha brindado.

A la Pst. Carmen Riveira:

- Reconocimiento por su calidad profesional.
- Respeto y agradecimiento por su gufa.
- Paciencia y permanente estímulo, fueron entre otras cosas lo que recibimos.

A tí Carmen

Gracias

A IMPPA;

A través de esta tesis expresamos el gran cariño y agradecimiento que sentimos hacia quienes nos ayudaron a consolidar nuestra identidad profesional:

A nuestros maestros, supervisores, analistas, compañeros y adolescentes.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
ANTECEDENTES	13
Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica Para la Adolescencia	13
CAPITULO II	
MARCO CONCEPTUAL	19
2.1 Teorías del Desarrollo: Infancia	20
2.2 La Preadolescencia	40
2.3 Adolescencia Temprana	45
2.4 Adolescencia Propiamente	49
2.5 Adolescencia Tardía	57
SINTESIS	67
CAPITULO III	
HISTORIA Y ALGUNOS CONCEPTOS DE LA TEORIA PSICOANALITICA	70
3.1 Enfoque Histórico del Psicoanálisis	70
3.2 Bases Teóricas de las Psicoterapias Breves .	74
CAPITULO IV	
PSICOTERAPIA DE ESCLARECIMIENTO DE TIEMPO Y OBJETIVOS LIMITADOS	87
Técnica del Tratamiento	87
Los Ejes del Proceso Terapéutico	89
El Concepto de Foco	90
La Relación de Trabajo	94
Personificación de la Relación de Trabajo	96

	Pág.
Instrumentos de la Técnica	96
Las Funciones Yoicas	100
CAPITULO V	
METODOLOGIA DE LA TESIS Y APLICACION DEL MODELO	106
Procedimiento de la Investigación	107
Recepción del Paciente	107
Entrevista con los Padres	108
Características del Contrato con Padres y el Paciente	110
Entrevista Inicial con el Paciente	111
La Historia Clínica	113
Evaluación Diagnóstica y Pronóstica	114
El Diagnóstico Nosográfico-Dinámico	114
Determinación del Foco	115
La Devolución Diagnóstica-Pronóstica	116
Convenios Sobre Metas Terapéuticas	116
Explicitación del Método de Trabajo	117
CASO I	118
CASO II	135
CASO III	151
CASO IV	169
CONCLUSIONES	188
RECOMENDACIONES	192
BIBLIOGRAFIA	195
ANEXOS	198

I N T R O D U C C I O N

En México, en los últimos años ha ido en aumento la población juvenil que requiere y solicita los servicios de salud mental; en igual medida, tanto el estado como algunas asociaciones -- privadas, se han avocado a la tarea de crear planteles, institutos (clínicas-escuelas), cursos, etc. en el interés tanto de preparar a un número mayor de profesionistas en la materia, así como de ofrecer los servicios profesionales de consulta - externa en sus instalaciones de enseñanza o en clínicas privadas.

Este es el caso del Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la Adolescencia (IMPPA), que cuenta con una clínica-escuela, dedicada a la formación de profesionistas en la especialidad de la terapéutica con adolescentes, proporciona atención psicológica a los adolescentes que acuden a solicitar el servicio.

Durante nuestro entrenamiento en esta institución (IMPPA) hubo ocasión de observar en forma general, las razones y/o circunstancias por las que los adolescentes llegaban a solicitar tratamiento, abarcando estas una gama de matices y aspectos:-- desde el joven al que llevan sus padres por tener problemas de conducta y aprendizaje, pasando por aquel que presenta una franca patología y busca ayuda, como el que está allí porque le dijeron que necesitaba atención psicológica, hasta aquel - adolescente que quiere que lo ayuden a entender que le pasa. Diversas eran también las expectativas acerca del tratamiento que esperaban recibir y los logros a obtener. Se observó que el número de adolescentes que iniciaban tratamiento era menor al número de adolescentes que lo habían solicitado y menor -- aun aquellos que permanecían en tratamiento por un tiempo más o menos prolongado (8 a 12 meses).

Estas observaciones llevaron a que en el año de 1982 realizáramos una investigación de gabinete (1) cuya fuente de información se obtuvo del archivo de la clínica, el que en ese momento estaba formado por 560 expedientes de los cuales se procesaron 457.

La investigación arrojó datos de carácter cuantitativo de algunas características (sexo, edad, escolaridad, etc.) de los pacientes que solicitaron el servicio; asimismo se obtuvo información en relación al tiempo que transcurría entre la entrevista diagnóstica y el inicio del tratamiento, la duración de los pacientes en el mismo, etc.

Retomando lo que en otro momento se había observado y ahora podíamos cuantificar, el interés se centró en las deserciones, bajas y en la brevedad de la permanencia en los tratamientos, definiendo como deserción el momento en el que el paciente dejaba, sin previo aviso, de acudir a la clínica después de la primera entrevista, así como al hecho de haber suspendido el tratamiento sin que el terapeuta estuviera enterado; y baja, cuando se conocieron los motivos por los cuales no se inició el tratamiento o hubo suspensión del mismo.

De los 457 expedientes, 184 (40%) estaban registrados como deserción; de éstos, 110 habían ocurrido después de la primera entrevista (24%), y 74 durante el tratamiento (16%). Esto es, que el mayor porcentaje de deserciones encontradas correspondía a pacientes que acudían a las entrevistas diagnósticas pero no regresaban a iniciar tratamiento.

De los 130 pacientes (28%) a los que la clínica proporcionó tratamiento, 40 de ellos permanecieron de uno a tres meses (9%), y 25 pacientes, permanecieron de 7 a 9 meses (5%), siendo estos dos porcentajes los más significativos. El promedio

más alto de permanencia en los tratamientos, era de tres meses, lo cual distaba de las expectativas de la terapia de -- orientación psicoanalítica a largo plazo, modalidad terapéutica que es llevada en la clínica del IMPPA.

Debido al amplio espectro de respuestas, tanto del paciente como del terapeuta con respecto a las causas que motivaron -- las bajas, deserciones y la brevedad de la permanencia en -- los tratamientos, no fué posible su cuantificación.

Pensamos sin embargo como posibles explicaciones las siguientes: que el tiempo transcurrido entre la valoración diagnóstica y el inicio de la terapia es en la mayoría de los casos prolongado, al igual que la modalidad de abordaje que comúnmente se maneja en la clínica y que en ocasiones no corresponden a las expectativas o necesidades del paciente adolescente.

Tratando de enmarcar estas dos situaciones por un lado desde lo institucional y por otro desde el paciente, diremos que -- en un primer momento existe una demanda tal de servicios a -- los que la clínica no puede dar respuesta de una manera inmediata, ya que el número de pacientes rebasa en mucho a la -- proporción de los terapeutas entrevistadores, así como aquellos encargados de los tratamientos, con el consecuente retraso para asignar el espacio y el terapeuta disponible y -- que además estos sean compatibles con los horarios del paciente, propiciándose quizá la deserción temprana de los mismos, dado que el tiempo que transcurre entre la valoración diagnóstica y el inicio propiamente de la terapia se prolonga.

Asimismo cuando el joven logra vencer su dificultad y desconfianza al solicitar ayuda a un adulto (terapeuta-institución)

✓ ésta puede verse interferida, ya que el cambiar de confidente (de terapeuta entrevistador a terapeuta encargado del tratamiento) puede vivirlo de una manera dolorosa, al perder -- este primer vínculo de empatía y confianza. Tomemos en cuenta además, que al adolescente lo definen características tales como la vivencia que tiene del tiempo, su impulsividad, la poca tolerancia a la frustración, a la demora y su desconfianza; es decir, que de acuerdo a los constantes y apresurados cambios por los que atravieza y que forman parte de su proceso, lo llevan a considerar que lo que hoy forma parte de una problemática cargada de angustia, mañana no lo es, -- teniendo la sensación omnipotente de que él sólo puede manejar su problemática o, simplemente no la considera como tal una vez que la angustia con la que ha llegado, ha desaparecido o por lo menos disminuido su intensidad.

Las vivencias arriba descritas, se manifiestan también durante el tratamiento con no poca frecuencia, siendo quizá ésta, de una u otra forma, los factores determinantes de deserciones tempranas como se observa en los datos encontrados en la investigación.

Sobre estos aspectos y retomando experiencias de algunos investigadores (Blos, Kutsnetzoff, Aberastury, A. Freud, Kalina) sobre la pertinencia en la utilización de determinadas modalidades de abordaje psicoterapéutico con adolescentes, -- refieren además diferencias de abordaje en relación a edades. Por ejemplo P. Blos (2) refiere que la adolescencia es un -- período del desarrollo que abarca aproximadamente de los 11 a los 19 años de edad de todo individuo. Durante este tiempo pasa por diferentes etapas de evolución, donde cada una -- es pre-requisito para la madurez de la siguiente. En México, algunos investigadores en la materia, refieren observar un -- gran número de jóvenes entre los 19 y 23 años, todavía pre--

sentan condiciones adolescentes en tanto dependen económica- y familiarmente, por lo que habría que valorarse. (3)

Cada etapa está caracterizada por diferentes procesos internos lo que lleva a que el abordaje terapéutico sea técnicamente diferente. Las técnicas van desde la utilización del juego en las dos primeras etapas, hasta modelos de verbalización mas propiamente psicoanalíticos (propios del adulto) -- para el adolescente, pasando en forma paulatina y conveniente por diferentes pasos y técnicas según la edad y madurez del adolescente.

Kutsnetzoff (4) investigador dedicado a este período, dice que la psicoterapia de adolescentes por la índole del objeto que trata requiere de consideraciones específicas para llevarse a cabo, en particular en cuanto al encuadre y el manejo técnico. Además, dice, no es posible considerarla como un tratamiento individual, aún cuando en el aspecto formal la relación sea bipersonal dado que es necesario incluir a los padres o por lo menos hacerlos participar de alguna manera en la terapia, para así evitar intrusiones de estos últimos, que muchas veces tienen que ver más con la realidad externa en que se da el fenómeno que con la estructura psicopática del paciente, sobre todo si consideramos que el adolescente temprano generalmente acude a tratamiento por presiones familiares o escolares, siendo los padres más directamente responsables de su tratamiento que en el caso de adolescentes y adolescentes tardíos, los cuales asumen mayor responsabilidad.

Aun cuando existe coincidencia entre los investigadores en cuanto a algunos aspectos del encuadre (como el material que se utiliza) de acuerdo a la edad, no sucede así con respecto al abordaje interpretativo, punto en el que se observan di-

vergencias acordes a las estrategias terapéuticas que se consideran en base al estudio previo de caso, estrechamente ligado con la condición de flexibilidad y vivacidad que se requieren del terapeuta para este tipo de pacientes, considerando además las variaciones al estilo de acercamiento del paciente según su modalidad caracterológica.

Algunos autores están de acuerdo en que la labor del terapeuta no es exclusivamente interpretativa dada las características del adolescente (desconfianza extrema, incremento insintual, abrumación yoica, así como cierto aislamiento) hacen que se requiera de técnicas más directivas como serían charlas informativas o sesiones de juego donde no se verbalizan conflictos. Hay que considerar que los elementos no verbales intervienen tanto como los verbales, además que el proceso elaborativo no se da exclusivamente en la sesión psicoterapéutica sino también fuera de ella.

Kusnetzoff (5) al referirse a sus observaciones empíricas -- sobre la breve duración de los tratamientos psicoanalíticos -- con adolescentes, en comparación con el de los adultos afirma que "un motivo de la brevedad es la influencia en grado variable de la variable interviniente antes señalada: el factor evolutivo, la maduración que tiene un procesamiento autónomo". Refiere además haber observado mejorías en estos casos, no fácilmente explicables a no ser por la importancia de la ecuación del desarrollo individual. Hace mención que en algunos adolescentes puede completarse el proceso de elaboración muchos años después, a través incluso de otras psicoterapias, debido a sus tropiezos en el trabajo clínico con adolescentes donde continuamente se dan deserciones prematuras; la "no analizabilidad" de algunos pacientes y la extrema duración que presentan ciertos procesos terapéuticos, lo llevaron a considerar la práctica de terapias breves planificadas, las cuales ha realizado con éxito.

A. Freud (6) dice al respecto: "la adolescencia es, por naturaleza, una interrupción del crecimiento imperturbado y el mantenimiento de un equilibrio estable durante el proceso es en sí anormal", y dice "este período aún cuando resulta conflictivo y doloroso en ocasiones no necesariamente se requiere de un tratamiento prolongado".

A. Aberastury (7) menciona que en muchos casos, tratándose de jóvenes, no se puede seguir el asentamiento de una terapia más intensa, aún en el supuesto de que se haya conducido adecuadamente la entrevista. "No es casual que 3 de 4 casos se ocupan de pacientes que vinieron con una decidida actitud de oposición contra la consulta, no se puede conseguir otra cosa que superar la primera crisis aguda con objetivos próximos en un número de sesiones limitadas". Considera además que, "prescindiendo de una estructura neurótica de la personalidad en general, en ocasiones no existe en absoluto una sintomatología patológica que fuera sentida como un padecimiento, de tal manera que por este solo motivo se carece de punto de apoyo para planear en ocasiones un tratamiento intensivo".

El Dr. San Roman (8) comenta que la primera y más importante indicación de la psicoterapia en la adolescencia, la constituye la propia solicitud del paciente, y agrega "en algunos casos bastará una psicoterapia exploratoria y aclaratoria de corta duración, y en otros será necesario un tratamiento reconstructivo más profundo y prolongado". El Dr. Santiago Ramírez (9) subraya que "se llega así, a una situación en la cual, los rasgos definitorios del trabajo clínico, dependan tanto o más de la edad de los adolescentes en tratamiento, que del cuadro psicopatológico que a priori pareciera corresponder".

En este recorrido de experiencias, y entre ellas la nuestra, nos permitió confirmar observaciones acerca de las dificultades inherentes a la terapéutica del adolescente y de las alternativas para su abordaje. Sobre este último punto, llamó también nuestra atención las opiniones en cuanto a la importancia de considerar la pertinencia de las técnicas breves - aplicables a los pacientes adolescentes, sobre todo cuando - la polémica (entre especialistas en el área) sobre su efectividad, va en contraposición con la utilización, desarrollo e impulso que estas modalidades han tenido en la actualidad, - como respuesta a la creciente demanda.

Haciendo un poco de historia al respecto, algunos analistas - como French-Alexander-Reichmann, (10) decidieron ampliar las fronteras de lo que hasta entonces habían entendido como psicoanálisis (práctica ortodoxa); desarrollaron nuevas técnicas psicoterapéuticas, que sin dejar de tener afinidad con - el psicoanálisis, diferían. Surgen, las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas. Posteriormente derivaron de éstas - otras investigaciones sobre modalidades cada vez más específicas que si bien diferían en la metodología, estrategias y técnicas a utilizar, el marco teórico ha continuado vigente. De estos investigadores podemos citar a Bellack y Small, Fiorini, Malan, etc. Las aportaciones de Bellack y Small que - van desde una psicoterapia breve y de emergencia, hacia la - de Fiorini (11) quien plantea la psicoterapia de tiempo y -- objetivos limitados (de esclarecimiento) en la que reúne cualidades de ambos conceptos estratégicos: el esclarecimiento - y la brevedad.

Este último modelo se orienta fundamentalmente hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la - situación de enfermedad, crisis o descompensación, jerarquizando el papel desempeñado por las condiciones de la vida --

del paciente; donde la individuación, planificación, focalización y flexibilidad definen parámetros específicos de la psicoterapia breve y confiere a esta técnica una estructura propia. Se consideran adecuadas por ejemplo, en los momentos de transición, en etapas evolutivas (adolescencia), matrimonio, divorcio, etc. trastornos reactivos de ansiedad leve o moderada, o como un tratamiento preparatorio psicoanalítico.

Además de las investigaciones referidas por la aplicabilidad de esta técnica a pacientes adolescentes, en México ha sido utilizada con algunas variantes en contextos institucionales como mejor manera de dar respuesta a la demanda de servicios a la comunidad. Tal es el caso de Centros de Integración Juvenil A.C. (12) que a partir de 1981 establece la política de atender solo a pacientes con problemas de farmacodependencia y, regula la atención terapéutica con la modalidad de psicoterapia breve por contratos. Algunas de las causas correspondieron a que a) la población que generalmente acudía a solicitar el servicio era adolescente, b) con la demanda específica de que le ayuden a dejar de drogarse, c) el modelo de abordaje psicoterapéutico llevado hasta entonces era de corte psicoanalítico a largo plazo y d) el alto índice de deserción.

Un estudio posterior para saber si dicha regulación había producido cambios en la dinámica de la deserción y en la cuantía de los pacientes que abandonan el tratamiento sin la anuencia de los terapeutas, reveló que de la población estudiada en el año de 1981-1982 el índice de deserción alcanzó el 34% y, proporcionalmente, de cada 6 pacientes desertaban 2. Se comparó la población estudiada (1981-1982) con el estudio nacional -- (1978-1979) registrándose una baja considerable en el índice de deserción que va del 56% al 34% respectivamente y, claro, un aumento en el porcentaje de los pacientes que continúan en tratamiento.

En búsqueda de modelos de abordajes terapéuticos dentro de IMPPA, se llevó a cabo en 1983 (13) un estudio experimental en el que un grupo de adolescentes fue abordado bajo la modalidad de psicoterapia grupal de tiempos y objetivos limitados incluyendo la variable de contratos por unidades, en un transcurso de año y medio. Los resultados fueron bastante alentadores, en cuanto a que de 8 pacientes sólo 2 desertaron durante todo el proceso terapéutico además de haberse logrado los objetivos establecidos por los integrantes.

Ahora bien, consideramos que instituciones como IMPPA, avocada al entrenamiento en la especialidad de psicoterapeutas de la adolescencia (docencia), a la atención psicológica de adolescentes (práctica clínica en salud mental) y a la investigación, requiere de una constante revisión de los modelos y abordajes psicoterapéuticos, que permita atender en forma más eficaz a la población adolescente que solicita de sus servicios, además, mantener una constante permeabilidad que permita ir profundizando y ampliando su campo de acción, hacia posibles alternativas de abordaje congruentes con el objeto de nuestro interés: el adolescente y su abordaje psicoterapéutico en un contexto institucional y privado.

Convencidas de que esta tesis forma parte de todo un proceso de cuestionamientos en la tarea de la práctica clínica institucional y en el deseo de que sea esta una aportación, partimos del supuesto de que la psicoterapia de esclarecimiento de tiempo y objetivos limitados, podría ser una modalidad de abordaje psicoterapéutico, que recibieran los pacientes adolescentes entre los 15 y 23 años, al solicitar el servicio debido a que:

- El adolescente por sus características requiere de una técnica psicoterapéutica que focalice su problemática, ya

que con este encuadre las expectativas del paciente no se ven truncadas por un tratamiento prolongado, en el que -- sus motivaciones puedan verse reducidas en el transcurso del mismo presentándose por lo tanto el abandono.

- Una de las consecuencias sería la disminución de las de--serciones y las bajas, si el terapeuta entrevistador es el mismo que se hace cargo del tratamiento, aclarando en el encuadre inicial el tiempo de duración, así como la tarea específica que será abordada.

Para el desarrollo de esta tesis se revisó la historia y lineamientos generales del instituto y de la clínica IMPPA, -- utilizamos algunos datos de la investigación de gabinete realizada en 1982.

En el marco teórico de nuestra formación como psicoterapeu--tas de adolescentes consideramos importante el desarrollo -- psicológico del niño que más tarde será un adolescente, en el interés de focalizar aquellos procesos internos y conductas, que llevan a considerar este período como uno de los -- más difíciles y trascendentales del ser humano; se describen algunos conceptos fundamentales que definen a la teoría y la técnica psicoanalítica y los cambios en la modalidad de abor--daje en el transcurso del tiempo; se resumen brevemente algu--nos de los fundamentos teóricos de las psicoterapias breves--relacionadas con el psicoanálisis; más adelante, la modali--dad de abordaje propuesta, la psicoterapia de tiempo y obje--tivos limitados de esclarecimiento, desglosándose los funda--mentos y características teórico-técnicas y herramientas, -- como serían señalamientos, confrontación, aclaración, etc.

Se describe el procedimiento metodológico de la investiga--ción propuesta desde la recepción del paciente a la clínica,

la modalidad de entrevista con los padres, etc. Se utilizó el método de estudio casuístico para la presentación de cuatro viñetas clínicas de adolescentes abordados bajo esta modalidad.

En la opinión de Charles Cooley, "este método ayuda a profundizar nuestra percepción y nos da una visión más clara al estudiar la conducta directamente y no por la aproximación abstracta" (14).

A su vez Kimball Young (15) dice "es un método histórico -- genético que nos proporciona un cuadro más o menos continuo a través del tiempo, de la interpretación individual, de su propia experiencia y a menudo de la de otros".

Finalmente presentamos las conclusiones, recomendaciones y bibliografía.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica para la
Adolescencia (IMPPA)

Queremos darles a conocer el contexto institucional en el --
que hicimos nuestra formación terapéutica, de donde surgió -
nuestro primer trabajo estadístico y ahora nuestra tesis.

Para ello haremos una breve síntesis de lo que es el Institu
to (16) y la Clínica-Escuela.

La Asociación Mexicana Interdisciplinaria para el Estudio de
la Infancia y la Adolescencia (AMIPEIA), organismo componen
te del Forum Paramericano para el estudio de la Adolescencia,
encargó en el año de 1976 a su comité de enseñanza y ca
pacitación la estructuración de un curso permanente que en--
trenara a profesionistas interesados en la problemática psi
cológica del adolescente.

Dicho comité integrado por profesionistas en diferentes dis
ciplinas (Sociología, Economía Política, Historia, Antropolo
gía, Psicoterapia Psicoanalítica, Psicoanálisis) formaron el
primer consejo consultivo, elaborando las filosofías del cur
so y planes de estudio, mismos que con algunas modificacio--
nes están aún vigentes.

Es así como nace el Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica
para la Adolescencia, y en Enero de 1977 se inician las ac
tividades con el ingreso de la primera generación; cabe seña
lar que a la fecha (1986) son 4 las generaciones egresadas y
3 en formación.

CARACTERISTICAS Y GENERALIDADES DEL CURSO.

- La duración del curso es de 8 semestres, cada uno incluye cinco seminarios además de la junta clínica semanal.
- Son candidatos a la formación: Médicos, Psicólogos, Sociólogos, que tengan el grado académico de Licenciatura o -- bien se comprometan a titularse antes o a la finalización del entrenamiento y que sean menores de 35 años.
- El candidato debe estar en Psicoanálisis, Psicoterapia -- analítica grupal o individual, por lo menos durante el -- tiempo de su formación.
- Se es candidato al ser aceptado después del proceso de se -- lección.
- Candidato avanzado a partir del 4 semestre.
- Psicoterapeuta de la Adolescencia, cuando se han aprobado los 8 semestres, cubierto 200 horas de supervisión clínica y presentado el trabajo terminal.

CLINICA - ESCUELA (17)

En Febrero de 1979 la clínica inicia sus actividades.

OBJETIVOS GENERALES:

- 1.- Proporcionar un óptimo entrenamiento teórico-técnico a -- los candidatos en formación.
- 2.- Prestar un servicio a la comunidad en el área de la sa-- lud mental, dirigida primordialmente a la población juve -- nil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.1. Proporcionar asesoría y supervisión a los candidatos-
en el manejo técnico en cuanto a:
 - 1.1.1. Recepción y entrevistas iniciales.
 - 1.1.2. Elaboración de historias clínicas.
 - 1.1.3. Valoración diagnóstica e interconsultas correspondientes.
 - 1.1.4. Elaboración y organización de expedientes.
 - 1.1.5. Realización de investigaciones.
 - 1.1.6. Tratamiento Psicoterapéutico individual.
 - 1.1.7. Tratamiento Psicoterapéutico grupal.
 - 1.1.8. Orientación a padres de familia.
 - 1.1.9. Actividades extra-murales (conferencias, cursos a instituciones).

Dichos objetivos se pretenden obtener con los siguientes procedimientos:

A) Recepción y guardias.

- La secretaria es quien se encarga de recopilar los datos-
de la ficha de identificación.
- El candidato en formación (quien realiza las guardias) --
tiene a su cargo el recibir a los pacientes de primera --
vez, efectuar la entrevista diagnóstica, supervisarlos y -
canalizarlos a consulta.

Cada candidato deberá cubrir 4 horas-paciente a la semana.

B) Psicoterapias.

Es requisito que el candidato avanzado de un servicio de 4 - horas-paciente a la semana hasta la finalización de su entre-namiento. Esto significa que se atienden por lo menos en -- psicoterapia bajo supervisión a 2 pacientes.

C) Supervisión.

La dirección de la Clínica es la encargada de supervisar al terapeuta en cuanto al manejo de recepción y entrevistas - - diagnósticas, la elaboración de historia clínica, la canali-- zación y referencia de pacientes.

D) Evaluación.

Semanalmente un candidato avanzado presenta, siguiendo un- rol establecido, la historia clínica y el resumen del manejo psicoterapéutico de cada uno de sus pacientes en el Semina-- rio de Junta Clínica, con el objeto de valorar su trabajo -- clínico, proporcionándole, las indicaciones pertinentes que lo lleven a mejorar. Se evalúan también a los candidatos, a través de su desempeño dentro de la clínica (asistencia, ma-- nejo de expedientes, etc.).

Hasta aquí se han presentado de una manera general los linea-mientos que la institución lleva a cabo en relación a la for-mación de los candidatos, así como a la atención de los pa-- cientes.

Para llevar a cabo el modelo de abordaje de la Psicoterapia- de Esclarecimiento de tiempo y objetivos limitados con ado-- lescentes, hubimos de hacer modificaciones en relación a los lineamientos establecidos por la clínica en cuanto a:

- Recepción de pacientes
- El papel que desempeña la secretaria
- El manejo de las entrevistas diagnósticas
- La modalidad terapéutica

Todo esto será desarrollado en un capítulo posterior al esta
blecer las diferencias de ambos procedimientos.

CAPITULO II

MARCO CONCEPTUAL

"Todo ser humano en su ciclo de vida, atraviesa por diferentes etapas, quedando implícitas en cada una de ellas procesos de madurez, que permitirán en sí mismos definirla, y a su vez ser el sustento fundamental para dar paso a la siguiente etapa de desarrollo" (Erikson).

La adolescencia como tal, es una de ellas, período por demás doloroso, pues no solo implica en toda persona que alcanza esta etapa una brusca modificación en su organismo y en la imagen de sí mismo, sino que habrá de adaptarse a ellos y desde ellos ir hacia su entorno a la búsqueda de una identidad sexual, social, de mismidad... la Madurez.

Para ello hace acopio de sus fuerzas, de todas aquellas capacidades y formas de adaptación que en las anteriores etapas de su vida, dieron respuesta a demandas internas y externas, conformando una manera de ser, un ser armónico y funcional, y que ahora la naturaleza invita en una evidencia Biológica, retomar, revivir y redefinir a ese ser en toda su integridad Bio-psico-social.

Continuando con el procedimiento metodológico que seguimos en el desarrollo de nuestra investigación, se hace una revisión de algunos autores cuyos conceptos sobre el proceso de la adolescencia nos parecen importantes, sin embargo para llegar a lo que es el proceso adolescente hemos retomado el desarrollo del niño, ya que como dice P. Blos, la adolescencia es la reeditación de la infancia.

2.1 TEORIAS DEL DESARROLLO:

Infancia.-

El bebé es un organismo totalmente dependiente que necesita cuidado y alimentación de su madre para sobrevivir; la reciprocidad en la gratificación de las necesidades, que operan como respuesta entre madre e hijo, crean una interdependencia que es la base del crecimiento físico y emocional del niño sano.

El primer contacto entre la madre e hijo se centra en la alimentación y esta experiencia viene a ser el prototipo de la actividad incorporativa posterior física y mental; ligada a estos procesos, existen cualidades emocionales que tienen gran impacto en la vida consciente e inconsciente del ser humano. (18)

Para Freud (19), estas reflexiones están en los confines del narcisismo primario y se moldean en el esquema oral.

Siguiendo el concepto de narcisismo primario de Freud, Margaré Mahler lo divide en dos subfases: ha aplicado a las primeras semanas de vida el término de autismo normal porque en él, el infante parece estar en un estado de desorientación - alucinatoria primitiva, en el cual la satisfacción de la necesidad pertenece a su propia órbita omnipotente, autista. - Es decir, los menesteres de la madre para reducir las molestias, no pueden ser aislados ni pueden ser diferenciados por el pequeño, de sus propios intentos de reducción de la tensión.

El centro de las actividades del niño en este momento son sus necesidades físicas, encaminadas a un equilibrio homeostático, basado en procesos fisiológicos a base de reflejos -

que se organizan en términos del principio del placer y del dolor. Así la madre que alimenta y su pecho, se constituyen en parte del niño y solo en forma lenta y gradual los vive - como otros objetos, o más bien como objetos parciales... La segunda subfase es la etapa simbiótica en la cual, a partir del segundo mes, en el bebé se da una vaga conciencia del objeto satisfactor de necesidades y apenas empieza la diferencia entre dentro y afuera. Todo lo no placentero se proyecta fuera de la órbita simbiótica. La percepción sensorial y los incipientes trazos de memoria que permiten el aprendizaje por experiencia, facilita la entrada a la fase simbiótica propiamente dicha.

El concepto de simbiosis fue elegido para describir "ese estado de indiferenciación, de fusión con la madre en el que - el yo aún no es diferenciado del no yo y en que lo interno y externo solo empiezan a sentirse gradualmente como diferentes" (20).

Cuando el niño puede aguardar y esperar una satisfacción con confianza, solo entonces se puede hablar del principio de un yo y también de un objeto simbiótico, (5-6 meses). Es decir, a medida que el niño se desarrolla se da más cuenta del mundo externo, elabora una imagen mental de la madre que lo conforta y esta facultad le permite alejar la tensión creando - una alucinación sobre el retorno de ella, es decir del objeto gratificador de sus necesidades.

Así, en forma gradual el niño va diferenciando entre mundo - interno y externo, entre impulso y ambiente. Los límites -- entre estos dos mundos se establecen primero en términos de sensaciones y de experiencias afectivo-motoras; de allí que el yo temprano sea un yo corporal.

Para Margaret Mahler (21) el proceso de separación-individuación va de los 5 a los 36 meses. Dicho proceso lo divide:

- 1.- Subfase de diferenciación - de 5 a 10 meses.
- 2.- Subfase de práctica - de 10 a 15 meses:
 - a. Fase temprana (cuadrúpedo)
 - b. Período de práctica (bípedo)
- 3.- Subfase de acercamiento - de 15 a 22 meses:
 - a. Inicio de la fase
 - b. Crisis
 - c. Resolución
- 4.- Subfase de Consolidación - Individuación, comienzo de --
constancia emocional de objeto. De 22 a 36 --
meses.

Para Ella, la primera subfase, la de diferenciación (5 a 10-meses) se presenta en la segunda mitad del primer año; el --
compañero simbiótico ya no es intercambiable. Hasta ahora y
también en las siguientes etapas de la individuación la ma--
dre servirá al infante como yo auxiliar y como escudo protec--
tor del niño.

En esta fase hay una exploración visual y táctil de la cara-
y cuerpo de la madre; el separarse de su cuerpo es para ins-
peccionarla, lo mismo que el mirar a su alrededor. A los 7
u 8 meses, se presenta un patrón importante que implica el -
principio de diferenciación y que es el cotejar lo familiar-
de mamá con lo extraño de ella. Aparece la angustia y el te-
mor ante los extraños.

Alrededor de los 9 meses, surge el proceso de romper el "cas-
carón" es decir, vemos aquí el nacimiento del niño como un -

individuo. En este momento la madre transmite en diferentes formas una especie de "marco de referencia en espejo" al cual se ajusta el infante. Si su respuesta de espejo es impredecible, cargada inestablemente de ansiedad; si su confianza en sí misma como madre es vacilante, entonces el niño en proceso de individuación, ha de manejarse sin un cuadro de referencia para reexaminar, perceptual y emocionalmente a la compañera simbiótica, y el resultado es un trastorno en el sentimiento del propio ser.

En la segunda subfase, la de práctica que va de los 10 a los 15 meses aproximadamente, se caracteriza por la maduración de aparatos locomotores que hacen posible que el niño se distancie de la madre, por ejemplo gateando; siendo esta una forma de locomoción que permite al niño interesarse y explorar el mundo cercano a ella, haciendo que se familiarice con una parte de su ambiente, perciba, reconozca y goce a la madre a distancia.

Sin embargo, el infante tiene que regresar a "recargarse emocionalmente" en ella. También en esta fase el niño vive la angustia de separación al cambiar de cuadrúpedo a bípedo y comienza su enamoramiento por el mundo.

El narcisismo en esta fase está en la cúspide, así como la omnipotencia; el mundo se ensancha y se aceptan otros sustitutos, al caminar afirma su individuación dando un gran paso hacia la formación de la identidad. La madre se ve forzada a renunciar a la posesión de su hijo y tiene que dejarlo ir. Y, mientras mejor sea la relación con la madre, ella enseñará al hijo a caminar sólo, pero si hay temor, ambivalencia, hostilidad inconsciente y necesidad de encapsularlo, éste presentará diferentes trastornos.

Mahler habla en su tercera subfase de reaproximación (de los 15 a los 22 meses) en donde como ya lo habíamos mencionado - pasa por diferentes facetas: Entre los 15 y los 17 meses el niño no solo se acerca a su madre para recargarse en ella, - sino que le trae cosas para compartirlas; la comunicación es a través de gestos, palabras o ruidos; al mismo tiempo se da cuenta de que no sólo mamá es otro ser aparte, sino que no - siempre coinciden sus deseos con los de ella. Esto es un -- golpe a su omnipotencia y a la unidad dual.

El caminar por caminar, cambia a una mayor interacción so- cial; hay juegos a escondidas y de imitación. Empieza a haber conciencia de otros niños, el querer sus cosas y enojo - dirigido al no conseguir lo deseado, se nota también menos - tolerancia a ser manipulado, por ejemplo al ser vestido, cam- biado, etc. Aquí también se empieza a incluir al padre como- figura importante, así como a otros adultos. Si la madre - se ausenta hay intentos de relacionarse con otros adultos, - de identificarse con ella cargando una muñeca, juegos de apa- recer y desaparecer objetos, y así como en el período de - - práctica la palabra "adiós" era importante, ahora el "hola"- lo es.

También hay angustia ante extraños pero con sensación de con- flicto de lealtad con la madre.

Descubre el poder pedir lo que se quiere por medio de gestos o palabras y de ser motivo de aprobación por lo que se hace.

En la crisis de reacercamiento que va aproximadamente de los 18 a los 20 o más. Es un continuo oscilar entre ser un niño dependiente y omnipotente y de que mamá haga todo sin recono- cer que la ayuda proviene de fuera; ésto produce rápidos cam- bios de humor, rabietas, insaciabilidad, el querer primero -

deshacerse de mamá y luego colgársele. Se produce una ambivalencia, y sólo si las dos instancias se dan al mismo tiempo se da la ambivalencia.

Los niños usan a mamá como extensión de sí mismos para negar lo doloroso de la separación; aparece un extraño fenómeno -- precursor de proyección de sentimientos negativos, es decir, después de una ausencia de mamá la extrañeza de no reconocerla. El estira y afloja en el separarse y juntarse con ella. Una característica de este período es la indecisión, parte - del mismo estira y afloja.

Ante la separación de la madre, hay tristeza e incapacidad - para jugar, en ocasiones regresión con otro adulto sustituto simbiótico de la madre o bien una escisión del objeto en varias formas: el sustituto es el malo -la mamá ausente es el objeto bueno; el sustituto es el bueno- la mamá ausente es - el objeto bueno; y al regresar, con partes buenas y malas, - el sustituto y la madre ambivalentemente buenos y malos.

En la resolución de la crisis de reaceramiento, esto depende en cada niño, de todo el manejo anterior.

Los riesgos de esta subfase son grandes, ya que muchas madres por lo demás adecuadas, no responden de una manera óptima a estas demandas. Se puede observar esto fácilmente como conducta regresiva, por la imposición de la libertad materna, justo en el momento en que ella misma empieza a disfrutar de la independiencia de su hijo. Este "rebote" materno en la fase de reaproximación puede ser la semilla de la depresión- en etapas posteriores de la vida. Si la fase de simbiosis y las subfases de separación individuación se experimentan adecuadamente, el niño alcanza el punto de identificaciones verdaderas, que le permiten retener representaciones de objetos independientemente del estado de la necesidad. En aquellos-

pequeños que han tenido un desarrollo menos que óptimo, el conflicto ambivalente se discierne durante la fase de reaproximación en conductas rápidamente alternantes y progresivamente negativistas.

Para Erikson (22) existen varios estadios por los que pasa el ser humano durante su desarrollo:

El primer estadio es la infancia y la reciprocidad de reconocimiento; en esta época el autor señala la existencia en el niño de un sentimiento de confianza básica en contra de uno de desconfianza; esta confianza es derivada de las experiencias del primer año de vida. Por confianza se entiende un sentimiento fundamental de la propia confiabilidad.

El estado general de confianza implica que el niño no solo ha aprendido a apoyarse en la mismidad y continuidad de los proveedores externos, sino también que puede confiar en si mismo. Todo esto, tendrá que ser el resultado de una "buena" relación con la madre y de que ella sea una madre "confiable".

El segundo estadio se centra en la temprana infancia y el deseo de ser uno mismo: La significación total de éste se encuentra, en los rápidos logros en cuanto a la maduración muscular, la verbalización y la discriminación con la habilidad consecuente. En contra por lo tanto, de una incapacidad para coordinar varias pautas de acción altamente conflictivas caracterizadas por las tendencias de "retener y soltar".

De ésta y muchas otras maneras el niño que aún es sumamente dependiente comienza a experimentar su voluntad autónoma.

La totalidad de este estadio según Erikson, por lo tanto, se transforma en una batalla por lograr la autonomía. El

desarrollo de esta etapa supone el firme establecimiento de una confianza temprana. Es decir, el niño debe llegar a sentir fé en sí mismo y en el mundo: saber que por la elección de apropiarse exigiendo, y de eliminar testarudamente, no se rá retirado el amor de sus padres, ya que ellos lo protegerán contra las consecuencias de su hasta ahora poco ejercitado sentido de la discriminación, protegiéndolo al mismo tiempo en contra de las experiencias de extrañamiento que naturalmente surgen, como la sensación de haberse expuesto prematura y totalmente a lo que denominamos vergüenza, es decir la desconfianza ante la respuesta de lo no usual que denominamos duda (duda acerca de uno mismo y duda acerca de la firmeza y lucidez de los educadores), por lo tanto este estadio se caracteriza por autonomía versus vergüenza y duda.

Este momento concuerda con lo que Peter Blos (23) señala en el entrenamiento de los esfínteres, que marcan un paso decisivo en el desarrollo del yo. El logro de esta habilidad -- produce una sensación de control y de delineación de los límites corporales, marcados por los orificios excretores que establecen una separación definitiva del individuo y del mundo externo. Esta separación es ayudada por la motilidad -- que también se ha desarrollado; la locomoción permite al niño la experiencia del espacio y el alcance de los objetos -- distantes.

Los receptores a distancia: los ojos, la nariz, la boca, los oídos encuentran una nueva dimensión mediante el receptor de la proximidad que es el tacto. El mundo de los objetos se hace palpable y, aunque todavía tiende a llevarse los objetos a la boca, gradualmente los emplea para jugar, adquiriendo este proceso cualidades táctiles.

Estos logros hacen al niño más independiente de la atención materna, pero al mismo tiempo traen consigo aspectos nuevos-

de la dependencia; a la madre ya no se le necesita para sólo gratificar los instintos (como la alimentación) sino que su presencia se requiere con mayor frecuencia para el nuevo propósito del control instintivo. El miedo a perder el amor es el vehículo para la educabilidad del niño.

La sumisión anal requiere que la gratificación primitiva instintiva ceda ante nuevas formas externas en relación a lugar, tiempo y manera; aparecen nuevas defensas como la formación-reactiva y la represión. Estas tienen reforzamiento del ambiente; el elogio y el miedo al castigo juegan un papel importante.

La oposición innata entre la descarga, el control y de hecho la fuerza singular de la autonomía anal, se reflejan en las innumerables dificultades en el retardo o fracaso en el curso del entrenamiento para controlar los esfínteres. Las manifestaciones agresivas e impulsivas surgen con gran vigor y habitualmente se enfrentan a un ambiente determinado en las que deben ser controladas; éstas, generalmente son objeto de represión o modificación con desplazamiento o formación reactiva.

A pesar de todo el niño se da cuenta de que el amor de los padres y su aproximación solo puede obtenerse renunciando a su agresividad, y sometiendo sus esfínteres a la voluntad de ellos. El entrenamiento de los esfínteres tiene una bipolaridad específica y es que durante esta fase anal los instintos componentes del sadismo y masoquismo, hacen su aparición. Como veremos más adelante, es necesario un equilibrio sadomasoquista para toda la vida, ya que esto puede afectar el desarrollo de la masculinidad y la feminidad.

Durante los primeros años, la polaridad hombre-mujer no tiene un papel psicológico en la vida del infante, ya que el papel de la madre antes de la diferenciación sexual no es femenino sino activo y el pequeño es pasivo.

Más adelante el niño entra en una fase de deseos libidinales activos hacia la madre; es la época del "déjame hacerlo solo". Aquí se identifica con la madre y se hace más independiente. De hecho su ayuda es sentida como interferencia.

La bipolaridad entre la actividad y la pasividad es prefallica, el intento por superar esta posición lleva al niño muchos años y la reconciliación de ambos deseos, determinan en forma significativa más adelante, el desarrollo de una postura-activo-receptiva en términos de masculinidad y de feminidad.

La ambigüedad y las fluctuaciones entre pasividad y actividad con una conotación psicosexual, no alcanzan un estado definitivo de reconciliación, sino hasta la fase terminal de la -- adolescencia, o sea en la fase de la consolidación.

El niño no se da cuenta de las diferencias anatómicas por su actitud agomórfica de pensar que todos son iguales a él; el reconocimiento de la diferencia sexual es acentuado durante el entrenamiento de los esfínteres, cuando se observan las posiciones para orinar; sin embargo esta observación no llega a ninguna conclusión sino hasta el período edípico, cuando las diferencias adquieren significado y se mezclan con -- fantasías que conducen a la angustia del daño corporal o fantasía de castración. Todas estas son indicaciones de que el niño se ha dado cuenta de la diferenciación genital entre el hombre y la mujer.

Esta fase está dominada por una antítesis que ya no es activo-pasiva, sino fálica-castrada.

El órgano que sirve para descargar la tensión erotogénica sexual para el niño en la fase fálica es el pene, sirviendo -- también como regulador de la tensión; de allí que lleve consigo la función autoerótica y la función de descarga de excitación.

Debe recordarse que cuando la masturbación genital en el niño en la fase fálica adquiere un grado de compulsividad y resiste todos los esfuerzos para controlarla, a menudo ha tomado este curso como la única medida existente en contra de la regresión a la pasividad infantil. Así mismo durante el período puberal, la masturbación se reactiva y adquiere nuevamente su función reguladora de la tensión, así como la función defensiva en contra de la regresión.

Durante la fase fálica los signos de los celos tempranos, -- aparecen en el niño y la niña, con la diferencia de que el objeto amoroso (madre) es el mismo para el niño durante todas las fases del desarrollo psicosexual; mientras que la niña tiene que abandonar su primer objeto de amor y dirigirse al padre, si es que su feminidad se va a desarrollar normalmente, para posteriormente regresar a ella e identificarse.

El niño desarrolla por la madre un amor posesivo, admiración y orgullo por su padre; la liga del niño hacia su padre se basa en una elección narcisista de objeto "mi padre es igual que yo", obviamente esta liga es ambivalente, ya que comprenden sentimientos de competencia y hostilidad hacia esta figura amada y temida, siendo estas emociones particularmente -- intensas por la rivalidad por la madre. En el caso del niño la identificación con el padre es un paso esencial en el desarrollo de su masculinidad.

Debemos recordar la gama de sucesos complejísimos que se encierran en la situación edípica y darnos cuenta de lo equivocado que puede ser la idea de un complejo de edipo puro, ya que en la vida siempre están mezcladas las posiciones activo-pasivas, positivas y negativas. La diferencia significativa, es que una tendencia puede ser dominante o silenciada, manifiesta o latente, consciente o reprimida, sintónica o no al yo.

Las diferentes posiciones edípicas y las resoluciones que el niño le da serán de una significación muy especial ya que -- estos mismos fenómenos aparecerán nuevamente en la adolescencia.

La identificación temprana del niño con la madre activa, no es abandonada hasta que éste se da cuenta de que la mujer carece de pene. Con este descubrimiento gradual y algunas veces parcialmente aceptado, la madre pierde su valor inicial y el deseo del niño se mezcla con miedo ante el pensamiento-misterioso de la diferencia física, para él: el genital masculino.

Cuando el niño dirige sus deseos sexuales a su madre en la etapa inicial de la fase edípica, su meta es pasiva y sigue el modelo arcaico de receptividad; posteriormente la identificación con la madre favorecerá el cambio de dirección de su libido hacia el padre en una forma pasiva; a esta posición se le llama la posición edípica pasiva o negativa. Aquí se dan fantasías de naturaleza pasiva tal como el deseo de tener un hijo del padre; esta situación juega un papel importante durante la iniciación del período edípico.

Al darse cuenta que la madre no tiene pene, la catexis narcisista que posee este órgano, fuerza al niño a abandonar la -

identificación con la madre, ésto hace que el niño se abra - hacia una actitud libidinal agresiva o masculina hacia ella, lo cual puede conducir a la formación de su posición edípica activa o positiva, teniendo este paso también una significación básica para el desarrollo de la masculinidad en el niño. A medida que los deseos libidinales activos hacia la madre - sean de mayor intensidad, es de esperarse que los deseos y - fantasías destructivas y hostiles se dirijan hacia el padre.

Hay tres factores que llevan al niño a dejar la posición edípica:

- 1) El temor a ser castrado por el padre.
- 2) El darse cuenta de su propia inmadurez física y
- 3) El amor por el padre.

La resolución normal, lo lleva a la identificación masculina (a la formación del superyo y el yo ideal).

Así mismo podemos decir que para el adolescente se presentan dos formas de resolver el complejo de edipo:

- 1) Identificarse con el padre, ser como él en lugar de reemplazarlo y
- 2) Abandonar sus deseos activos, su competencia y su rivalidad y regresar -por lo menos parcialmente- a someterse a la madre activa (fálica). La sumisión a la madre fálica constituye una regresión que se transforma en un desafío crítico en la pubertad, cuando el niño alcanza su maduración física.

En la niña el desarrollo bifásico activo-pasivo que marca el desarrollo edípico, no solamente implica un cambio en las me

tas instintivas, sino también un cambio de objeto amoroso; - de la madre al padre.

La envidia del pene en la niña, concebido más ampliamente como el complejo masculino de las mujeres, tiene que considerarse como una formación secundaria, ya que esta compleja -- situación opera como una defensa o resistencia en contra de la pasividad primaria, pero no puede abandonarse sino hasta que se abra una avenida hacia la pasividad femenina mediante la identificación con la madre edípica.

El cambio de la niña a una meta pasiva hacia el objeto amoroso, el padre, hace que la posición edípica pasiva o positiva sea más tardía, si esta se compara con la del niño, ya que -- la tendencia activa en el desarrollo femenino, nunca está -- tan reprimida como la tendencia hacia la pasividad en el -- niño.

Por otra parte, en la niña, la temprana identificación con -- la madre activa, la conduce a la posición edípica activa (ne_gativa) y cuando la niña dirige sus necesidades amorosas al padre, siempre existirá el peligro de que sus deseos pasivos hacia él despierten la temprana modalidad oral de un regreso a la pasividad primaria y de que ésta le impida la progre-- sión hacia la feminidad. De ahí que la gran dependencia de las mujeres con el padre siempre recoge la herencia de una -- dependencia en la madre.

La niña, cuando inicia la organización de su libido en la fa_se fálica, no se da cuenta cabal de la diferencia sexual entre hombre y mujer, se comporta como si poseyera un pene, su imitación de la conducta masculina caracteriza el componente fálico de esta época de su vida.

Las posiciones antitéticas, fálico-castrada se establecen -- gradualmente y producen diferentes reacciones tales como hacer blanco para la expresión de su decepción a la madre, que no le ha dado lo que le dió al niño varón. La curiosidad -- sexual hacia los padres, a los embarazos, etc., finalmente -- la convencen de que la madre comparte con ella esta "defi- -- ciencia" y como consecuencia de ésto, la devalúa y se dirige al padre.

Aquí nuevamente la libido narcisista contribuye a la elección del objeto amoroso. El reconocimiento de la castración que -- en el niño trae como consecuencia la destrucción del comple- -- jo de edipo, en la niña lo produce. La resolución de éste -- en la niña no ocurre sino hasta la adolescencia o quizá más tarde con el nacimiento de un niño o quizá nunca en forma -- completa.

La renunciación a los deseos edípicos, junto con la declina- -- ción o la represión de la masturbación que se produce normal- -- mente entre los 5 y 7 años, llevan a la niña a una mayor de- -- pendencia con la madre y a la identificación con ella. Esta identificación es distinta de la que se llevó a cabo en -- otras etapas, ya que incluyen papeles de la madre como madre y como mujer y sus relaciones y actitudes hacia el marido -- padre. También se percata del papel social de ella en la -- casa y en la comunidad. El curso normal es ahora renunciar- -- al padre edípico mientras se identifica con la madre edípica.

La progresión por medio de la cual la niña asciende de su de- -- pendencia oral pasiva primaria a la receptividad pasiva geni- -- tal, requiere una represión masiva de la sexualidad infantil que está ligada con la relación primaria madre-hija.

La tarea principal del niño es renunciar a su pasividad temprana; la de la niña es abandonar su primer objeto amoroso. Una lucha paralela que ambos deben enfrentar es el de lograr una constancia de objetos, sobreponerse a la ambivalencia y poder establecer relaciones objetales.

Dentro de esta misma etapa del desarrollo Erikson (24) habla de un tercer período: la infancia y la anticipación de roles. En este estadio como en los anteriores se caracteriza por -- aspectos importantes: la iniciativa versus la culpa.

Aquí el niño está exclusivamente "identificado" con sus padres, quienes le parecen poderosos, hermosos y aún peligrosos y en una gran parte del tiempo irrazonables y desagradables. Para Erikson, hay tres aspectos que respaldan y provocan la crisis de este período: 1.- Es que el niño se mueve más libre y violentamente. Su campo de acción es más amplio y para él ilimitado; 2.- Su lenguaje se perfecciona, pregunta por casi todo y lo interpreta a su manera; 3.- El lenguaje y la locomoción permiten expandir su imaginación, hasta abarcar tantos roles que en ocasiones no puede evitar asustarse de lo que el mismo fantasea; sin embargo de todo esto debe emerger un sentimiento de iniciativa que constituya la base de un sentido realista de ambición y propósitos.

El juego florece con gran imaginativa; mediante él, el niño controla la angustia por medio de la repetición, asimilando gradualmente el impacto de las experiencias traumáticas y -- conflictivas que llenan los días y noches de su vida.

Erikson señala un cuarto estadio que se presenta en la edad escolar y en la tarea de identificación. Esta etapa se caracteriza por la laboriosidad versus la inferioridad: Aquí el niño está más dispuesto que nunca a aprender rápida y ávidamente a hacerse grande en el sentido de compartir obliga--

ciones, disciplinas y actuaciones, está ansioso de hacer cosas junto con otros, de compartir tareas de construcción y planeación en vez de tratar de obligar a los demás niños; da su afecto a los maestros y a los padres de otros niños, observa e imita a la gente.

En consecuencia, en este período de latencia el niño que está desarrollándose olvida o mejor dicho "sublima" los impulsos que lo han hecho fantasear y jugar. Ahora aprende a ganar reconocimiento produciendo cosas, desarrolla la perseverancia; se adapta a las leyes inorgánicas del mundo de los utensilios y da lugar a una situación productiva.

En este período el peligro reside en el desarrollo de una sensación de extrañamiento frente a sí mismo y sus tareas. (Sentimiento de inferioridad).

La consolidación del período de latencia puede ahora ocurrir, porque existe una energía inhibida que puede formarse, y que existe una gran cantidad de tareas organizadas que permiten un progreso vigoroso en el desarrollo del yo, así como una liga firme con la realidad.

P. Blos (1962) dice: no existen etapas cronológicas en la adolescencia sino etapas de evolución, donde cada etapa es prerrequisito para la siguiente: sin embargo para efectos de clasificación da una edad arbitraria y aproximada a cada una:

Latencia de los 7 a los 9 años

Preadolescencia de los 9 a los 11 años

Adolescencia temprana de los 12 a los 15 años

Adolescencia propiamente de los 16 a los 18 años

Adolescencia tardía de los 19 a los 21

Para el mencionado autor, los años entre la niñez temprana y la adolescencia, o sea el período de latencia es de importan cia preparatoria para la adolescencia, ya que este período -- establece nuevas avenidas para la gratificación y control -- del ambiente mediante el desarrollo de la competencia social y de las capacidades físicas y mentales.

El niño cuyo desarrollo del yo ha progresado sin tropiezos -- durante los períodos de la niñez media, adquiere los recur-- sós suficientes para navegar con éxito entre la represión -- instintiva y la gratificación instintiva; es decir, entre el desarrollo progresivo y regresivo.

Existe en esta etapa, un cambio en cuanto un mayor control - del yo y del superyo sobre la vida instintiva. Fenichel (25) se refiere a esto diciendo que durante el período de laten-- cia las demandas instintivas no han cambiado pero el yo si.- La actividad sexual durante este período está relegada al pa pel de un regulador transitorio de tensión. Esta función -- está superada por la emergencia de una variedad de activida-- des del yo, sublimatorias, adaptativas y defensivas por natura leza.

Este cambio está promovido por el hecho de que las relacio-- nes de objeto externo, se abandonan y son sustituidas por -- gratificaciones. Freud (26) dice; "el cambio de la catexis de un objeto externo a uno interno, puede muy bien ser consi derado como un criterio esencial del período de latencia, se ñalando que de vez en cuando durante este período puede apa-- recer una manifestación fragmentaria de la sexualidad que ha evadido la sublimación".

La dependencia en el apoyo paterno para los sentimientos de val oría y significación, son reemplazados progresivamente du--

rante el período de latencia por un sentido de autovaloración, derivado de los logros y del control que se gana de la aprobación social y objetiva.

El establecimiento de identificaciones estables, hace que el niño sea más independiente de las relaciones de objeto; la ambivalencia declina en forma clara, específicamente durante la última fase de la latencia. La existencia de controles más severos se hace aparente con la emergencia de conductas y actitudes que están motivadas por la lógica y orientadas hacia valores.

Las funciones del yo adquieren mayor resistencia a la regresión. En el lenguaje, por ejemplo, se observan cambios: la conjunción del "por qué" se emplea con mayor pericia; además la comparación y la semejanza en contraste, son el lenguaje empleado por el niño que expresa así sin circunloquios, sus emociones; empieza a hacer la separación de su pensamiento racional y su fantasía, junto con la separación de su conducta pública y privada.

Los logros del período de latencia representan en verdad una precondición esencial para avanzar hacia la adolescencia y pueden resumirse como siguen:

- La inteligencia debe desarrollarse a través de una franca diferenciación entre el proceso primario y secundario a través del empleo del juicio, la generalización y la lógica.
- La comprensión social, la empatía y los sentimientos de altruismo deben de haber adquirido una estabilidad considerable.
- La estatura física debe permitir independencia y control del ambiente.

- Las funciones del yo deben haber adquirido una mayor resistencia a la regresión y a la desintegración bajo el impacto de situaciones de la vida cotidiana.
- La capacidad sintética del yo debe ser efectiva y compleja y
- Finalmente, el yo debe ser capaz de defender su integridad con menos ayuda del mundo externo.

La transición de la niñez a la pubertad o en términos psicológicos de la latencia a la adolescencia, están por suceder; pero antes queremos aclarar que el uso de esta terminología, se debe al hecho de que "pubertad" denota los cambios fisiológicos y morfológicos que acompañan a la maduración sexual, mientras que el término "adolescencia" denota la suma total de las modificaciones psicológicas que pueden atribuirse directa o indirectamente a la aparición de la pubertad.

Durante el período de latencia el aspecto instintivo de la personalidad del niño se había mostrado relativamente poco, debido a la disminución que entonces experimentaban los impulsos libidinales y agresivos; esta situación termina en la preadolescencia cuando tiene lugar un aumento cuantitativo de los impulsos que reactivan todos y cada uno de los instintos sexuales y agresivos infantiles, creando una necesidad abrumadora de satisfacerlos.

Además de lo anterior se observan que se producen otros desarrollos simultáneos que son más sutiles durante este período; por una parte el crecimiento de la función crítica del intelecto ha preparado al infante a una nueva evaluación de sus progenitores, siendo ésta más realista: parecen tan diferentes de las imágenes que se crearon durante los primeros años; gradualmente surgen fantasías conscientes sobre la existen--

cia de dos parejas de progenitores, una de ellas rica, noble y poderosa como en los cuentos de hadas y reyes (los padres como eran antes), y otra humilde, corriente y sometida a -- los trabajos, a las privaciones (los padres según se les ve en el presente).

La fantasía del niño afirma que él es en realidad de noble cuna y que ha sido abandonado por alguna razón por sus padres nobles y entregado al cuidado de los humildes, de los que algún día será rescatado, con el propósito de devolverle sus derechos y privilegios. Esto se origina poco después del -- desmoronamiento del complejo de edipo, reflejando así el proceso progresivo.

2.2 LA PREADOLESCENCIA:

Si durante la latencia se ha dado un crecimiento yoico adecuado, es posible más adelante observar una regresión genuina en la preadolescencia; esta, puede reconocerse por la participación del yo en el movimiento regresivo, así como con el reestablecimiento de defensas primitivas tales como el -- pensamiento mágico, la proyección y la negación; hábitos y rasgos con ideas obsesivo compulsivas.

Las consecuencias psicológicas de las presiones pulsionales pubescentes, están determinadas por el nivel de diferenciación y de la autonomía alcanzada durante la latencia. La -- consecuencia más significativa se refleja en el distanciamiento del yo con respecto al ello, pudiéndose observar funciones yoicas tales como: la memoria, la cognición, la tolerancia a la tensión, la previsión, la autoconciencia, la -- capacidad para distinguir entre realidad y fantasía (prueba de realidad), entre acción y pensamiento.

Sin embargo no hay que olvidar que el yo preadolescente toda vía no se ha equipado para manejarse con las demandas que -- vienen del interior y bajo su presión, no logra mantener el equilibrio. Es por eso que aparecen o se presentan ataques de ansiedad y esfuerzos que conducen en el mejor de los ca-- sos a una conducta neurótica y la formación de síntomas, o -- bien si estos recursos fallan, a irrupciones de la vida ins-- tintiva reprimida que adoptan la forma de manifestaciones -- sexuales perversas o de actividades antisociales.

De esta manera el preadolescente se encuentra en desarmonía-- interna; ansioso, inhibido, reprimido y reñido con su ambien-- te, no existiendo en la vida, otro período durante el cual -- el niño que crece, experimente una mayor necesidad de ayuda-- y orientación como es, durante esta etapa de transición. Sin embargo, no existe ningún otro período durante el cual, pro-- genitores y maestros se encuentren igualmente impotentes pa-- ra poder prestarles su ayuda.

El joven se preocupa muy poco por las alabanzas o críticas, -- las recompensas o castigos, ya que no depende exclusivamente de las figuras adultas de su medio para la satisfacción de -- sus necesidades; depende de su autocrítica y del aprecio o -- el rechazo que le manifiestan sus contemporáneos, más que de las manifestaciones de aprobación o desaprobación de los -- adultos.

El preadolescente, presenta sus lealtades cambiantes y débi-- les, se siente solitario, es narcisista y centrado en sí mis-- mo.

Hay en esta época un retorno a las fantasías edípicas reprimidas y de rechazo de los progenitores; los instintos componentes de la sexualidad infantil que regresan de la repre-- sión, traen consigo las fantasías del período pre-edípico y

edípico, dirigidas hacia la madre y el padre como primeros - objetos de amor del niño.

Las fantasías contienen elementos orales, anales y fálicos, - deseos agresivos, huellas mnémicas de satisfacción, de desilusión, de frustraciones y rivalidades, de aspiraciones relacionadas con las personas de los padres.

El preadolescente no puede hacer que desaparezcan estos temi dos deseos tempranos, todo lo que puede hacer es impedir que éstos se ligen con las personas de los progenitores.

Es característica que los sueños manifiestos de este período contengan con frecuencia, escenas sexuales con ellos y apenas disfrazados o deformados por el proceso onírico.

En los preadolescentes cuya fase de latencia se ha desarrollado deficientemente, hallamos enclaves de singular puerilidad, que adoptan la forma de necesidades de dependencia y -- falta de tolerancia a la tensión. La conducta imitativa y -- las poses, encubren a menudo la incompetencia social. Se -- tiene la impresión de estar frente a un desarrollo retrasado. Lo anterior no puede atribuirse a la regresión (normal) ya -- que parece que no hubo avances determinantes que establecieran una posición desde la cual tener que regresar.

Durante la preadolescencia, no se puede distinguir un objeto amoroso y una meta instintiva nueva; es decir, cualquier experiencia puede transformarse un estímulo sexual, incluso -- aquellos pensamientos; fantasías y actividades que están des provistas de connotaciones eróticas obvias, como sería la -- primera emisión del joven durante la vigilia y que a menudo se debe a estados afectivos provocados por miedo o coraje, -- más que a estímulos sexuales.

Las costumbres adquiridas, el control de sus estados de ánimo la escrupulosidad en el cumplimiento de las tareas que -- eran para los padres y maestros, signos de que el niño progresaba hacia la adaptación social, desaparecen en rápida -- sucesión; todo lo adquirido a través de la educación en los años anteriores en términos de control instintivo y conformidad social, parece que está en camino de la destrucción.

La curiosidad sexual en los muchachos y muchachas cambia de la anatomía a la función y al proceso. Entre las muchachas, la curiosidad se manifiesta por el cuchicheo y el secreto, ya que la gratificación instintiva directa, habitualmente se -- enfrenta a un superyo reprobatorio.

En este conflicto el yo recurre a soluciones conocidas: defensas como la represión, la formación reactiva y el desplazamiento. Esto le permite desarrollar habilidades e intereses que son aprobados por sus compañeros de juego y dedicarse a actividades sobrecompensatorias en conductas compulsivas y en pensamientos obsesivos para aliviar la angustia.

Una situación nueva al servicio de la gratificación instintiva aparece en la preadolescencia y es la socialización de la culpa. Con este nuevo instrumento se evita el conflicto con el superyo, que proviene de la madurez social lograda durante el desarrollo de la latencia. En esta etapa, hay dos formas típicas de conducta preadolescente tanto para los muchachos como para las muchachas y que nos aclara el conflicto de los dos sexos; estas formas de conducta son: 1.- Los muchachos son hostiles con las mujeres, las atacan cuando ellas están con ellos, se vuelven presumidos y burlones; lo que en realidad tratan de hacer es negar la angustia en lugar de establecer una relación con ellas; la angustia de castración -- que lleva a la fase edípica a su declinación reaparece y conduce a que solamente se lleven con los amigos de su propio --

sexo (club de tobi). 2.- En las muchachas, esta fase se caracteriza por una actividad intensa en donde la actuación y el portarse como "marimacha" alcanza su climax, esta negación muy clara de su feminidad puede descubrirse como un conflicto no resuelto en la niñez sobre la envidia del pene.

Durante la fase típica de la preadolescencia en el joven, antes de que se efectúe con éxito un cambio hacia su masculinidad, surge como característica el empleo de la angustia homosexual como defensa ante la angustia de castración. A esta época se le llama "la época de la pandilla". Este estadio debe separarse de una fase homosexual transitoria y más o menos elaborada de la adolescencia temprana, que se manifiesta cuando un miembro del mismo sexo es tomado como objeto de amor bajo la influencia del yo ideal. Un objeto narcisista se elige en lugar de "si mismo". Es aquí donde surgen las amistades del mismo sexo con tintes eróticos.

La diferencia en la conducta preadolescente entre un varón y una mujer, está dada por la represión masiva de la pregenitalidad, que en la muchacha hubo de establecerse antes de poder pasar a la fase edípica. De hecho esta represión, es prerequisite para el desarrollo normal de su feminidad. En caso contrario, encuentra dificultades en su desarrollo, y como consecuencia de ésto puede exagerar sus deseos heterosexuales y se une a los muchachos a menudo en una forma un tanto compulsiva. Freud afirma que la muchacha permanece en la situación edípica por un período indefinido; solamente lo abandona muy tarde y en forma incompleta, de ahí que la mujer luche con relaciones de objeto en forma más intensa durante su adolescencia. De hecho la separación prolongada y dolorosa de la madre constituye la tarea principal de este período.

En resumen decimos que en el desarrollo femenino normal, la fase preadolescente de la organización de los impulsos está dominada por una defensa en contra de una fuerza hacia la madre preedípica. Esta lucha se refleja en los conflictos que surgen en este momento entre madre e hija; es decir hacia la progresión a la adolescencia propiamente que está marcada -- por la emergencia de sentimientos edípicos que aparecen primero disfrazados y finalmente son extinguidos por un proceso irreversible de desplazamiento.

Para finalizar la descripción del período preadolescente, -- quisiéramos comentar la manera de como los jóvenes viven a -- sus padres y su entorno familiar.

El preadolescente los ve de una manera más realista; observa su posición social y profesional; en ocasiones adoptan actitudes de venganza hacia ellos por la desilusión encontrada. -- Se vuelven hipercríticos con sus observaciones y éstas son -- despreciativas o hirientes, siendo ésta la forma de dar testimonio de su profunda decepción. La conducta hostil hacia -- padres y hermanos, se explica por la necesidad de protegerse de las fantasías sexuales con respecto a ellos, por la proxi -- midad física que acentúa la tentación y la lucha consiguiente. La vida familiar durante este tiempo, es en extremo in -- soportable; por estas razones, el medio debe estimular el -- que los jóvenes se sumen a actividades con sus pares.

2.3 ADOLESCENCIA TEMPRANA:

El Dr. Marco Antonio Dupont (26) reconoce a la adolescencia -- como un fenómeno de naturaleza psicológica, biológica y so -- cial. Dice que todas las fases del desarrollo representan -- momentos de crisis y la crisis en el desarrollo adolescente -- se significa por la ruptura de un equilibrio alcanzado por --

el niño en su medio ambiente familiar y social, toca a su -- fin cuando lo recupera para iniciar otro.

"El desequilibrio del niño cuando alcanza la pubertad obedece, bien se sabe, a la acción hormonal incrementada, que acelera los cambios corporales y psíquicos. Estos fenómenos -- primero de orden personal, pronto afectan las relaciones con la familia y el grupo social". El Dr. Dupont divide el proceso de la adolescencia en tres vertientes: La primera vertiente es la que se refiere al llamado adolescente temprano y se inaugura con la progresiva pérdida de la identidad infantil conformada hasta ese momento del desarrollo. Los cambios internos propician que la imagen corporal se transforme con celeridad, a lo cual contribuye grandemente el impacto de sensaciones corporales internas que se sienten y viven -- como experiencias perturbadoras inscritas en lo desconocido y a veces innombrables por lo exquisito o por lo inquietante de sus contenidos eróticos.

Socialmente, el ámbito del joven adolescente le enseña que ya no es un niño pequeño, y que ha perdido sus privilegios infantiles, pero carece aún de los derechos de los mayores. El mundo de los niños le resulta demasiado pequeño y a pesar de que lo evoca con nostalgia lo desprecia; por otro lado el mundo de los adultos tan anhelado o quizá idealizado, no solo le es inaccesible sino también incomprensible. El conjunto de cambios personales y ambientales revolucionan la identidad del que hasta hace poco fue un niño, y lo enfrenta a la sensación de vacío respecto a los que era y ya no es: un niño, y a lo que podrá ser pero aún no es: un adulto.

Esta primera vertiente del desarrollo adolescente coincide en nuestra cultura urbana con el arribo de los jóvenes a la escuela secundaria aproximadamente hacia los 13 años. Esta-

vertiente del Dr. Dupont, corresponde a lo que Blois (27) -- llama adolescencia temprana.

En la adolescencia temprana, la maduración puberal normalmente saca al muchacho de su preadolescencia autosuficiente y defensiva y de la catexis pregenital; la muchacha es igualmente forzada hacia el desarrollo de su feminidad. Los muchachos en forma más intensa buscan objetos libidinales extrafamiliares y con eso se ha iniciado el proceso de separación de las ligas objetales tempranas.

La característica distintiva de la adolescencia temprana radica en la descatectización de los objetos de amor incestuosos y encontramos una libido que flota libremente y clama -- por acomodarse. Esto trae como consecuencia que el Superyo, agencia de control cuyas funciones son para inhibir y regular la autoestima, disminuya su eficiencia; dejando al Yo -- sin la dirección simple y presionante de la conciencia, por lo tanto el Yo al no depender de la autoridad del Superyo, -- hace esfuerzos para mediar entre los impulsos y el mundo externo; es por ésto que se torna torpe e ineficaz. El Superyo se convierte en un adversario y por lo tanto el Yo se queda debilitado aislado, inadecuado frente a las emergencias.

En esta edad, los valores, las reglas y las leyes morales -- han adquirido una independencia apreciable de la autoridad parental, se han hecho sintónicas con el Yo y operan parcialmente dentro de éste. Durante la adolescencia temprana el autocontrol amenaza con romperse y en algunos casos surge -- por ejemplo la delincuencia; actuaciones de esta clase habitualmente están relacionadas con la búsqueda de objetos de amor, así como también ofrecen un escape a la soledad, al aislamiento, y a la depresión que acompaña a estos cambios -- catécticos.

El muchacho hace amistades que exigen una idealización de los amigos; estas elecciones siguen el modelo de Freud: "cualquiera que posea las cualidades sin las cuales el Yo no puede alcanzar su ideal, será el que es amado".

Explica que esta época de expansión en la vida amoroso conduce al recrudescimiento del Yo Ideal y por tanto internaliza -- una relación de objeto que en otra forma podría conducir a la homosexualidad latente o manifiesta. Freud comenta: "en esta etapa se forman grandes cantidades de libido esencialmente -- homosexual, y son utilizadas en la formación del Yo Ideal narcisista y encuentran salida y satisfacción en mantenerla". - Es aquí donde la amistad típica de la adolescencia temprana mezcla la idealización y el erotismo. Asimismo vemos que en la muchacha, en esta época la amistad juega un papel importante y vemos como la falta de una amiga la lleva a la desesperación y la pérdida a la depresión.

La manera de como se manifiesta la idealización entre las muchachas, es cuando se presenta el "flechazo" pero con una -- característica peculiar, y es que los objetos escogidos tienen cierta similitud o son totalmente diferentes a los padres. El objeto del flechazo es ser amado en forma pasiva, con el - deseo de obtener atención y afecto; es el sentirse invadido - por toda clase de afectos. Dentro de las características del flechazo vemos, como la presencia de la pasividad está menos reprimida en las chicas que en los chicos. Ellas muestran -- con más facilidad su masculinidad mientras que ellos se sienten avergonzados de su feminidad, y la niegan. La muchacha - en este momento está conscientemente más ocupada por la idea de si es hombre o mujer, ambos experimentan una extraña sensación en relación con el tiempo y el espacio.

La posición bisexual en la adolescencia temprana; está íntimamente relacionada al problema del narcisismo y la declinación de la tendencia bisexual marca la entrada a la adolescencia.

2.4 ADOLESCENCIA PROPIAMENTE:

Para el Dr. Dupont, la segunda vertiente en el desarrollo adolescente agrupa a los adolescentes intermedios -la adolescencia propiamente dicha-. Esta se singulariza por la incorporación del joven a la cultura adolescente. Esta es una cultura que "flota" en el ámbito socio cultural en que están implantados los adolescentes y obedece a patrones más o menos homogéneos que oscilan bajo la presión de modalidades inducidas por sus líderes; estos personajes son altamente idealizados como por ejemplo los héroes cinematográficos, deportivos, etc....

Así mismo la cultura adolescente incluye rasgos distintivos - en el lenguaje, vestido, hábitos de vida cotidiana; tienen valores e ideologías propias. Cada cultura imprime en ellos un sello distintivo, sin embargo existen comunes denominadores - como son la necesidad de agruparse bajo liderazgos, la necesidad de actuar dentro de la realidad social, de explorarla, la necesidad de singularizarse de los adultos y la necesidad de inquirir cuestionar y refutar los valores tradicionales.

Es frecuente que la cultura adolescente tenga procedimientos rituales cuya realización ofrece prestigio y valor dentro del grupo, tales como ritos de violencia, drogas, actividades deportivas, intelectuales, etc. En esta segunda vertiente el - joven encuentra una identidad transitoria en el espacio que - ocupa la cultura adolescente dentro de la sociedad de los - - adultos; quizá de esta manera se hace posible la espera que - la sociedad impone a los jóvenes hasta incorporarse a los roles que desempeñan los adultos y hasta el logro de sus anheladas realizaciones personales; mientras tanto el adolescente - explora, aprende, actúa y critica despidadamente.

Es aquí donde la llamada brecha generacional se da; donde hay un choque de los jóvenes con el mundo de la realidad social,-

el desafío de unos y la hostilidad de otros. Más que ser un fenómeno incidental tiene por fundamento impulsos primarios - que tienden a agrupar a unos contra otros. Para Dupont la edad promedio de esta segunda vertiente es entre los 15-18 años aproximadamente.

Nuevamente para Blos, esta vertiente corresponde también a la adolescencia propiamente tal, donde el hallazgo de un objeto heterosexual se hace posible por el abandono de las posiciones bisexuales y narcisista, lo que caracteriza el desarrollo psicológico de la adolescencia.

En el adolescente el retiro de la catexis de los objetos del mundo externo puede llevar a un retiro narcisista, observándose una sobrevaloración del ser, un aumento de la autopercepción, una sensibilidad extraordinaria y un engrandecimiento, a expensas de la percepción de la realidad, con la consiguiente pérdida de contacto con la misma. Berenfeld (1923) señaló la semejanza de este estado con la psicosis incipientes.

Las perturbaciones yoicas evidentes en el acting out, en las dificultades para el aprendizaje, en la falta de objetivos, en la conducta dilatoria, temperamental y negativista, son con frecuencia los signos sintomáticos de un fracaso en la desvinculación con respecto de los objetos infantiles y, en consecuencia, representan un descarrilamiento del proceso de individuación en sí.

Pasaremos ahora al curso que sigue la individuación durante la adolescencia.

Como clínicos, vemos que el rechazo que hace el adolescente de su familia y de su pasado y el rodeo que da para eludir el penoso proceso de desvinculación, por lo general suelen ser evitaciones transitorias y las demoras se eliminan por sí mismas.

Nos es conocido el adolescente que se escapa de su casa en un coche robado, deja la escuela, vagabundea, etc.... en estos casos el carácter concreto de la acción suple al distanciamiento psicológico de los vínculos de dependencia infantil.

Uno no puede dejar de reconocer que ante la ruptura violenta con el pasado infantil y familiar se tema hacer frente al avasallador impulso regresivo hacia las dependencias, grandiosidades, seguridades y gratificaciones de la infancia. En sí, el desempeño por separarse de los lazos de dependencia infantiles, concuerda con la tarea adolescente pero los medios empleados suelen abortar el empuje madurativo.

Para muchos adolescentes, esta ruptura violenta constituye un momento de respiro, una posición de holding, hasta que reaviva el desarrollo progresivo; para muchos otros se convierte en modo de vida que a la corta o a la larga los lleva de vuelta a aquello que desde el principio se quiso evitar: la regresión. Al obligarse a tomar distancia física, geográfica, moral e ideológica con relación a su familia o al lugar donde transcurrió su niñez, este tipo de adolescentes hace que la separación interior se vuelva prescindible.

En su separación e independencia concreta, experimenta una exultante sensación de triunfo sobre su pasado y poco a poco se aficiona a este estado de aparente liberación.

Es cierto que en alguna etapa crítica del proceso de individuación, la separación física de los padres, o la polarización del pasado merced al cambio del rol social, a la nueva manera de vestir, a los intereses especiales o preferenciales morales que se han adquirido, son el único medio con que cuenta el adolescente para conservar su integridad psicológica.

Sin embargo, el grado de madurez que en definitiva se alcanza, dependerá de hasta donde haya avanzado el proceso de individuación, o de que en algún punto haya llegado a un impasse y permanezca incompleto. De lo anterior se desprende que el concepto "segunda individuación" es relativo. Por un lado depende de la maduración pulsional y por otro de la perdurabilidad que ha adquirido la estructura Yoica. Así pues, la individuación adolescente es reflejo de un proceso y un logro, ambos constituyen elementos inherentes al proceso total de la adolescencia.

La reinstauración de las posiciones pulsionales y yoicas infantiles, son un elemento esencial del proceso de desvinculación adolescente. Las funciones Yoicas, las instituciones psíquicas comparativamente estables (el superyo-la imagen --corporal) sufrirán notables fluctuaciones y cambios en sus operaciones ejecutivas.

En el análisis de adolescentes, aparece con claridad la personificación regresiva del superyo. El hecho de que el super Yo tenga su origen en relaciones objetales edípicas y --preedípicas hace que dicha institución sea sometida a una revisión radical en la adolescencia.

Uno estaría tentado a decir que en la adolescencia se produce un reacomodamiento de los elementos que componen la psiqué--dentro del marco total de un aparato psíquico que se mantiene fijo.

Sin embargo, el peligro que amenaza a la integridad del Yo,--no emana únicamente de la fuerza de las pulsiones sino en --igual medida de la fuerza del impulso regresivo; se llega a la conclusión de que la reestructuración psíquica por regresión, representa la más formidable tarea anímica de la ad--lescencia. Así, el adolescente anhela la gratificación pul-

sional y yoica, pero teme volver a quedar involucrado en relaciones objetales infantiles. Paradójicamente esa tarea -- adolescente sólo puede cumplirse a través de la regresión -- pulsional y yoica. Solo de esta manera pueden ser modificados los restos de traumas, conflictos y fijaciones, haciendo obrar sobre ellos los ampliados recursos del Yo, en este momento de crecimiento y maduración. Así, se torna factible el avance de la diferenciación o maduración yoica.

Durante los movimientos regresivos de la adolescencia, la parte del yo autoobservadora y ligada a la realidad, se mantiene por lo común intacta, al menos marginalmente. Quedan así reducidos y controlados los peligros que entrañan la regresión, la pérdida catastrófica del self, el retorno de indiferenciación o la fusión.

Geleerd (1961) ha sugerido que "en la adolescencia tiene lugar una regresión parcial a la fase indiferenciada de relaciones objetales".

Hartmann (1939) fue quien sentó las bases para estas consideraciones sobre el desarrollo, con su formulación de la "adaptación regresiva". Lo que se quiere destacar es que la adolescencia es el único período de la vida en que la regresión Yoica y Pulsional constituye un componente obligatorio del desarrollo normal.

Es por ello que se conceptualiza como "individuación adolescente" el proceso de cambio estructural y su logro, subrayando el prominente papel de la desinvestidura de representaciones objetales infantiles en la reestructuración psíquica de la adolescencia.

La regresión adolescente que no es de índole defensiva, forma parte inherente del desarrollo puberal; pese a ello, esta regresión provoca con suma frecuencia angustia. Si esta an-

gustia se torna ingobernable se movilizan secundariamente medidas defensivas, que pese a ello deben seguir su curso.

Una regresión Yoica connota la revivenciación de estados Yoicos abandonados total o parcialmente, los cuales o bien fueron ciudadelas de protección y seguridad, o constituyeron - - otrora formas especiales de hacer frente al stress. Esta - - siempre se evidencia en el proceso adolescente, pero únicamente opera en contra de la segunda individuación cuando lo hace - de manera puramente defensiva.

El desarrollo progresivo se estanca solo cuando la regresión-pulsional y Yoica alcanza la inmovilidad de una fijación. Por lo común en la regresión al luchar contra restos de traumas - infantiles, ocasiona más autonomía Yoica.

Los estados Yoicos adolescentes de naturaleza regresiva pueden reconocerse así mismo, en un retorno al "lenguaje de la acción" a diferencia de la comunicación verbal simbólica, además, en un retorno al "lenguaje corporal", a la somatización de afectos, conflictos y pulsiones. Este último fenómeno es el responsable de las numerosas afecciones y dolencias físicas, típicas de la adolescencia, ejemplificadas por la anorexia nerviosa, o por la obesidad psicógena.

¿Por qué la regresión debe ser una condición para la progresión?

Porque el adolescente tiene que establecer contacto emocional con las pasiones de la infancia y de su niñez temprana, a fin de que éstas depongan sus investiduras originales; sólo entonces podrá el pasado desvanecerse en los recuerdos conscientes e inconscientes y, el avance de la libido conferir a la juventud su singular intensidad emocional y firmeza de propósitos.

El rasgo más profundo y peculiar de la adolescencia, reside - en la capacidad de pasar de la conciencia regresiva a la progresiva con una facilidad que no tienen en ningún otro período de la vida humana.

Una cualidad de las tempranas relaciones objetales, se mani--fiesta sobre la forma de ambivalencia, revividas éstas en la adolescencia en su forma original, vale decir, en forma ambivalente. Esto crea en el adolescente un estado de precaria - labilidad y de contradicciones incomprensibles en cuanto a -- los afectos, pulsiones, pensamientos y conductas. Muchas apa--rentes operaciones defensivas como el negativismo, la conduc--ta opositora o la indiferencia, no son sino exteriorizaciones de un estado ambivalente que ha penetrado en la personalida - total.

El alborozo que produce el sentirse independiente del progeni--tor interiorizado, o más exactamente, de la representación de ese progenitor como objeto, es complementado por un afecto de de--presivo que acompaña y sigue la pérdida del objeto interior.- El afecto concomitante de esta pérdida de objeto ha sido com--parado con el trabajo de duelo.

Los cambios internos que acompañan a la individuación pueden--describirse desde el lado del Yo, como una reestructuración - psíquica en cuyo transcurso la desinvestidura de la represen--tación objetal del progenitor en el Yo, ocasiona una inestabi--lidad general, una sensación de insuficiencia y extrañamiento.

Una vez que la fuente de gratificación narcisista derivada -- del amor paternal ha cesado de fluir, el Yo se cubre con una libido narcisista que es retirada del padre internalizado. El resultado final de este último cambio catéctico debe ser que-- el Yo desarrolle la capacidad de asegurar sobre la base de --

una ejecución realista, esa cantidad de abastecimiento de la autoestima. Vemos que la etapa narcisista opera al servicio - del desarrollo progresivo y está habitualmente entremezclada con la lenta ascendencia de hallazgos de objeto heterosexual. El proceso de separación y su facilitación son los que dan a la etapa narcisista su calidad positiva y progresiva.

Así, en ambos sexos podemos observar un aumento en el narcisismo que precede a la consolidación del amor heterosexual: - para ser más exacto está íntimamente ligado con el proceso de la búsqueda de objeto no incestuoso. Puede observarse como - los adolescentes abandonan su gran autosuficiencia y actividades autoeróticas tan pronto como tienen sentimientos de ternura por una chica; ya que el cambio de catexis del ser a un -- nuevo objeto altera la economía libidinal, pues la gratificación se busca ahora en un objeto en vez de uno mismo.

Finalmente diremos que la fase de la adolescencia propiamente; tiene dos temas dominantes: 1.- el revivir el complejo de edipo; 2.- la desconexión de los primeros objetos de amor.

Este proceso constituye una secuencia de renunciación de objetos y de encontrar objetos que promueven ambos el establecimiento de la organización de impulsos adultos. Se puede describir esta fase de la adolescencia en términos de dos amplios estados afectivos: 1.- de duelo y 2.- de estar enamorado.

El adolescente sufre una pérdida verdadera con la renunciación de sus padres edípicos y experimenta un vacío interno, - pena y tristeza que son parte de todo luto. Este es un aspecto psicológico importante en el período de la adolescencia; - la elaboración del duelo, es esencial para el logro gradual - de la elaboración del duelo, es esencial para el logro gradual de la liberación del objeto perdido. Esto requiere tiempo y repetición.

El aspecto de estar enamorado, es un componente más familiar de la vida del adolescente y señala el acercamiento de la libido a nuevos objetos. Este estado se caracteriza por un sentimiento de estar completo. El amor heterosexual a un objeto implica el fin de la posición bisexual de fases previas.

2.5 ADOLESCENCIA TARDIA:

Para Dupont, la tercera vertiente corresponde a los fenómenos que afectan a los que se denominan adolescentes mayores, quienes en realidad se encuentran en tránsito hacia la adultez.

Aquí encontramos hombres y mujeres que en diferente medida se involucran con roles formales que los obligan a emprender un nuevo proceso adaptativo; por un lado enfrentan la separación de su cultura adolescente, de la que persisten diversos remanentes algunos con marcada calidad creativa y otros con un anclaje resistencial hacia el cambio adulto. Lo significativo de esta vertiente es que los que la cursan se encuentran en tareas de compromiso, suelen estar cerca de la separación de los padres, o de haberla consumado ya. Hay quienes tienen pareja sexual y a veces hijos; suelen estar en actividades laborales o en proceso de preparación profesional. El común denominador, es un esfuerzo dirigido al logro de objetivos definidos que conllevan implícito el desempeño de un rol en el espacio de la realidad económica, política y cultural de la sociedad.

Esta vertiente contiene las mismas cualidades de crisis que las anteriores. La separación de un ámbito conocido y el arribo a otro desconocido en sus operaciones básicas fundamentales; en este caso el emprender tareas de compromiso requiere de la capacidad adquirida, de tolerar la frustración y de sostener el esfuerzo hacia el logro de los objetivos elegidos

y de poseer convicción, responsabilidad y un buen grado de -- autonomía.

La edad promedio en nuestra cultura es en torno a los 22 años. Sin embargo llegamos a un punto donde tenemos que hacernos la siguiente pregunta; ¿cómo conceptualizar la finalización del proceso adolescente?; con respecto a la finalización de éste, es menos evidente y marcado que en su inicio, pues ésta coincide con hitos somáticos mensurables tales como caracteres -- sexuales primarios y secundarios. Las repercusiones psicológicas de estas novedades somáticas han sido ampliamente estudiadas; se sabe cuando ha terminado el proceso somático de la pubertad pero no se tiene certeza en cuanto a cambios psicológicos, su tiempo de duración, su transitoriedad o estabilidad. Este sincronismo de los cambios somáticos y psicológicos, que es muy evidente durante la etapa temprana de la adolescencia, pierde su nitidez cuando se llega a la fase final de ella.

Esta afirmación hace hincapié en que ni la conclusión del crecimiento físico, ni la conclusión del funcionamiento sexual, ni el rol social de la autosuficiencia económica, son por sí mismos, índices confiables de la finalización de la adolescencia.

Erikson (28) ha sugerido la fase de "moratoria psicosocial" a la etapa entre la adolescencia y la adultez, considera a este lapso de prolongada vida preadulta, como la última etapa de la adolescencia ya que el desarrollo psicológico típico de este período, denominado consolidación, es una continuación directa del proceso adolescente.

Así como cualquier etapa evolutiva de la niñez, si se extiende más allá de su límite temporal o normativo, general un núcleo patológico o una perturbación manifiesta, así también la

adolescencia tiene un momento de cierre sea este normal o patológico.

La evaluación psicológica del nivel evolutivo de un individuo es algo sumamente difícil y sin embargo es un punto de referencia indispensable en la respuesta significativa de la pregunta sobre la finalización de la adolescencia.

El Yo, dijo una vez Hartmann, se define por sus funciones. -- Pete Blos hace una ampliación de este concepto y afirma: es el grado de coordinación e integración de las funciones Yoicas, viejas y nuevas, lo que determina la conclusión de cualquier etapa evolutiva. El concepto de tareas o desafíos evolutivos ha demostrado ser de mayor utilidad para describir y definir las etapas evolutivas. En lo que sigue, se recurrirá a este enfoque para responder acerca de como puede determinarse la conclusión de la adolescencia.

En principio, observamos una disminución gradual de los cambios de humor, hasta que se alcanza por último cierto grado de relativa apacibilidad, es decir se reduce la amplitud de estos cambios. Las emociones se ocultan ahora de modo selectivo y discriminatorio del mundo público y se privilegia la comunicación entre amigos y amantes. Esta capacidad de compartir selectivamente ciertos aspectos del Self, ya sea con el sector público o con el privado de la vida, sin sentirse dividido o desgarrado constituye un signo de que la adolescencia está pasando o ha pasado.

El intento de entenderse a si mismo, hace que la necesidad de ser entendido siempre, sea menos urgente, menos incontrolable y menos exaltada, esta nueva característica de la fase de consolidación, puede describirse también diciendo que la posibilidad de predecir la conducta y la motivación se vuelve con el tiempo más regular, hasta que la estabilización caracteró-

lógica reemplaza las predicciones tentativas y arbitrarias -- por un modelo establecido de conducta individual.

En la adolescencia tardía el principio de un plan de vida, de un esfuerzo por orientarse a una meta posible de alcanzar se vuelve factible.

Blos (29) enuncia que la formación del carácter y adolescencia son sinónimos si concebimos el carácter como la automatización de las respuestas o la conducta pautada que no permite alternativas, entonces podemos señalar otro aspecto de la conclusión de la adolescencia. Sin embargo cuando vemos en los niños ciertos rasgos de carácter, esto no quiere decir que -- sea lo definitivo ya que estos rasgos son el producto de actitudes yoicas estabilizadas mediante identificaciones, que como bien sabemos pueden sufrir una revisión radical durante la adolescencia.

La formación del carácter alcanza una condición de estabili--dad definitiva hacia el final de la adolescencia, cuando la -autonomía Yoica, en alianza con el ideal del Yo, desafía par--cialmente pero con eficacia el predominio del superyo. Esta--instancia psíquica que imperaba durante la niñez y que daba -pie a una lucha interminable entre la rebeldía y la sumisión, entre los sentimientos de impotencia y omnipotencia, de culpa y vergüenza, sufre durante la adolescencia una revisión crítica.

Una consolidación precoz del carácter, antes de la pubertad -debe considerarse una anomalía del desarrollo, ya que impide esa esencial elasticidad y flexibilidad de la estructura -psíquica sin la cual el proceso adolescente no puede seguir -su curso normal.

Hablando en términos generales la formación del carácter es-- un proceso integrativo y como tal se inclina a la eliminación del conflicto y del surgimiento de la angustia.

Blos contempla 4 tareas evolutivas que encierran el carácter y que reflejan el desarrollo pulsional y Yoico, llevando al - adolescente hacia la adultez y ellas son: la segunda indivi-- duación, la continuidad Yoica, el Trauma residual y la identi-- dad sexual:

1.- El segundo proceso de individuación:

La desvinculación objetal mediante la individuación en el nivel adolescente no ocurre en relación a los objetos externos, tal como sucedió en la niñez temprana; ahora tiene lugar en relación con los objetos interiorizados.

La formación más decisiva en la infancia y que deriva de las relaciones de objeto es el Superyo, los conflictos de la infancia dan origen a los numerosos rasgos de carácter y actitudes que en esta etapa es fácil de observar. Nuevas identificaciones, por ejemplo el grupo, toman sobre - si funciones superyoicas. Por significativas que sean es - tas estaciones de paso de la vida social, dejan de ser -- útiles cuando se desenvuelve e instrumenta un plan de vida, cuando el individuo es capaz de establecer relaciones objetales adultas y proyectar su Self hacia el futuro. Es entonces cuando sabemos que ha llegado a una consolda- - ción de la personalidad, que se ha dado un nuevo paso hacia la interiorización, que las congruencias y uniformida des interiores se han estabilizado y que la conducta y -- las actitudes han adquirido una fisonomía casi predecible, confiable.

2.- La continuidad Yoica.

Blos afirma que el desarrollo adolescente puede seguir -- si el Yo logra establecer una continuidad Histórica; ha-- cer una valoración del presente y futuro, en base a su -- propio esquema. Es la época en que se forma el joven su propia opinión sobre su pasado, presente y futuro (el pasa-- do se halla sujeto a una suerte de examen histórico).

En este momento asistimos al advenimiento del hombre cons-- ciente de sí, que por primera vez se percata de su vida -- ordinaria y única, que se extiende entre el nacimiento y la muerte. Es aquí donde la denominada angustia existen-- cial se experimenta. Las perturbaciones en la formación-- de la continuidad yoica o su patología clínica se refle-- jan con mayor claridad en los casos en que se presentan -- un tipo especial de distorsión de la realidad. Un ejem-- plo de ello es la aceptación de una representación defec-- tuosa como real y cierta, sacrificando así la veracidad -- de su propia percepción y cognición. La tarea de la ado-- lescencia es restaurar la integridad de los sentidos. El factor patógeno reside más bien en la imposibilidad de -- que accedan al nivel consciente, circunstancias que él -- cuando niño, compartió con otros, pero que luego se le -- prohibió (mediante gestos e insinuaciones) reconocer como reales.

En todo análisis surge la instauración de la continuidad-- del Yo, pero en el de adolescentes, ella tiene un efecto-- integrador y estimulante del crecimiento, que va más allá de la resolución del conflicto.

Hablaba en nombre de muchos aquel adolescente que dijo, -- no es posible tener un futuro si no se tiene un pasado; -- de nuevo observamos aquí, una tendencia hacia la interio-- rización o bien a una desvinculación del ambiente protec-- tor de los adultos que han actuado como guardianes del Yo -- inmaduro.

3.- El trauma residual.

Greenacre en 1967 dice: "no limito mi concepción del trauma a acontecimientos traumáticos sexuales, ni a episodios circunscritos, sino que he incluido las condiciones traumáticas o sea cualquier condición que parezca definitivamente desfavorable, nociva o sumamente dañina para el desarrollo del individuo".

El análisis de adolescentes mayores ha demostrado que la resolución del conflicto neurótico, la emancipación respecto de las fantasías infantiles, llevará a buen término la labor analítica sin que se hayan eliminado todos los restos del cimiento patógeno, sobre el cual descansaba la enfermedad.

Tales residuos han perdido su valencia nociva a causa de la maduración pulsional y Yoica, pero continúan requiriendo una contención constante, es decir, hay que seguir teniéndolos en cuenta en el mantenimiento de la homeostasis psíquica.

Suponemos que el trauma es una situación universal durante la infancia y que aun en circunstancias favorables deja un residuo permanente. El proceso adolescente, incapaz de superar el efecto desequilibrador de este residuo, lo asimila a través de la estabilización caracterológica o sea volviéndose acorde con el Yo.

Freud habla del efecto positivo y negativo del trauma - - (1939). La reacción negativa tiende a remover todo recuerdo o repetición de aquel, y por vía de las evitaciones, fobias, compulsiones e inhibiciones lleva a la formación del carácter reactivo. Los efectos positivos, son tentativas de volver al trauma su vigencia, vale decir, -

de recordar la vivencia olvidada, de hacerla real, de vivenciar de nuevo una repetición de ella. El apogeo de este logro integrativo se haya en el período final de la -- adolescencia, cuando la enorme inestabilidad de las funciones psíquicas y somáticas ceden sitio poco a poco a -- una modalidad de funcionamiento organizado e integrado, -- una vez que se ha vuelto parte integral del Yo; el trauma residual deja de alertarlo mediante la angustia-señal, ya que ha pasado a ser un organizador en el proceso de la -- formación del carácter.

El carácter, es pues equivalente a respuestas pautadas -- frente a situaciones de peligro arquetípicas a la angustia señal; en otras palabras, equivale a la conquista del trauma residual no merced a su desaparición o evitación, -- sino a su continuidad dentro de la formación adaptativa.

Del trauma residual emana, un tenaz impulso a la efectivización de esa forma interna de la personalidad que llamamos carácter. Su formación y función es más abarcadora -- que las influencias, identificaciones y defensas del Superyo. Opera en su formación un principio integrativo -- que une los diversos aportes y elementos confluyentes con vista a una ampliación de la autonomía secundaria del Yo. Dentro de esta esfera de impresiones clínicas se halla el concepto de identidad del Yo, Erickson 1956.

Greenacre en 1967 dice que toda vez que una vivencia traumática ha estado asociada a una fantasía subyacente, la fijación al trauma es más persistente que en aquellos casos en que éste era más moderado y circunstancial.

Blos afirma que la estabilización caracterológica del -- trauma residual promueve la independencia del individuo -- respecto de su ambiente, del cual emanó originalmente el-

daño traumático en una época en que el dolor equivalía a lo exterior, el self, o bien al no self.

4.- Identidad sexual.

Si bien la condición del varón o mujer es establecida a temprana edad, Blos ha sostenido que la identidad sexual con sus límites definitivos solo aparece en fecha tardía como proceso colateral a la maduración sexual de la pubertad.

Es una experiencia usual en las psicoterapias de adolescentes ver como la maduración de la sexualidad, se traduce en un proceso extraordinariamente difícil y lento; requiere el abandono de las idealizaciones infantiles del Self y del objeto. El persistente agrandamiento infantil, impide la formación de relaciones humanas adultas y estables. Solo habrá una relación duradera cuando el estado de ambivalencia madura y se estabilice estructuralmente en la adolescencia tardía.

Concluimos diciendo que la formación del carácter presupone que la identidad sexual ha avanzado a lo largo de un sendero que se va estrechando y que conduce a la identidad masculina o femenina.

La formación del carácter refleja los acomodamientos estructurales que han llevado a su término el proceso adolescente.

El grado en que hayan sido cumplidos o que se hayan integrado los cuatro procesos evolutivos, es lo que nos confirma con grado razonable de certeza, la etapa evolutiva de la adolescencia ha llegado a su conclusión.

Los problemas psicológicos no resueltos necesariamente --
subsisten, sin embargo, la integración estable de la per-
sonalidad adulta -el trabajo de la etapa de consolida- --
ción- proporciona a estos problemas una estructura pauta-
da e irreversible. La estabilidad caracterológica obteni
da de este modo indica que la adolescencia ha terminado.

S I N T E S I S

Características propias del proceso adolescente:

- Incremento de la tensión impulsiva (Freud 1905) sobre todo en la época preadolescente.
- Desequilibrio del funcionamiento intapsíquico. Un Yo que se debilita junto a un Superyo igualmente debilitado (Blos 1975) que solo tiene control a ratos.
- Predominan defensas como el ascetismo y la intelectualización (Freud A. 1975) que ante los embates de la presión impulsiva tienden a rigidizarse o a desmoronarse dando la impresión de defensas o muy fuertes o muy débiles.
- Una relación de objeto en movimiento, tratando de desprenderse con todo el temor y la necesidad de la primigenia relación objetal materna o incestuosa, hacia una relación de objeto no incestuosa pero con predominancia narcisista (Blos 1975).
- Ubicuidad temporal como si predominase el proceso primario y el tiempo no existiera; existe el presente, perdiéndose el pasado y mucho menos visualizar el futuro y si se alcanza a percibir está lleno de angustia e incertidumbre, no soporta la demora.
- Un proceso de identidad también en movimiento, partiendo de una posición bisexual, hasta adquirir una plena identidad psicosexual que culminará con una posible identidad total. (Blos Erikson 1975).
- El choque de estos procesos frente a factores sociales que se reflejan en un conflicto de autoridad. Son rebeldes y sumisos, las normas preestablecidas se oponen a sus intereses y valores sin embargo necesitan el apoyo y de la independencia necesarias para su evolución.

- Erikson señala que si bien los adolescentes protestan y se rebelan contra las normas sociales impuestas por los adultos también demandan límites realistas de ellos.
- Muchos de estos procesos tienen su manifestación conductual en base a un lenguaje no verbal, en base a un lenguaje corporal, confuso por simbólico o real.

CAPITULO III

HISTORIA Y ALGUNOS CONCEPTOS DE LA TEORIA PSICOANALITICA

Hacer un poco de historia de la Teoría Psicoanalítica nos lleva a recordar los momentos y etapas por la que atravesó, las modificaciones que sufrió, los conceptos que actualmente maneja, así como la descripción de su técnica.

Todo ello es importante ya que de esta teoría de la técnica - se fueron desprendiendo diferentes modalidades de abordaje terapéutico.

En este capítulo se retoman factores que desde el punto de -- vista psicoanalítico hacen que un tratamiento sea más prolongado; así mismo se da un marco conceptual a las psicoterapias breves, que se ha derivado de la teoría psicoanalítica, hasta llegar a la Psicoterapia de Esclarecimiento de Tiempo y Objetivos Limitados con los adolescentes, donde se describen las características específicas de esta técnica.

3.1 ENFOQUE HISTORICO DEL PSICOANALISIS:

La historia del psicoanálisis(30), puede resumirse de la siguiente manera: la observación original hecha por Breuer, era que los síntomas histéricos podían ser aliviados haciendo revivir al paciente, bajo hipnosis, los recuerdos y sentimientos penosos que había olvidado (reprimido).

Freud al hallar que no todos los pacientes podían ser hipnotizados, sustituyó este método por el de convencer a una paciente en estado de vigilia, sugestionándola de que había cosas que ella había olvidado y que podría recordar. Encontró que la sugestión era a menudo insuficiente para vencer la marcada

resistencia ofrecida por la paciente contra la recuperación de esos recuerdos. Estuvo en condiciones de superar esta dificultad cuando encontró que si pedía simplemente a la paciente que dijera qué acudía a su mente en conexión con sus síntomas, los recuerdos volvían de una manera disfrazada y simbolizada; y, cuando aprendió a traducir el disfraz, los recuerdos retornaban sin él. Con mayor experiencia comenzó a comprender que cualquier cosa que acudía a la mente de la paciente (no necesariamente con relación al síntoma) tenía una conexión con esos recuerdos o con la resistencia hacia los mismos, se concentró sobre esto último, hallando que cuando se señalaban las resistencias, los recuerdos podían recuperarse sin presión de ninguna clase. En esta secuencia que va desde la hipnosis, a través de la sugestión hacia la asociación libre, se puede observar claramente la tendencia del terapeuta a volverse cada vez más pasivo.

Durante ese tiempo, apareció un fenómeno completamente inesperado, los pacientes inevitablemente comenzaban a experimentar intensos sentimientos (transferencia) con respecto al terapeuta. Esto ya se había presentado en el caso tratado por Breuer con Anna O, y fue la causa de que Breuer abandonara por completo esa tarea. Freud descubrió que si le interpretaba al paciente esos sentimientos en realidad éstos no se referían al terapeuta, sino que se le transferían de alguna persona importante de la infancia del paciente, los mismos podían ser manejados sin poner en peligro la terapia y finalmente eran posibles resolverlos.

Mientras que los primeros pacientes parecían curarse mediante la recuperación de recuerdos comparativamente recientes y la interpretación de los sentimientos transferenciales a ellos vinculados, los pacientes posteriores tendían a recaer y solo podían ser curados descubriendo nuevos recuerdos y sentimientos, transferencias pertenecientes a una cada vez mas temprana infancia.

Así los análisis se prolongaron por otros dos fenómenos: el hecho de que solía descubrirse que un mismo síntoma tenía sus raíces en muchos recuerdos y sentimientos bastante separados, cada uno de los cuales debía ser descubierto antes de que se pudiera aliviar el síntoma (sobredeterminación) y el hecho de que con frecuencia cada raíz debía ser descubierta muchas veces en diferentes contextos y no de una vez por todas antes de que el alivio fuera permanente (necesidad de la elaboración).

Comenzó a reconocerse que el alivio precoz de los síntomas se debía simplemente a la satisfacción de la necesidad de amor del paciente que ofrece la situación analítica (cura transference) y que la recaída se produce frecuentemente ante la amenaza de terminación, solo podía invertirse al interpretar el enojo del paciente (transferencia negativa) por ser abandonado, relacionándolo con su verdadero origen de la infancia.

Mientras, la importancia de la transferencia va aumentando, lo que sigue es actualmente, la norma estandar de un análisis; existe un período inicial en el cual tanto las interpretaciones transferenciales como las no transferencias son "efectivas" y todo parece funcionar bien (la luna de miel); hay luego un período de resistencia en el cual a menudo se pierde el insight y en el que las interpretaciones anteriores se vuelven inútiles, finalmente se desarrolla un estado conocido como neurosis de transferencia, en el que toda la neurosis del paciente se expresa en su relación con el terapeuta, del que se vuelve extremadamente dependiente. Entonces las interpretaciones transferenciales resultan de algún valor, y solo después de que esta transferencia ha sido interpretada una y otra vez y relacionada con su origen en la infancia se puede resolver la situación. Entretanto el énfasis se ha desplazado gradualmente. La transferencia ha comenzado a ser considerada como el principal instrumento terapéutico.

La transferencia negativa es bien recibida, puesto que el odio inconsciente del paciente es considerado una poderosa -- fuente de neurosis; los recuerdos en especial los relacionados con traumas sexuales se consideran de menor importancia y actualmente se pone énfasis en la repetición de esquemas neuróticos infantiles en la relación con el terapeuta y en la adquisición gradual de insight de los mismos; y finalmente se sostiene que uno de los factores más importantes no es tanto el insight en sí mismo como la experiencia concreta de una -- nueva clase de relación con el terapeuta, mediante la cual -- pueden corregirse esos esquemas neuróticos.

Por lo tanto los factores que conducen a análisis más prolongados Malan (31) los resume en:

- 1.- Resistencia
- 2.- Sobredeterminación
- 3.- Necesidad de elaboración
- 4.- Raíces de neurosis en la temprana infancia
- 5.- Transferencia
- 6.- Dependencia
- 7.- Transferencia negativa
- 8.- Neurosis de transferencia

Esto se puede hallar en el paciente y resulta más claro, pero algunas de las tendencias hacia los análisis prolongados pueden muy bien deberse a factores del analista de los cuales -- registramos:

- 9.- Tendencia a la pasividad
- 10.- El sentido de intemporalidad transmitido al paciente
- 11.- La reciente preocupación por experiencias cada vez más -- profundas y tempranas

El resultado de todos estos factores ha sido que, mientras -- los primeros análisis tendían a durar unos pocos meses, ac-- tualmente un análisis que dure unos cuantos años no es nada -- llamativo.

3.2 BASES TEORICAS DE LAS PSICOTERAPIAS BREVES:

La concepción de la terapéutica breve es fiel a principios bá-- sicos formulados por Freud en un trabajo que adquiere singu-- llar significación dentro del tema que nos ocupa y que tal vez no se haya valorado lo suficiente. En una conferencia pronun-- ciada en Budapest en 1918 "Los caminos de la terapia psicoana-- lítica" Freud, adelanta lo que sobrevendría posteriormente en-- tre lo que hoy podemos incluir la aparición de los tratamien-- tos breves como un intento de posibilitar la asistencia a un mayor número de personas. Reconoce que se tropieza con incon-- venientes para lograrlo, derivados de las características pro-- pias del método psicoanalítico que limita la atención a pocos individuos, y de factores de orden económico.

Textualmente Freud dice "Quisiera examinar con vosotros una si-- tuación que pertenece al futuro y que acaso os parezca fantás-- tica. Pero a mi juicio parece que vamos aconstumbrando a -- ella nuestro pensamiento, sabéis bien que nuestra acción tera-- péutica es harto restringida, somos pocos y cada uno de noso-- tros no puede tratar más de un número limitado de enfermos al año, por grande que sea su capacidad de trabajo. Frente a la magnitud de la miseria neurótica que padece el mundo y que -- quizá pudiera no padecer, nuestro rendimiento terapéutico es -- cuantitativamente insignificante, además nuestras condiciones de existencia limitan nuestra acción a las clases pudientes -- de la sociedad".

En este capítulo se revisan algunos temas cuyo replanteo es decisivo al intentar configurar un marco conceptual para las psicoterapias breves.

No hay motivos para prescindir de teorías tan valiosas como la del inconsciente, el conflicto psíquico, la sobredeterminación, los mecanismos defensivos, la génesis de los sueños, -- las series complementarias, la transferencia y tantas otras -- que permiten comprender la problemática del paciente adolescente y del proceso terapéutico. Pero lo que en definitiva -- habrá que modificar es la técnica, que por múltiples razones -- no podrá continuar siendo la misma que la empleada en psicoanálisis y que deberá ajustarse al contexto.

Nos adherimos así a quienes proponen una psicoterapia breve -- de orientación psicoanalítica, pero entendemos que técnicamente debe ser algo muy distinto.

Ante la perspectiva de adoptar una técnica breve de base psicoanalítica se hace necesario, para poder definir mejor sus -- elementos principales, establecer una comparación con nuestro modelo original, el tratamiento psicoanalítico.

De este modo intentaremos aclarar cuales son los puntos de -- contacto de ambos métodos terapéuticos, así como también y -- muy específicamente, sus diferencias. (32)

Sumándonos a la iniciativa de algunos autores como Bellak, -- Small, Malan, etc. y con un propósito principalmente didáctico, consideramos 3 aspectos esenciales: 1.- Los fines terapéuticos, 2.- La temporalidad, 3.- La técnica.

LOS FINES TERAPEUTICOS.-

El psicoanálisis reconoce como meta fundamental el hacer consciente lo inconsciente. Pero la experiencia clínica permite comprobar que esta finalidad trae además aparejada la perspectiva de una reconstrucción de la estructura de la personalidad del analizado, lo cual involucra la resolución de conflictos básicos y sus derivados a través de la elaboración y el consiguiente logro de un mayor bienestar, con lo que se tiende a la eliminación o alivio de los síntomas de modo franco.

En la terapia de objetivos limitados como lo indica esta denominación, las metas son reducidas y más modestas que las del tratamiento psicoanalítico. La limitación de los objetivos terapéuticos es característica del procedimiento y se haya en función de necesidades más o menos inmediatas del individuo.

Los objetivos suelen plantearse en términos de superación de síntomas y problemas actuales de la realidad del paciente, lo que ante todo implica que se pueda enfrentar más adecuadamente a determinadas situaciones conflictivas, de tal manera que en la práctica se halle en condiciones de adoptar ciertas determinaciones cuando ello se revele necesario.

Mientras resulte posible, la solución de problemas inmediatos y el alivio sintomático deberán, en un sentido psicodinámico-responder al logro de un comienzo de insight, acerca de los conflictos subyacentes (lo cual supone en cierta medida también hacer conscientes aspectos inconscientes, aunque la meta central no sea esa).

La labor puede encararse desde el lugar del terapeuta con una visión dinámica como respondiendo al propósito de esclarecer y resolver, aunque de modo parcial una parte de la patología del paciente (Malan).

Siguiendo a Malan (33), lo que éste propone tendría la ventaja de permitirnos dar cabida a expectativas de resultados terapéuticos de alcances mayores que si concibiésemos las metas meramente como circunscritas a la remisión de un determinado síntoma o a la resolución de una situación crítica, explicándose así la posterior aparición de ciertos cambios en el paciente en lo concerniente a problemas de otras áreas de su vida, que incluso no llegan a ser mayormente tratados de manera explícita o directa durante la terapia, pero se hallan ligados en cierto modo con las perturbaciones que han sido objeto de nuestro abordaje terapéutico.

Al profundizar en el tema de los objetivos terapéuticos, vemos que no son en realidad tan limitados, ya que dicha técnica incluye la presencia de otras metas, valiosas, implícitas y constantes, vinculadas a las enunciadas que se pueden concebir en términos de recuperación de la autoestima y adquisición de conciencia de enfermedad.

LA TEMPORALIDAD.-

Mientras que un tratamiento psicoanalítico la duración no es determinada de antemano y se prolonga durante años, en las llamadas terapias breves suele fijarse previamente y ser más corta, de unos meses por lo general. Stekel, ha puntualizado la incidencia favorable que en el proceso terapéutico podía tener la limitación temporal establecida de antemano, la que estimularía el progreso de la terapia. Por lo pronto cabe señalar que cuando se fija un plazo de terminación, este crea invariablemente una situación diferente a la psicoanalítica, gravitando de modo decisivo en los distintos aspectos del vínculo terapéutico, en especial en la finalización del tratamiento. La limitación temporal confiere a la terapia una estructura más definida de "principio, medio y fin" introduciendo en definitiva, en la relación terapéutica un nuevo elemen-

to de realidad, que desalienta en el paciente la producción - de fantasías regresivas omnipotentes de unión permanente con el terapeuta. Tales fantasías se desarrollan y manejan con - más facilidad en el contexto del tratamiento psicoanalítico - que en el de la terapia de objetivos limitados.

LA TECNICA.-

El método breve puede diferenciarse técnicamente del psicoaná-
lisis, por ello se desarrollan los siguientes puntos:

- La labor con los conflictos.
- Regresión, dependencia, transferencia, neurosis de trans-
ferencia.
- El problema de la resistencia.
- Insight y elaboración.
- Fortalecimiento y activación de las funciones yoicas.
- Focalización.
- Planificación.

La labor con los conflictos.- Puede establecerse claras dife-
rencias entre una psicoterapia de objetivos limitados y un --
tratamiento psicoanalítico en lo que respecta al abordaje de
los conflictos psíquicos del paciente.

Recordemos como se tratan los conflictos en psicoanálisis, la
investigación psicoanalítica nos demuestra que las situacio--
nes conflictivas actuales del individuo están vinculadas con
conflictos infantiles de los que en realidad derivan.

Los conflictos infantiles genéticos se producen como sabemos
en relación con los objetos primarios del sujeto, siendo su -
naturaleza edípica o preedípica. Durante el tratamiento ana-
lítico el paciente revive dichos conflictos (sobre todo en el
seno de la relación transferencial) que son profundamente ana

lizados a fin de lograr su resolución (y sus derivados) por medio del trabajo elaborativo (elaboración de los conflictos).

En las psicoterapias de objetivos y tiempo limitados hay, como primer elemento distintivo deseable, una elección de los conflictos (derivados) a tratar, que recaerá en los que prevalecen por su urgencia y/o por su importancia, es decir que -- subyacen al problema actual motivo del tratamiento. Es habitual que la labor terapéutica se circunscriba a encarar solamente derivados del conflicto primitivo infantil, sin ahondar en éste, evitando una excesiva movilización afectiva, sobre todo, que favorezca la regresión. El terapeuta deberá centrarse preferentemente en los factores determinantes actuales de esos conflictos subyacentes, esto bastará a menudo para lograr buenos resultados, y principalmente para lograr los objetivos propuestos.

En algunos tratamientos breves es necesario y posible enfrentar al paciente con el conflicto original. Esto ocurre cuando en el transcurso del tratamiento se tiene la impresión de que de otro modo no se obtendrán mayores progresos y/o cuando aspectos de ese conflicto se hallan muy próximos a la superficie psíquica del paciente. En ocasiones es el paciente mismo, si tiene cierta capacidad de insight, quien trae a colación el conflicto infantil, relacionándolo con su situación infantil. En tales situaciones el terapeuta puede hacer una labor interpretativa de ciertos componentes básicos en especial los que estén inmediatamente vinculados a la problemática focal.

A diferencia de lo que se hace en psicoanálisis con la interpretación, en la psicoterapia de objetivos y tiempos limitados, la tarea es parcial de los conflictos del paciente, circunscrita a aquellos que han sido escogidos y que a su vez se abordan de un modo parcial.



El resultado es una resolución parcial, consistente en la producción de ciertos cambios dinámicos en los conflictos, muchas veces suficientes para lograr beneficios terapéuticos nada desdeñables.

Regresión, dependencia, transferencia, neurosis de transferencia.- Los fenómenos regresivos de transferencia, dependencia y neurosis de transferencia se hallan íntimamente relacionados con el psicoanálisis. Haremos referencia a estos conceptos de manera conjunta en un intento de aclarar las diferencias que en estos aspectos presenta el tratamiento de objetivos y tiempo limitados.

La regresión puede entenderse como el proceso por el cual cobran vigencia estados o modos de funcionamiento psíquico pertenecientes a etapas anteriores del desarrollo del individuo. Freud se ocupó del concepto de regresión en distintos contextos; la enfermedad mental, la transferencia con el analista, los sueños, y la clasificó de 3 clases: tópica, temporal y formal.

Aquí nos referiremos solamente a la regresión temporal en la transferencia con el terapeuta.

En el proceso analítico se trata de favorecer por distintos medios (posición acostada, libre asociación, silencio del analista, frecuencia de las sesiones) una regresión vivencial, la cual representa un medio esencial para lograr el fin terapéutico. La regresión es necesaria para revivir los conflictos originales en su relación con el analista (neurosis de transferencia) y la elaboración consiguiente. Esto implica además que la regresión operada produce un incremento en la dependencia del paciente con relación al analista, quien suele representar figuras parentales. Se espera que el proceso regresivo se revierta a lo largo del camino terapéutico dando

lugar a un crecimiento psicológico paulatino, que hará que el paciente asuma una conducta más adulta en su vida.

Para comprender las distintas peculiaridades del vínculo terapéutico en las terapias de tiempo y objetivos limitados, es preciso tomar los conceptos de la transferencia y neurosis de transferencia.

Laplanche y Pontalis (34) describen la transferencia como "el proceso en el cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos dentro de un determinado tipo de reacción establecida con ellos y de un modo especial, dentro de la relación analítica" "se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad".

En cuanto a la neurosis de transferencia, diremos que es la reproducción de la neurosis infantil en la relación con el -- analista. Presupone la reedición selectiva de determinadas -- situaciones y mecanismos infantiles en la relación terapéutica, citando nuevamente a Laplanche "es una neurosis artificial en la cual tienden a organizarse manifestaciones de -- transferencia".

French dice que la neurosis de transferencia es una "masa de pautas de conducta neuróticas estereotipadas puestas de manifiesto en la situación analítica".

La transferencia inicialmente considerada por Freud era un -- obstáculo para el tratamiento, pasó luego a ocupar un papel -- decisivo en la cura, hasta convertirse su análisis en la tarea central. De aquí se desprende que en el psicoanálisis se permite y se promueve la neurosis de transferencia.

En las psicoterapias de objetivos y tiempo limitados, no es -- conveniente favorecer el desarrollo de la regresión, ni el de

la neurosis de transferencia. Los mecanismos terapéuticos no se sustentan en el análisis y resolución de la neurosis de -- transferencia, dado que las condiciones del paciente y/o el -- encuadre no son aptos para tales fines, por otra parte como -- las metas terapéuticas no están dirigidas a la reestructura-- ción ni a resolver conflictos básicos, sino a mitigar algunos padecimientos actuales, no sería coherente establecer una re-- lación regresivo dependiente, transferencial neurótica.

El tratamiento en lugar de fomentar la dependencia del pacien-- te, debe propender a la estimulación y afianzamiento de su -- iniciativa personal, es decir de sus capacidades autónomas.

El problema de la resistencia.- En el tratamiento psicoanalí-- tico llamamos resistencia a los diversos obstáculos que el ana-- lizado opone a su acceso al propio inconsciente, esto es a la labor analítica y a su curación.

El análisis exhaustivo de las resistencias constituye una par-- te imprescindible de todo tratamiento psicoanalítico. La pro-- longación de este se debe en gran medida a la necesidad de -- elaboración de aquellas.

En las terapias breves también surgen resistencias, su análi-- sis no es del mismo carácter intensivo que en el psicoanáli-- sis, en los tratamientos breves, algunas defensas son combati-- das, es decir analizadas, otras son respetadas o aún reforza-- das, de acuerdo con lo que resulte indicado en cada caso.

Insight y elaboración.- Grinberg (35) dice "el insight es la adquisición del conocimiento de la propia realidad psíquica", tal conocimiento presupone una participación afectiva no sola-- mente se trata de comprender en un sentido intelectual.

La elaboración tiene un significado complejo, pero una enunciación sencilla la describe como "el proceso por el cual un paciente en análisis descubre gradualmente, a través de un lapso prolongado, las connotaciones totales de algunas interpretaciones o insight". La finalidad de las interpretaciones del analista es promover el insight. La elaboración como labor de profundización del paciente, traerá aparejado que éste asimile las interpretaciones correctas del analista, condición esencial del éxito terapéutico.

La elaboración requiere tiempo (causa de la prolongación del tratamiento) y trabajo (labor analítica) contando con la presencia y participación del analista, interviene la regresión, se deben superar las resistencias y un análisis exhaustivo de los conflictos, dentro del marco de la neurosis de transferencia.

¿Podemos hablar de insight en los tratamientos breves? Sí, - con ciertas salvedades, propiciar la adquisición del insight - especialmente de los psicodinamismos relacionados con el trastorno actual, motivo del tratamiento deben ser el principal propósito en la terapia dinámica breve. La técnica breve demanda peculiares restricciones para el insight del paciente.

Respecto a la extensión.- Dadas las limitaciones del encuadre, sobre todo si existe un período corto en su duración, solo tenemos la alternativa de proporcionar lo que podríamos considerar experiencias iniciales de insight un autoconocimiento limitado por las dificultades comprendidas dentro del foco terapéutico.

En cuanto a su tipo y profundidad, mientras en el insight psicoanalítico tiene su seno en una atmósfera regresiva que lo favorece, en la psicoterapia breve la búsqueda de insight está dirigida con más frecuencia hacia las relaciones del suje-

to con los objetos externos de su vida cotidiana y presente. Karno sostiene "no se puede sostener con tanto énfasis que el insight de la transferencia sea el único tipo de insight que sirve a la reorganización y a la reintegración del Yo".

Szpilka y Knobel sugieren que en terapias breves el insight - posea una "mayor participación cognitiva que afectiva" habrá que tender a que el paciente más que revivir en la relación - transferencial las situaciones infantiles determinantes de su problema actual, las comprenda.

No se habla de elaboración en el mismo sentido que en psicoanálisis, en todo caso el trabajo de real elaboración será escaso, máximo si existe límite de tiempo.

Sin embargo es posible concebir la existencia de un proceso - distinto cualitativamente del de la elaboración analítica, -- sin la profunda reestructuración que ella implica y sí básicamente circunscrita a la problemática focal, un proceso imperfecto, incompleto pero de cambio al fin.

Finalmente cabe agregar que en una terapia de objetivos y - tiempo limitado, el insight y la elaboración han de ser en -- buena medida estimulados, facilitados y agilizados mediante - el papel activo del terapeuta, dadas las condiciones de la focalización y de la corta duración del tratamiento.

Fortalecimiento y activación de las funciones yoicas.- En -- las psicoterapias breves es meta terapéutica el aumentar las funciones yoicas sanas del paciente y su capacidad para las - relaciones objetales, es importante confirmar aspectos de su conducta que indican un funcionamiento sano.

Greenson (36) dice, muchos de nuestros pacientes necesitan tener la experiencia de que les reconozcan y respeten sus fun--

ciones yoicas y sus relaciones objetales adecuadas, esto es - importante en estas terapias de las cuales el paciente debe - emerger fortalecido y reafirmado en sus capacidades yoicas recuperando su facultad resolutive en situaciones de conflicto.

Focalización.- A diferencia del psicoanálisis la psicoterapia de tiempo y objetivos limitados está "enfocada" hacia determinada problemática, que adquiere prioridad dada su urgencia o importancia.

Planificación.- Es otro rasgo que la distingue del psicoanálisis. Junto a las metas y a la duración del tratamiento se fijan las pautas fundamentales del proceso terapéutico que -- comprende un plan de tratamiento previo al desarrollo del mismo y que llega a cubrir hasta la etapa final la evaluación de resultados.

CAPITULO IV

PSICOTERAPIA DE ESCLARECIMIENTO DE TIEMPO
Y OBJETIVOS LIMITADOS

Técnica del Tratamiento.-

En términos generales como objetivos de esta técnica se incluyen los de atenuación y supresión de ansiedad para favorecer un retorno a la homeostasis, y se agrega el desarrollar en el paciente una actitud de auto-observación y un modo de comprender sus dificultades.

La estrategia consiste en establecer una relación de indagación, para esclarecer las conexiones significantes entre la biografía y la transferencia de vínculos básicos conflictivos de las relaciones actuales; entendiendo estos focos de conflicto se aclarará la situación de crisis, y así se estimula el aprendizaje por la autocomprensión. (37)

La relación terapéutica asume en gran medida el carácter de relación de apoyo, con la diferencia de que pueden funcionar con una menos disociación entre objetos buenos y perseguidores, al introducir conductas, al esclarecer aspectos idealizados y hostiles de la transferencia.

Esta técnica establece un proceso de aprendizaje no basado en la regresión transferencial, se opera en un contexto de discriminación antes que de ambigüedad, frustración o privación sensorial, esto reforzado por la relación frente a frente que permite discriminar entre la persona real del terapeuta y de su rol específico.

Con esta estrategia la conducta del terapeuta es discretamente cálida, espontánea en cuanto a favorecer un diálogo y es activa en lo referente a proveer explicaciones "pedagógicas"-

acerca del método de tratamiento, característica del funcionamiento mental, expectativas sobre la evolución.

La relación de paciente-terapeuta es básicamente complementaria, pero reclama del paciente un papel activo, en el que -- aporta datos para la búsqueda y que identificado con el rol -- del terapeuta, hace sus propias formulaciones.

En esta técnica los silencios breves, el terapeuta debe manejarlos con interpretaciones, señalamientos y preguntas.

La transferencia idealizadora es tácitamente aceptada mientras no distorsione la tarea, el paciente no se torne pasivo y amenace a una situación de apoyo.

La situación de hostilidad transferencial debe ser explicitada inmediatamente como actualización de la biografía o como -- desplazamiento de otros vínculos actuales, atenuando así la -- persecución del paciente.

Las interpretaciones transferenciales tienen la función de diluir obstáculos para permitir una relación de carácter "docente" y una función esclarecedora que podría enriquecer la comprensión de una perspectiva cuyo foco no es la relación transferencial misma, sino las relaciones interpersonales en su vida diaria, pasada y actual, así como los procesos intrapersonales involucrados en las mismas.

Fiorini (38) sugiere que antes de la finalización del contrato terapéutico las sesiones deben esparcirse y que estas separaciones deben ser tomadas con un enfoque perspectivo, como -- ocasiones de prueba que permiten evaluar como enfrenta el paciente nuevas tareas adaptativas.

LOS EJES DEL PROCESO TERAPEUTICO

En todas las psicoterapias actúan múltiples mecanismos que influyen para los cambios, por ejemplo (la catarsis, el insight, los cambios ambientales, etc.), sabemos que esto sucede, pero no tenemos idea de su organización.

Fiorini intenta localizar ciertos ejes que en el movimiento - terapéutico impulsan el cambio, intenta identificar "fenóme-- nos pilares".

Desde aquí se definen los ejes del proceso en estos términos: producir en el paciente una activación de sus funciones yoiccas, que le permita entender de modo focalizado la problemática inserta en una situación específica, en base a la guía, el estímulo y al vínculo que se vive en la relación de trabajo - con el terapeuta, con la correlativa activación de las funciones yoicas de este último.

FOCO

Proceso Terapéutico
(encadenamiento de diversas in-
fluencias de cambio y sus
efectos, con cierto
margen de desa-
rrollo autónomo)

Relación de Trabajo per-
sonificada

ACTIVACION DE FUNCIONES
YOICAS (del paciente y
terapeuta)

La definición subraya tres pilares sobre los que se monta un sistema de influencias de cambio: la activación yoica, elaboración de un foco, relación de trabajo.

En la marcha del proceso terapéutico es necesario evaluar la eficiencia con que se logre asentar cada uno de estos ejes, - su desarrollo y su relación con los otros.

Tal evaluación debe permitir rectificar la indicación terapéutica: si no se cuenta con un potencial de funciones yoicas -- activables, si no se puede delimitar un foco, si la relación de trabajo es muy interferida por obstáculos transferenciales-contratransferenciales, será escasa la eficiencia que logre la psicoterapia de esclarecimiento de tiempo y objetivos-limitados.

Por otra parte si el proceso terapéutico es correcto, no se establecen de base diferencias cualitativas entre una psicoterapia de 3 a 6 meses, de una de 7 a 17 o una más prolongada, - dado que en ese caso el foco podrá ir ampliándose, podrán sucederse distintos focos a lo largo del proceso, pero la estructura básica montada será esencialmente la misma.

EL CONCEPTO DE FOCO

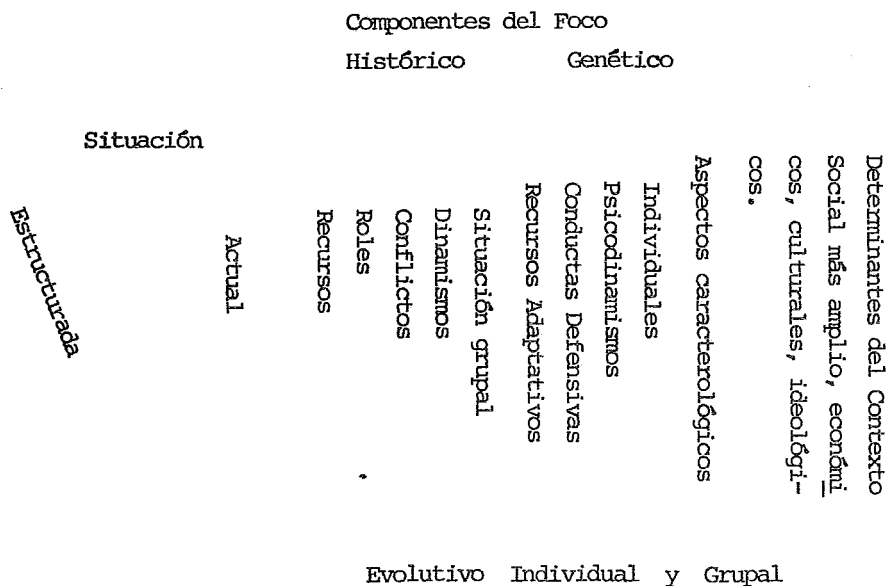
En la práctica psicoterapéutica el foco tiene un eje central. Con frecuencia está dado por el motivo de consulta, que serían los síntomas más perturbadores, situaciones de crisis, - que alarman al paciente o al grupo familiar. Ligado al motivo de consulta se localiza cierto conflicto nuclear exacerbado. Resumiendo sería: Motivo de consulta, conflicto nuclear subyacente, situación grupal; estos son los aspectos que condensan un conjunto de determinaciones; nuestro trabajo analítico será entonces identificar zonas de ese conjunto de determinantes. El estudio de los diversos componentes de la situación deberán hacerse en el sentido de despliegue de "niveles de análisis" entendidos como estratos funcionales enraizados en la situación, actualizados y totalizados por ésta.

- Con este enfoque es posible deslindar la situación que podemos caracterizar como aspectos caracterológicos del paciente, como dinamismos interpersonales, modalidades defensivas selectivamente movilizadas por la situación, etapas no resueltas del desarrollo infantil etc.
- Así mismo es posible reconocer aspectos histórico-genéticos individuales y grupales reactivados.
- Otra zona es la situación del momento evolutivo individual y grupal las tareas que se desprenden de necesidades propias de ese momento y la perspectiva global de esa etapa. Gran parte de la conflictiva agudizada deriva no solamente de la reactivación de conflictos infantiles, sino de choques entre las limitaciones dadas por la persistencia de esos conflictos y las necesidades propias de la etapa evolutiva que urgen a una satisfacción, urgencias a la vez subjetivas como la autoestima y objetivas como presiones sociales para la maduración y la eficiencia.
- Esta serie de componentes debe estar en relación con momentos que podemos localizar como una zona de determinantes del contexto social más amplio; como las condiciones económicas, laborales, culturales, ideológicas que intervienen de muchas maneras.

Lo que hacemos en nuestro examen analítico es reconfigurar una estructura, construir un modelo de la situación que intenta dar cuenta de los dinamismos, articulaciones, encajes, potenciaciones y oposiciones de una totalización.

En esta noción totalizadora de situación donde pueden encontrar su marco aportes parciales propios de conceptualización psicodinámica, como las ansiedades, fijaciones, comunicacionales; como las modalidades en el manejo de los mensajes, alianzas, o psicosocial como los roles que fijan los mitos, y las tareas grupales.

En el siguiente diagrama Fiorini intenta resumir estas ideas sobre la estructura del foco.



El foco contiene esta serie de componentes condensados en la situación estructurada y las articulaciones del conjunto dependen a su vez de otro conjunto de factores propios de la situación terapéutica que identificamos como reguladores del foco.

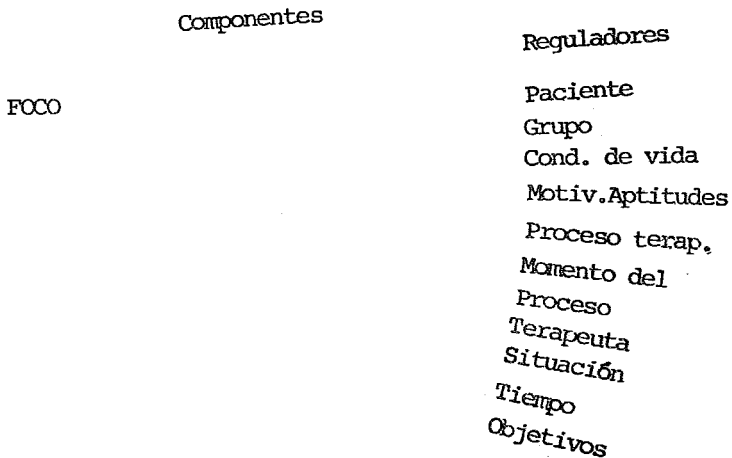
En muchos momentos del proceso la tarea no abarca la totalidad de los componentes de la situación sino que se centra en algunos de ellos, la profundidad con que se explore cada zona y la amplitud con que pueda comprenderse la estructura total depende de una serie de factores reguladores.

Estos son:

- Desde el paciente y su grupo familiar; como condiciones de vida, cultura, ocupaciones, motivación, aptitudes para el tratamiento etc.

- Desde el terapeuta y la institución; como esquemas teóricos, recursos técnicos, disponibilidad de personal y espacios, estilos de supervisión, factores de tiempo, objetivos y técnica.
- En cada momento del proceso no obstante, la focalización adquirirá una amplitud particular.

La focalización y sus reguladores se representan en el esquema siguiente:



Este conjunto de reguladores delimita la situación total, lo esencial está en que cualquiera que sea el elemento explorado éstos sean comprendidos como integrantes estructurados-estructurantes de la situación.

El trabajo con el foco seguirá:

- El paciente inicia la sesión con material disperso, hecho de episodios recientes, recuerdos, observaciones, etc.
- Transcurrido un tiempo el terapeuta interviene para preguntar en una dirección específica, o bien reformula el relato, subrayando de manera selectiva ciertos elementos-

del relato significativos desde la situación de foco.

- El paciente recibe esta reformulación y empieza a operar con ella: produce asociaciones guiadas por la nueva dirección impresa a la tarea, amplía elementos recortados por el terapeuta.
- Nuevas intervenciones del terapeuta tomarán elementos parciales componentes de la situación, para ahondar en ellos, en un doble movimiento analítico-sintético. Un movimiento donde se trabaja a la vez los detalles y sobre el conjunto.

A lo largo del proceso terapéutico, el foco puede ir modificándose, puede ir desplegando una sucesión de focos, cada uno de ellos caracterizando una etapa, de ahí, el que tanto terapeuta como paciente suelen desde el inicio plantearse la posibilidad de reabrir contratos, el paciente suele proponer una seriación, privilegiando una situación en cada etapa, por -- ejemplo primero el eje puesto en la problemática de pareja, -- para pasar a proponer un nuevo eje de su elección vocacional.

LA RELACION DE TRABAJO

La modalidad de esta relación terapéutica, podrá definirse -- desde su carácter de comunicación cercana en estilo a la relación interpersonal cotidiana: Dos o más interlocutores sostienen un diálogo con ritmo, gestos, posturas y mímica verbal habituales, comparten una tarea en una relación igualitaria, aunque con roles distintos.

Dadas las particulares características de esta modalidad terapéutica, requieren del terapeuta un conjunto de rasgos generales que propiciarían la tarea, así como los reajustes pertinentes acordes con las necesidades propias de cada caso.

- 1.- Contacto empático: al evidenciar de manera no ambigua que es capaz de comprender lo que el paciente expresa, a través de gestos y verbalizaciones que indican que está siendo escuchado con interés facilitando y promoviendo la comunicación.
- 2.- Calidez: mostrada por el terapeuta a través de gestos y tonos de voz, que indican a la persona que está tratando, que no es indiferente. Expresiones de sentimientos, como la ternura, la solidaridad y simpatía enmarcan una vez más la condición humana de relación.
- 3.- Espontaneidad: misma que contribuye a crear un clima de libertad, creatividad y permisividad, una vez más a través de modelos corporales, gestuales o verbales, que habla de alguien que es capaz de reír, jugar y también de sufrir sin barreras forzadas, invitando al paciente a expresarse más libremente.
- 4.- Iniciativa: el rol del terapeuta es activo, estimula a la tarea, así como las capacidades del paciente aplicables a la misma. No se queda demasiado tiempo quieto ni silencioso, sino que interroga, orienta, propone e inclusive toma la iniciativa, permitiendo un enriquecimiento en la labor así como una constante activación de las capacidades propias del paciente.
- 5.- Actitud docente: desde el inicio y durante el proceso, deberá aplicar y apoyarse en ciertos principios pedagógicos generales como son: motivar al paciente para la tarea, -- clasificar sus objetivos y reforzar todo logro en la dirección de esos objetivos (estratégicos y tácticos). Así mismo debe estar atento a dar a sus intervenciones formas, modos de construcción y palabras que facilitan su comprensión. Habrá de preocuparse por colocar su manera de razonar.

nar, sus inférencias y los datos de los que parte, al alcance del paciente ya que lo que importa para éste no son meramente sus resultados, sino el modo de procesar la información.

Incluso la utilización de otros recursos como esquemas, - fotografías y grabaciones pueden ser utilizadas para facilitar el proceso de investigación y comprensión de la problemática.

PERSONIFICACION DE LA RELACION DE TRABAJO

Flexibilidad.- Es entendida la flexibilidad del terapeuta como el ajuste y la adecuación de sus capacidades y recursos -- técnicos a necesidades muy particulares de cada persona en -- tratamiento.

Poder dar respuesta a esa demanda requiere de una peculiar capacidad del terapeuta, hecha de sensibilidad para registrar - aquellos indicios y de flexibilidad para seleccionar sus instrumentos en función de la estructura de aquella demanda.

La intuición del terapeuta se mide por su capacidad de ajuste automático a la demanda.

La flexibilidad del terapeuta reside entonces en su disponibilidad de un amplio espectro de respuestas que permita al paciente organizar su campo, ir delegando sus necesidades según secuencias enteramente particulares.

INSTRUMENTOS DE LA TECNICA

Las intervenciones del terapeuta, son los instrumentos esenciales de el quehacer terapéutico; de allí que clarificar el sentido del empleo de cada una de estas intervenciones y su -

valor como agentes de cambio redundará en múltiples beneficios para las personas implicadas en la tarea así como para los objetivos que persiguen.

1) Interrogar al paciente

Es pedir datos precisos, ampliaciones y aclaraciones del relato, explorar en detalle sus respuestas. Este recurso se emplea a lo largo de todo el proceso terapéutico y no solo en sus comienzos.

El indagar con una actitud investigadora tiene además otras ventajas, como consultar a la conciencia del paciente, sondear las limitaciones y distorsiones de la misma, y también como una manera de indagar en la perspectiva que el paciente se hace de su situación.

2) Proporcionar información

Desde una perspectiva global, el terapeuta que trabaja con adolescentes, no solo se avoca al quehacer clínico propiamente dicho ya que tarde o temprano se enfrenta a otro tipo de necesidades y roles que el paciente adolescente demanda de él. Uno de los roles y el más frecuentes es el de la docencia. El proporcionar información general que enmarca la problemática del paciente, cumple un rol terapéutico específico; crea una perspectiva desde la cual los problemas del paciente, con toda su singularidad, dejan de ser vistos como algo estrictamente individual que "solo a él" le pasan. En caso contrario sin este marco de referencia puede mantener o favorecer un clima persecutorio que en el mejor de los casos entorpecería el progreso.

3) Confirmar o rectificar los criterios del paciente sobre su situación

La rectificación permite poner de relieve los escotomos

del discurso, las limitaciones del campo de la conciencia y el papel de las defensas.

La confirmación por parte del terapeuta, contribuye a consolidar en el paciente, confianza en sus propios recursos Yoicos; esto significa que cuando el terapeuta esté de -- acuerdo con la interpretación del paciente, lo confirme, - y estimular así su potencial de crecimiento.

4) Esclarecimiento

A través de reformular el relato del paciente, se da énfasis a ciertos contenidos y relaciones del mismo, apuntando a lograr un despeje en la maraña del relato del paciente, a fin de dar relieve a los elementos significativos.

Con este tipo de intervenciones, el paciente aprende a -- discriminar y seleccionar sus vivencias para comprenderse. Los esclarecimientos, sientan las premisas para que en algún momento otras intervenciones de tipo interpretativo - por ejemplo, puedan ser activamente elaboradas.

5) Recapitulaciones

Pretende resumir puntos esenciales surgidos en el proceso exploratorio de cada sesión y del conjunto del tratamiento. Se incluyen también, elementos temporales pasados y presentes que permiten un mejor esclarecimiento para la - situación actual. Al igual que los esclarecimientos, este tipo de intervenciones estimulan la capacidad de síntesis. Se debe tener cuidado de no tomarla como inductora- de cierres estáticos; esta actividad de síntesis es fundamental en el proceso terapéutico para producir recortes y cierres provisionarios (peldaños de una escalera móvil).

6) Señalamientos

Señalar relaciones entre datos, secuencias, constelaciones significativas, capacidades manifiestas y latentes -- del paciente, recortan eslabones de una secuencia, llamando la atención sobre componentes significativos de esa experiencia habitualmente pasados por alto, mostrando relaciones peculiares que estimulen al paciente a interpretar se a partir de los elementos recortados. Es un llamado a su capacidad de autocomprensión.

7) Interpretaciones

Interpretar el significado de las conductas, motivaciones y finalidades latentes, en particular las conflictivas, -- introduce una racionalidad posible, allí donde hasta donde había datos sueltos, inconexos, ilógicos o contradictorios para la lógica habitual.

Con frecuencia induce también el pasaje del nivel de los hechos al de las significaciones. Es importante señalar que toda interpretación es una hipótesis. Su verificación en consecuencia se cumple, como un proceso siempre -- abierto y jamás terminable.

Las formulaciones en psicoterapia deben cubrir un amplio espectro:

- a- proporcionar hipótesis sobre posible conflictos actuales en la vida del paciente, es decir sobre sus motivaciones y defensas.
- b- reconstruir determinadas constelaciones históricas -- significativas.
- c- explicitar situaciones transferenciales de peso en el proceso.
- d- rescatar capacidades del paciente negadas o no cultivadas.

- e- hacer comprensible la conducta de los otros, en función de nuevos comportamientos del paciente (ciclos de interacción comprensibles en términos comunicables).
- f- destacar las consecuencias que derivarán de encontrar el paciente alternativas capaces de sustituir estereotipos personales y grupales.

8) Sugerencias

Con estas intervenciones, el terapeuta propone al paciente, conductas alternativas, lo orienta hacia ensayos originales, con la finalidad de proporcionar insight desde nuevos ángulos y además anticipatorios. Esto facilitaría una comprensión previa a la acción.

9) Intervenciones directas

Es necesaria una intervención directiva en todas aquellas situaciones en las que el paciente se encuentra sin los recursos Yoicos necesarios (es decir, sin los mecanismos adaptativos de fuerza y diversidad suficientes) para manejar una situación traumática, siendo por lo común víctimas de una ansiedad excesiva que tiende a ser en sí misma invalidante o agravante de las dificultades propias de la situación. Este instrumento deja de utilizarse hasta el preciso instante en que el paciente recupera o adquiere los recursos Yoicos necesarios para lograr autonomía y capacidad de elaboración, en cuyo caso las intervenciones directivas pasan a ser contraproducentes.

LAS FUNCIONES YOICAS

Para entender la dinámica de la conducta, así como los mecanismos de acción de las influencias correctoras sobre la conducta es importante el estudio de las funciones Yoicas. Varios autores destacan, que el éxito o fracaso de la psicoterapia

pia, depende de la evolución adecuada o del descuido de los recursos Yoicos.

Se nos presentan ciertas distinciones conceptuales como tarea para comprender los cambios Yoicos en el proceso terapéutico, y estas son:

Funciones Yoicas

- a.- Funciones yoicas básicas; dirigidas al mundo exterior, a los otros y a los aspectos de sí mismo: como la percepción, atención, memoria, pensamiento. Planificación o programación de la acción, actividades de tanteo y rodeo, ejecución, control y coordinación de las acciones. Estepotencial de acción "libre de conflictos" es reversible, móvil en cuanto a su amplitud, pero constatable en base a la capacidad de ajuste de la conducta evaluada.
- b.- Funciones defensivas; dirigidas a neutralizar ansiedades mediante diversas modalidades de manejo de conflictos - creados entre condiciones de realidad impulsos y prohibiciones.

Estas funciones defensivas (disociación, evitación, negación) no se colocan al lado de las que llamamos básicas, ya que actúan simultáneamente con ellas, a menudo las interfieren en sus fines de ajuste.

La represión actúa no solo sobre afectos e impulsos, sino a la vez afecta a percepciones recuerdos, pensamientos y ejecuciones motoras.

- c.- Funciones integradoras, sintéticas u organizadoras; se trata de funciones de tercer orden, es decir, que constituyen un estrato funcional superpuesto jerárquicamente a los anteriores.

Permiten mantener una cohesión, una organización. La fuerza de estas funciones integradoras se pone a prueba particularmente, cuando frente a cambios en la situación debe el sujeto reorganizar sus relaciones con el mundo, a través de una movilización selectiva de nuevas funciones de adaptación.

Los efectos de las funciones Yoicas

Estos comprenden la adaptación a la realidad, sentido y prueba de la misma, control de los impulsos, regulación homeostática del nivel de ansiedad, mayor tolerancia a la ansiedad, y a la frustración con capacidad de demora, productividad, capacidad sublimatoria, integración y coherencia en las diversas facetas de la persona.

Algunas cualidades de las funciones Yoicas

Autonomía.- Referida por Hartmann a la posibilidad de cierto funcionamiento Yoico no interferido por el compromiso de sus funciones en el manejo de los conflictos (área del yo libre de conflictos). La autonomía se verifica por el "ajuste" logrado en determinadas conductas adaptativas a pesar de la existencia de conflictos y de una organización montada sobre éstos.

- Plasticidad.- El yo debe tener la capacidad de disociarse: observar sin participar y así percibir totalidades de los detalles distinguibles de dichas totalidades.

- Tener la capacidad de acercar la función perceptual al objeto y ver un detalle, haciendo abstracción de la totalidad, pero sin confundir la parte con el todo.

- Capacidad de captar los deseos propios y llevarlos a la acción luego de haber hecho un equilibrio entre necesidad y posibilidad.
- Capacidad de adaptarse a las circunstancias, al tipo de vínculo en el sentido vertical (abuelos, padres, hijos), en el sentido horizontal (grados de intimidad), la capacidad de utilizar el pensamiento como acción de ensayo y también la capacidad de estar solo.
- La capacidad de tener un monto de ansiedad útil para llevar a cabo acciones.
- Las óptimas posibilidades para enviar un mensaje, en el cual la acción, la idea, y la expresión del afecto se combinan adecuadamente.

Influencias ambientales sobre las funciones Yoicas

Hartmann ha señalado la intervención en el desarrollo de las funciones Yoicas de tres grupos de factores: la intensidad de los impulsos, la dotación genética, y las influencias ambientales, a las que hay que entender como codeterminantes de la intensidad de los impulsos.

El grupo familiar aparece jugando un rol primordial en la evolución de estas funciones: la riqueza o pobreza perceptiva, imaginativa, cognitiva, la existencia de un área libre de conflicto, el repertorio defensivo, son siempre coproducciones del individuo-grupo.

Se comprueba que hay situaciones grupales o institucionales Yo-reforzadas y otras en cambio Yo-debilitantes.

Activación de las funciones Yoicas en el proceso terapéutico

Puede entenderse que las funciones Yoicas se refuerzan en psicoterapia, mediante la creación de un contexto de gratificación, alivio, estimulación y verificación (situación terapéutica) que las solicita activamente y las consolida a través de su ejercicio guiado (proceso terapéutico).

El terapeuta con su propia actividad provee además, al paciente, un modelo Yoico de identificación.

En la relación de trabajo, se constata la existencia de un interjuego entre las funciones Yoicas del paciente y las del terapeuta; entre ambos hay una constante cooperación, a la vez que se instala una relación de complementariedad.

CAPITULO V

METODOLOGIA DE LA TESIS Y
APLICACION DEL MODELO

En este capítulo desarrollamos el modelo propuesto como tesis: La Psicoterapia de Esclarecimiento de Tiempo y Objetivos Limitados con Adolescentes en una Institución.

A continuación se describe el procedimiento administrativo en cuanto a la recepción del paciente: la modalidad de abordaje tanto para las entrevistas iniciales con los padres y con el adolescente, así como para el tratamiento.

Para fines didácticos se presenta de manera esquemática la forma de como el terapeuta fue procesando la información obtenida durante las entrevistas, misma que permitió la focalización de la problemática y el manejo del tratamiento.

Se incluye además una sesión de cada paciente donde se ilustran las intervenciones del terapeuta focalizando la tarea, se muestran los psicodinamismos en juego, producto del paciente y su historia, al terapeuta como agente de cambio y el momento del proceso terapéutico.

Así mismo se describen algunas reflexiones sobre este último y las metas logradas al término del tratamiento.

PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACION

Recepción del paciente.-

La secretaria quien concerta la cita de manera telefónica o personal, asigna las dos entrevistas diagnósticas; informa que en pacientes menores de 18 años, la primera entrevista será solo con los padres, solicitando la asistencia de ambos o por lo menos de quien se responsabilice de lo que el tratamiento del hijo implica; si el paciente es mayor de 18 años, pero económicamente depende de los padres para el pago del tratamiento, la primera entrevista será solo con ellos. Creemos necesaria la presencia de los padres para concertar con ellos y el adolescente, los objetivos y el contrato terapéutico; se trata de lograr un acuerdo entre paciente, padres y terapeuta, cosa que no es tan sencilla, ya que con frecuencia los padres suelen llegar con determinadas expectativas respecto a lo que han de obtener del tratamiento del hijo, que no coinciden con las del paciente, no es conveniente pasar por alto desacuerdos ni mal entendidos. Se requiere una mínima concordancia inicial, es requisito fundamental, ya que permite comenzar la tarea en mejores condiciones. Se tratará de que entiendan lo que el tratamiento significa, que los cambios que tendrá su hijo no los tomen de sorpresa, la experiencia nos dice que si no se dan estas condiciones, los padres tienen reacciones negativas, como sentirse culpables de lo que le pasa al hijo, se pueden volver más represores o bien pueden llevárselo de tratamiento.

Con pacientes mayores de 18 años que pueden hacerse cargo del pago del tratamiento, se procede a la Valoración Diagnóstica.

Finalmente la secretaria da fecha, hora y costo de las entrevistas, así como el nombre del terapeuta encargado de la entrevista diagnóstica y del tratamiento.

Entrevista con los padres.-

La entrevista con los padres dura aproximadamente entre una y media hora a dos; tiempo necesario para registrar los datos - que requiere la historia clínica.

El punto de interés de la entrevista es el adolescente, por lo tanto la consulta la dirige el terapeuta, porque necesita tener una aproximación diagnóstica para tomarlo en tratamiento, lo que no excluye que se haga una idea diagnóstica del tipo - de pareja parental o de la situación familiar.

Durante la entrevista se intenta extraer la mayor cantidad de datos, ya que en principio se evitan nuevas entrevistas si no se consideran necesarias.

Para elaborar la historia clínica nos valemos de los lineamientos básicos que postula A. Aberastury (39)

- 1.- Motivo de consulta: enfermedad actual o historia de la -- enfermedad.
- 2.- Antecedentes histórico-genéticos que comprenden:
 - embarazo y parto.
 - características de los primeros días de vida (averiguar circuncisión, bautismo, etc.)
 - lactancia y destete.
 - dentición, marcha y lenguaje.
 - chupete.
 - control de esfínteres.
 - sueño.

- habitación.
- enfermedades infantiles.
- castigos corporales.
- marturbación y conocimientos sexuales.
- jardín de niños y escolaridad.
- relación con padres, hermanos, relaciones de los padres entre sí, posición religiosa.
- duelos significativos, si hubo abortos, hermanos muertos previos o posteriores al paciente.
- vida actual del adolescente, sus intereses, características del amigo(s) principales - posibles depositarios.
- posición socioeconómica de la familia, conocer su estatus socioeconómico actual, pasado, para poder identificar a las familias en ascenso o en descenso social o -- que se mantienen, por la repercusión que tienen estas -- situaciones en la vida de quien está en pleno proceso -- de cambio, no solo corporal y psíquico, sino también -- social.

Al final de la entrevista se les explica que una vez realizada la valoración con el adolescente, se requiere de su presencia para informarles acerca de la opinión diagnóstica y si -- está indicado o no llevar a cabo el tratamiento que se propone.

Si la indicación es iniciar tratamiento*, se pasa al esclarecimiento de las características que tendrá el mismo.

* Se podrá trabajar con cualquier tipo de patología a excepción de psicosis y debilidad mental, Malan dice "gracias a este enfoque se obtienen -- buenos resultados en una amplia variedad de casos, los cuales no se limitan a pacientes cuya psicopatología es leve y de sintomatología reciente".

Características del contrato con los padres y el paciente.-

A partir de que empieza el tratamiento, se les aclara que todo trato con los padres se realizará previo conocimiento del paciente, y que al inicio de la sesión siguiente se le relatará lo tratado en la misma.

Por tanto "toda entrevista que se tenga con los padres serán sin la presencia del paciente" al decir de Eduardo Kalina, -- (40) ya que aparecen perturbaciones en la relación terapéutica posterior. Además lo que hemos experimentado en nuestro trabajo clínico institucional, es que el terreno terapéutico en ocasiones suele parecer un campo de batalla entre paciente y los padres, o entre los padres y el terapeuta, por lo -- tanto pensamos que es más provechoso dada la brevedad del tratamiento, y el poco tiempo para la elaboración de estos pro--blemas que surgen, no propiciar enfrentamientos, y que la -- información que se obtenga sirva para la focalización del trabajo con el adolescente.

Se aclara a los padres que ante sucesos muy significativos -- pueden llamar y que en el caso de que se considere necesario se les llamará. Este esclarecimiento suele tranquilizarlos -- frente a los habituales temores de exclusión que sienten los padres al poner a un hijo en tratamiento, además de que ya se les ha informado en la entrevista inicial, que se van a pre--sentar una serie de cambios en los hijos y que hay que espe--rar, comprender y entender el por qué de esas conductas.

Una vez aceptadas estas condiciones, se plantea la frecuencia -- de las sesiones, que serán de 2 veces por semana durante 50 -- minutos, por un espacio de 3 meses.

Se plantea el costo por sesión, y la forma de pago, que será mensualmente, se esclarece que el paciente sea quien pague a la secretaria medida que protege y mantiene la relación institución-terapeuta-paciente.

Se les pide a los padres que junto con el paciente lleven la cuenta del número de sesiones mensuales, se fundamenta este pedido en que es frecuente que los padres insistan en la - - "irresponsabilidad" de los hijos, hecho que es real pero que contiene también la proyección de actitudes propias de los - mismos padres, ya que suelen hacer una depositación masiva - de la responsabilidad parental en el terapeuta al poner a su hijo en tratamiento y consideran que de esta manera han re--suelto el problema y en consecuencia desaparecen hasta que - inevitablemente ocurre algún suceso que requiere su presencia en el consultorio. Además se les dice que esto forma parte de su participación en el tratamiento de su hijo.

Se aclara que las sesiones a las que no asista el paciente - se cobran igualmente y que en el caso de que el terapeuta no pueda asistir a atenderlo no se les cobrará los honorarios - correspondientes. Aquí se les anticipan los elementos resis--tenciales que suelen presentarse en el tratamiento, además - que lo que hemos visto es que los padres y el paciente con--funden el tratamiento con las clases, y que cuando hay vaca--ciones escolares o días festivos que no trabajan en las es--cuelas, pero sí en la Clínica ambos asumen que no hay trata--miento y no asisten, por ello es necesario que esto quede --claro.

Entrevista inicial con el paciente.-

La entrevista inicial tiene una gran importancia para el futuro de la Psicoterapia de Esclarecimiento de Tiempo y Objeto

tivos Limitados en una institución.

Estas entrevistas no solo están destinadas a cumplir funciones diagnósticas y de fijación de un contrato, sino que juegan un rol terapéutico.

Los fines de las entrevistas son:

- 1.- El establecimiento de la relación terapéutica.
- 2.- La confección de la historia clínica.
- 3.- La evaluación diagnóstica y pronóstica.
- 4.- La devolución diagnóstica-pronóstica.
- 5.- El convenio sobre metas terapéuticas y duración del tratamiento.
- 6.- La explicitación del método de trabajo y la fijación de las normas del contrato.

El establecimiento de la relación terapéutica.-

De los primeros contactos con el paciente depende en buena medida el destino de la relación de éste con su terapeuta.

Se trata de crear condiciones favorables para la instauración de un vínculo terapéutico.

El terapeuta debe ser claro y explícito en su comunicación -- con el paciente, es conveniente que le haga saber que finalidad tiene esa primera entrevista (conocerse, realizar un estudio completo de su caso, para luego poder decidir la conducta terapéutica a seguir).

Estas actitudes favorecen la alianza terapéutica, se intenta de este modo disminuir resistencias ocasionadas por malentendidos o temores respecto al tratamiento, lo cual puede conducir a la deserción.

El terapeuta debe ser activo, dirigiendo diversos momentos de las entrevistas en función de los objetivos de esta fase del procedimiento, hará preguntas, dará información, recurre a -- señalamientos, hace esclarecimientos, e interpretaciones.

El uso de las interpretaciones en la entrevista inicial se -- limita a:

- 1.- Esclarecer y encauzar la relación transferencial cuando -- hay obstáculos en la misma que amenazan con provocar de-- serción.
- 2.- Efectuar una devolución diagnóstico-pronóstica en la que se recurre a las llamadas interpretaciones panorámicas.
- 3.- Detectar la capacidad del paciente para efectuar una psi-- coterapia empleando aislada y prudentemente interpretacio-- nes de ensayo.

La Historia Clínica.-

Respecto a la metodología a emplear, cabe recomendar la adop-- ción de un modelo de anamnesis de manera de guía, esto no -- implica que tenga que seguirse un orden rígido cuando se inte-- rroga al paciente.

En este tipo de psicoterapia es importante la indagación del-- motivo de consulta. Lo habitual es que éste se halle ligado-- con la situación problema que dará lugar al tratamiento. In--

investigar sobre los antecedentes de la situación, síntomas que la acompañan, factores desencadenantes, etc., esto se obtiene a través de momentos libres de la entrevista, la que luego -- podrá ser dirigida o semidirigida cuando se necesite obtener determinados datos del paciente.

Evaluación diagnóstica y pronóstica.-

La evaluación diagnóstica no queda circunscrita al diagnóstico clínico, ya que esto es insuficiente para la formulación pronóstica, la elección de objetivos y la planificación del tratamiento.

El diagnóstico nosográfico-dinámico.-

- Implica el diagnóstico del episodio actual, de la enfermedad del paciente (neurosis, caracteropatía, psicopatía, etc.) y de la personalidad.
- Se incluye el diagnóstico del tipo de grupo familiar de origen, su incidencia en la problemática actual, así como el ambiente circundante.
- Se hace una evaluación de las condiciones yoicas, es decir los aspectos adultos o sanos, que serán los aliados del terapeuta.

Se indaga sobre:

- Las funciones yoicas básicas (atención, memoria, pensamiento, etc.).
- Las relaciones de objeto, en calidad e intensidad y a sus aspectos latentes y manifiestos, la historia de sus relaciones interpersonales, fantasías, sueños, recuerdos, y nuestra contratransferencia.

Esta exploración permite prever en cierta medida cuales serán las características de la relación transferencial durante la - terapia.

- Mecanismos de defensa; deberá precisarse cuales son las principales defensas empleadas, ya que esto es de gran importancia para la indicación terapéutica, la planificación y el pronóstico.

Evaluación de la Motivación.-

- Valorar si tiene capacidad de introspección y disposición de transmitir lo que puede reconocer de sí mismo.
- Si tiene deseo de comprenderse, ser activo en la búsqueda.
- Si tiene disposición a experimentar y ensayar cambios.
- Tiene esperanza de que el tratamiento logre resultados.
- Tiene disposición a realizar ciertos sacrificios para - - acceder a esos logros.
- Si reconoce el carácter psicológico de sus trastornos.

Determinación del foco.-

Se refiere a la posibilidad de precisar y delimitar un foco,- paso técnicamente esencial en la labor terapéutica.

La determinación del foco y el ahondamiento en su conflictiva engloba el diagnóstico del punto de urgencia y a su vez esto se encuentra dentro de la formulación psicodinámica temprana, ya que ésta última no es otra cosa que una hipótesis diagnóstica integral, en tanto que los diagnósticos y evaluaciones - antes citadas forman la versión desglosada de dicha formula-- ción.

La devolución diagnóstico-pronóstica.-

El terapeuta transmitirá oralmente al paciente, con un lenguaje sencillo y claro, impresiones generales acerca de su problemática, esto se hace para:

- Hacer sentir al paciente que se le presta atención y se piensa en sus dificultades intentando comprenderlas; aquí se contribuye a la alianza de trabajo.
- Brindarle cierto esclarecimiento preliminar de su problemática.
- La elección de metas terapéuticas; presentarle y en parte sugerirle, la conflictiva de la que pensamos podrían surgir dichas metas.

Solo se transmitirán algunas apreciaciones de su problemática, sin extenderse ni profundizar demasiado. Puede recurrirse a las interpretaciones panorámicas.

Al referirse al pronóstico se tocan aspectos que lo tranquilice y reanime al paciente. Esto le dará la pauta de que podemos brindarle ayuda y de que tiene posibilidades de resolver su problema o aliviarlo.

Convenio sobre metas terapéuticas.-

Una vez realizada la devolución diagnóstica, paciente y entrevistador intercambian opiniones acerca de los posibles objetivos a realizar hasta llegar a establecerlos claramente y de común acuerdo.

El terapeuta se referirá a los objetivos de manera clara y sencilla, paralelamente el terapeuta debe formularse los fi-

nes terapéuticos desde un punto de vista psicodinámico por -- ejemplo en un caso pensará en incrementar la autoestima, en -- otro atenuar el super yo, etc.

Es necesario que los objetivos sean alcanzables, que se ajusten a las posibilidades que ofrece tanto paciente como terapeuta y a las condiciones generales en que tendrá lugar la terapia.

Es menester explicitar al paciente que una vez que se llegue a la fecha de finalización, terapeuta y paciente realizarán -- un balance de los resultados obtenido.

Explicitación del método de trabajo.-

Es útil brindar al paciente una idea acerca de las características del tratamiento a seguir, cuales son las funciones de -- cada uno. Esto beneficia en que el paciente en vez de resistirse frente a las ansiedades que provoca lo desconocido, -- coopere al tomar conocimiento de la técnica del tratamiento.

Así mismo anticipar el carácter de la tarea en cuanto a:

- la psicoterapia como método de aprendizaje.
- anticipación de fenómenos resistenciales.
- formulación de expectativas sobre resultados a lograr -- en el tiempo de tratamiento. Al alta no habrá eliminado sus problemas, pero el proceso de aprendizaje vivido le ayudará a enfrentarlos mejor.

A continuación presentamos el material clínico de 4 casos con adolescentes, abordados bajo la modalidad de Psicoterapia de Esclarecimiento de tiempo y objetivos limitados.

Antes de transcribir las viñetas es importante señalar, que el material que se muestra, se fue dando como un flujo dinámico y no de manera aislada, que para efecto de una mejor visualización, se presentan los datos, en forma esquemática, solo para fines didácticos.

CASO I

ENTREVISTA DIAGNOSTICA.-

SITUACION ACTUAL:

Sandra llega a la clínica, se le asignan las dos entrevistas iniciales, ya que es mayor de 18 años y puede hacerse cargo del pago del tratamiento porque recibe mensualmente una parte de la pensión del padre quien murió hace dos años.

Sandra tiene 21 años, estudia el último trimestre de Psicología, además toma clases de guitarra clásica.

Menciona que lo que la trae a consulta es que no entiende por qué no lloró cuando su padre murió y que incluso no fue al entierro.

Generalmente dice que no le es fácil llorar "siempre doy una explicación a lo que pasa, pero no lloro".

Comenta que el padre le decía en varias ocasiones que ella era fuerte que de ella esperaba lo que los hermanos no pudieron hacer.

Los recuerdos que Sandra tiene del padre son gratos pero su cuerpo y sus gestos dicen en la entrevista que hay dolor.--

Dice que la relación con el padre era "muy buena", que era la consentida, que el padre era su confidente, que le llegó a decir que la quería más que a su esposa, y en ocasiones él la defendía cuando la madre le llamaba la atención.

Sandra todos los días esperaba a comer a su padre, y durante las tardes escuchaban música o leían.

Toda la familia incluyendo al padre, sabían cuatro meses antes de que el muriera que tenía cáncer y que estaba muy avanzado, no había mucho tiempo de vida; Sandra dice que durante ese tiempo ella estuvo casi todos sus ratos libres con él, de hecho es ella quien descubre que el padre estaba agonizando y avisa a la familia.

ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR:

Sandra es la menor de 6 hermanos, 5 mujeres y 1 hombre.

El padre muere a los 65 años de cáncer, contador público, la paciente lo describe como poco sociable y comunicativo, muy metódico y ordenado en especial en lo que concierne a su trabajo. Con una relación muy mala con la esposa, "no se hablaban".

A Sandra le molesta recordar que el padre fuera tan "dejado" al grado de quedarse callado ante las agresiones de su esposa como cuando le gritaba enfrente de todos "eres un impotente".

Con los hermanos de la paciente la situación era parecida, no lo tomaban en cuenta.

La madre tiene 55 años, trabaja de secretaria, Sandra la refiere como "muy fría" no solo con ella sino con todos.

Cuando la paciente tenía dos años, la madre empieza a trabajar, dado que la situación económica era crítica; el que ella hubiera tenido que trabajar, fue motivo de conflicto y reproche en contra del padre; aún cuando la situación económica fue mejorando y llegaron a vivir "bien", la madre no deja de trabajar; el motivo era que se convirtió en amante del jefe, situación conocida por el padre y los hermanos, "el secreto - que todos saben, pero nadie lo dice".

El padre al decir de la paciente actuaba "como si no le importara" al grado de invitar a cenar al "jefe" de su esposa.

Cuando el padre de Sandra vivía, la madre casi no estaba en casa, comenta que hasta en una navidad, la tuvieron que esperar a que llegara para cenar, porque tuvo un brindis en la oficina; ahora que el padre murió casi no sale, le guardó luto por un año, reprochándole a Sandra el que ella vistiera de color, la paciente ante este comentario como ante muchos otros que le hace su madre no le contestó, solo se decía a ella misma, "el color no va con el dolor".

Señala Sandra que a la madre no le importaba a dónde salían los hijos, ni a qué hora regresaban, sin embargo ahora les agrade porque no están en casa, los manipula diciéndoles que ella no les importa y menos si está sola.

El hermano tiene antecedentes de alcoholismo y adicción a la marihuana; siendo un adolescente se va a vivir a Tampico con la familia de un amigo de la secundaria, permaneciendo allá a la fecha, los padres no se oponen a que él deje la casa.

Las dos hermanas mayores también tienen antecedentes de alcoholismo, con crisis severas, una de ellas actualmente acude a Alcohólicos Anónimos; Sandra dice que cuando ella era chica - (13 años) los hermanos hacían sus fiestas y a ella le daba -- miedo, ya que todos terminaban borrachos y marihuanos, en una ocasión el esposo de la hermana mayor quiso abusar de ella, - hecho que no le confió a nadie, y no es sino hasta hace poco que se entera que el cuñado había intentado lo mismo con dos de sus hermanas.

Sandra está muy preocupada por su sobrina que tiene 18 años, - hija de la hermana mayor, se fue de su casa a vivir a un al-- bergue del CREA, también hay antecedentes de marihuana, dice que la hermana mayor cuando estaba en estado de ebriedad gol-- peaba mucho a su sobrina y la dejaba días encerrada en su de-- partamento, mientras ella y el esposo bebían.

La madre de Sandra trabajaba y se ausentaba mucho de casa, así como el padre por estar en el trabajo, es la hermana ma-- yor junto con una sirvienta, quienes se hacen cargo de los -- demás hermanos; Sandra la considera como su madre, la quiere mucho, pero pronto vuelve a quedar sin esta madre substituta, ya que se casa muy joven a los 17 años por estar embarazada. El turno ahora para las responsabilidades de madre es para la siguiente hermana.

Hace cuatro años en una navidad, es el hermano quien se atre-- ve por primera vez a reclamarle a la madre el que tuviera un amante, este reclamo lo hace con unas copas de más, se pone - muy agresivo, avienta sillas, y la madre no dice nada, es el padre quien dice "lo que pasa en la casa es por culpa mía, su madre es buena, yo no he sido buen esposo ni padre".

ANTECEDENTES PERSONALES:

Sandra es la única de los hermanos que tiene nivel universitario como el padre; el hermano no terminó la secundaria, y todas las hermanas son secretarias como la madre.

El desarrollo escolar ha sido bueno, sin embargo dice que no sabe por qué estudió psicología, que le gusta pero que cree -- que no se va a dedicar a ella, que lo que realmente le apasiona es la guitarra clásica, (al padre le gustaba la música clásica). El padre de Sandra siempre le decía que la música -- debería ser una segunda profesión, que tenía primero que ir a la universidad, ahora que casi está por terminar, piensa que cumplió con lo que el padre le decía, pero se va a dedicar a lo que a ella le gusta; la madre le presiona y le pregunta -- que si ya va a buscar trabajo, ella no le contesta, no sabe -- como decirle que va a seguir estudiando la guitarra.

No ha tenido novio, dice "siempre les encuentro algún defecto, los que me gustan no me hacen caso; a los que les gusto no -- los pelo".

En una ocasión un muchacho de la escuela de música le pide -- que sea su novia, ella no acepta y poco después se dió cuenta que físicamente se parecía a su papá, le dió mucha risa.

Tiene dos amigas íntimas a las cuales no frecuenta muy seguido, pero tiene buena comunicación y se quieren.

Acostumbra a salir con el grupo de la universidad aunque dice "no al ritmo de ellos, salen mucho", además dice sentirse incómoda como que no encaja con ellos.

A los 11 años tiene su menarca, y cuenta que su menstruación a la fecha es muy irregular, hay meses que no menstrúa; esto

desde hace tiempo se lo comunicó a su madre, la cual no le --
dió importancia y le dijo, que cuando se casara se va a compo
ner, es la hermana mayor quien la lleva con un ginecólogo, --
sin embargo no termina el tratamiento que le manda porque --
dice "yo siento que esto es psicológico".

PSICODINAMIA:

Sandra llega a consulta un trimestre antes de terminar la ca--
rrera de Psicología, 2 meses después del terremoto y en el --
segundo aniversario de la muerte del padre.

Todas estas situaciones remueven en ella la sensación de de--
sastre, muerte y pérdida, movilizan algo que parecía larvado.

Si se parte de las dificultades que Sandra presenta para el -
manejo de sus afectos, podremos ir retrocediendo en su histo
ria para encontrar las causas de una depresión enquistada.

Sandra debe ser "la fuerte" ya que en los últimos tiempos de
vida del padre, se convierte en su "enfermera, madre, hija, -
esposa" todo esto quizá creó en ella una enorme responsabili
dad por un lado, pero por otro se "olvida" de lo que ella --
siente, del dolor que debió causarla la enfermedad, muerte y
separación del padre.

Sandra como el resto de la familia, niegan la realidad y los
afectos que la acompañan (el amante de la madre, las fiestas-
de los hermanos, el no pasa nada), pero para ella no hay - --
quien la escuche, la entienda, no hay un continente para ex--
presar lo que siente.

Al ser ella la "fuerte" desplaza y rivaliza con la madre, se
convierte en "esposa, madre, hija" del padre, generándole una

sensación narcisista-omnipotente, al vencer a su rival, la madre, pero al mismo tiempo, le ha de haber despertado una intensa rabia porque la madre no la rescata de ese papel; rabia y culpa que Sandra pudo sentir desde los 2 años, la madre los "abandona" para salvar la economía familiar; primer abandono en la fase de separación individuación, su primer duelo ante la pérdida del objeto de amor, "ella me deja porque no me quiere, soy mala", situación que pudo ser vivida por Sandra como si ella fuese la causante de que las cosas empeoraran; más tarde ella se identifica con el padre "malo" ya que éste dice "todo lo que ha pasado en casa es culpa mía" así mismo se identifica con el ser universitaria, por el gusto de la música clásica.

Sandra usa pupilentes y pareciera que permanentemente está llorando, su caminar es con la cabeza viendo al piso, manifiesta tristeza, una depresión vieja, esto puede relacionarse con el hecho de haber tenido varias madres-hermanas, así como también varios abandonos por ellas, su segundo abandono es por la hermana, que ocurre cuando ésta se embaraza y se va de casa, Sandra tendría aproximadamente 5 años, en plena etapa edípica. Estas situaciones crean en la paciente un mecanismo que diría "si fui la última y me tocó tan poca atención y cariño de mi madre y hermana, me volcaré con mi padre" y es ahí donde consigue la mayor atención y afecto, identificándose con él: intelectual, aislada, dependiente, en parte esto pudo observarse en la entrevista por una actitud "de espera, de dame", con dificultades para expresar lo que siente.

Sandra idealiza al padre y a la madre la devalúa. Al enfermar y morir éste, se rompe esa imagen, el sentir que él siempre estaría con ella, cayendo en la rabia, ya que representa otro abandono, surge la represión, la negación y anulación de sus afectos.

La situación edípica es permanente competencia, causa en Sandra culpa con la madre y hermanos, al mismo tiempo sensación de triunfo sobre ellos, tomando una modalidad diferente, - - ellos son los "enfermos-malos" Sandra y el padre serán los -- "buenos-sanos".

Ante el mensaje preverbal del padre de "eres mía, solo para - mí" Sandra toma una actitud de poco interés hacia los hombres, pero inconscientemente estaría diciendo, quiero un hombre que no sea "dejado" que no sea como él, sin embargo busca a los - que se parecen al padre o a los imposibles, pareciera que sigue buscando al padre en una situación edípica no resuelta, - en una situación simbiótica ya que él se convirtió en todo en padre y madre.

Inconscientemente Sandra rechaza ser mujer, no quiere ser - - como la madre (promiscua) la devalúa, pudiendo ser un síntoma las irregularidades en su ciclo menstrual.

INTERPRETACION PANORAMICA:

Pareciera que con el terremoto, se revivió el terremoto que - traes dentro, se está moviendo en tí una serie de sentimien-- tos que no toleras, pero que tampoco sabes bien que hacer con ellos.

Fíjate, estás por terminar tu carrera, tu padre cumple dos -- años de haber muerto, y hay muchas muertes por el temblor, -- parece que no estás pudiendo sola, quieres ahora a alguien -- que te ayude, que te acompañe, comprenda lo que sientes (llo-- ra).

Y esto tiene que ver con lo que has vivido en casa, una revol-- tura - un terremoto de cosas, te has convertido en la "fuerte"

en la "buena" eres la hermana que es "madre" porque tus hermanos recurren a tí por ser psicóloga y quieren que los aconsejes.

¿Y a tí quién te ayuda a contener tu tristeza, tu enojo, todo lo que sientes?

DIAGNOSTICO PRELIMINAR:

Adolescente tardía, en fase de consolidación de su identidad.

Personalidad con rasgos depresivos y obsesivos, tendientes a la intelectualización. Tiene aceptable funcionamiento yoico, con capacidad de insight, resistencias que se acentúan como la negación de los afectos, intelectualización, represión.

No solución de la situación edípica.

COMPONENTES DEL FOCO INICIAL Y ALGUNOS PSICODINAMISMOS EN --- JUEGO:

El foco está delimitado en relación a los sentimientos reprimidos y negados ante la muerte del padre.

Así mismo el foco estaría relacionado con una intensa ambivalencia, con un no reconocimiento de sentimientos agresivos y amorosos tanto hacia la madre como con el padre.

METAS TERAPEUTICAS:

Además de los elementos señalados, existen otros en juego en relación a la conflictiva focal, sin embargo lo que se tendría que trabajar en un primer momento es ayudarle a elaborar el duelo por la muerte del padre, mostrando las separaciones anteriores, esclareciendo la ambivalencia con el padre para que pueda mostrar más su afecto.

Más adelante podrían tomarse otros puntos importantes como:

- La relación con la madre.
- La situación familiar tan caótica y su rol en ella.
- Qué pasa con su sexualidad.

PROCESO TERAPEUTICO:

A continuación se muestra la 9 sesión.-

- P1 Sandra llega puntual como de costumbre, se sienta, me --
sonríe, permanece callada un minuto, esto también es ha-
bitual, y dice, ahora que te cuento.
- T1 Le sonrío y le digo que ¿qué querría trabajar hoy?
- P2 Ya te he platicado de mi mamá, no me gusta contestarle,-
insiste en que debo ir con toda la familia a la misa que
le celebrarán a mi papá, y yo la verdad no quiero, creo-
que es ir a hacer algo que la familia no siente, eso me
molesta, yo le recuerdo mucho, me molesta que ella se --
ponga a llorar cuando no lo siente.
- T2 ¿Y tú que sientes al recordarlo?
- P3 Parece que es mentira que se haya muerto, además en caso
de que vaya, voy a ir vestida como yo quiera y no de ne-
gro como ella. Además si ya está muerto que caso tiene-
ir.
- T3 ¿Te das cuenta el trabajo que te cuesta poner en pala- -
bras lo que sientes?
- P4 La verdad no quiero que me vean triste, eso es solo para
mí, yo se que a él, no le gustaría que llorara por algo-
inevitable.
- T4 Parece ser que intentas querer seguir siendo como él te
enseñó, a no mostrar lo que sientes.

- - -Silencio.

T5 ¿Has pensado que puedes estar enojada con él porque se -
murió y te dejó sola enfrentándote al mundo, a tu madre -
y hermanos?

- - -Silencio.

P5 La verdad es que me siento muy sola, estaba tan acostum-
brada a estar con él, a compartir cosas que a los dos --
nos gustaban, y ahora con mi madre hay días que ni nos -
hablamos, ella no sabe lo que me pasa y la verdad no me
dan ganas de contarle nada.

T6 Pareciera que no puedes mostrar enojo con tu padre por -
haberte dejado y en vez de sentir tristeza y llorar por -
que no está, aparentas como que no te importa ¿no era él -
así?

P6 No... no lo creo, esto lo dice en voz fuerte a diferen--
cia del tono de voz acostumbrado.

- - -Silencio.

T7 Pienso que el señalamiento anterior toca el conflicto.

T8 Parece que te enojó lo que te dije?

P7 Se me hace ilógico pensar que, porque él murió, yo tenga
que estar enojada.

T9 ¿Y entonces por qué sería que tampoco fuiste al entie--
rro? Fíjate cuando alguien está resentido con otro, no
lo ve, no lo busca, no se despide.

- - -Silencio.

P8 Un recuerdo que tengo de cuando era chica, era que mi -- mamá me llevaba a dormir con ellos, y mi papá en varias- ocasiones bebía, se molestaba conmigo porque estaba metida en la cama, al día siguiente no me hablaba, pero no - me decía nada.

T10 ¿Y qué sentías porque no te hablaba?

P9 Me sentía triste, pero tampoco me acercaba, solo después sin que nadie dijera nada volvíamos a hablar, pero nunca de lo que había pasado.

T11 ¿Y te hubiera gustado decir lo que te pasaba?

P10 Si pero a la mejor creía que yo era la que quería estar- en la cama con ellos, pero no era así, mi mamá era la -- que me llevaba, creo ahora que era para que yo le sirviera de escudo, y él no le dijera o hiciera nada.

T12 ¿Y qué le podría hacer?

- - -Silencio.

P11 No sé...

T13 Pienso que le ayudaré a poner en palabras lo que siente.

T14 ¿No sería que ella no quería tener relaciones sexuales - con él y por eso te llevaba?

P12 Sí, creo que sí... en una ocasión estando yo muy dormida de repente desperté, porque había muchos ruidos y mi - -

mamá le decía a él, que la dejara, estaban haciendo el amor, yo me hice que no supe nada pero me asusté.

T15 Los recuerdos de cómo él se enojaba contigo y no te decía nada así como tú no le explicabas que sentías tristeza por lo que pasaba, tiene que ver ahora como tú al sentir tristeza no te acercas, no vas a despedirlo.

P13 ... se le salen las lágrimas y dice, porqué no puedo, ni pude hablar, porque me utilizaba mi madre.

T16 Y pareciera que también tu padre.

P14 ¿Pero él por qué? lo dice molesta.

T17 Porque para bailar el tango se necesitan dos. Si bien ella te llevaba, él lo permitía y tú lo aceptabas.

P15 Si... por qué se tenía que dejar de ella, por qué no le puso un hasta aquí, por qué toleró lo del "jefe".

... siento miedo de decirte esto, creo que no está bien- que juzgue a mi padre, ya él está muerto.

T18 No es tan grave ver en qué falló esto permite que te des cuenta realmente quien era él y quizá entonces puedas -- despedirte.

P16 Pero por qué a mi mamá le veo todo lo malo.

... Sandra tiene los ojos llenos de lágrimas.

P17 El era el único que me quería, por qué se tuvo que morir, me siento tan sola, contiene el llanto y me dice, siento un nudo aquí y señala la garganta.

T19 Anda saca esa bola de amargura que llevas atorada.

P18 ...=llora, solloza,=lo extraño tanto, desde hace dos - - años sueño con él, como si estuviera vivo... me da ver--guenza que me veas así, me siento expuesta.

T20 Pienso que Sandra ve en mí a un juez, "padre" que la debe ver "fuerte" esto no se lo digo, intento atenuar su persecución.

T21 La miro tranquilamente y le digo: que importante es que te muestres como eres, que sepas que estás triste porque él no está, que lo extrañas, para que no sigas con ese nudo en la garganta.

P19 ¿Y tú crees que este es el camino para sentirse bien?

T22 Asiento con la cabeza, le digo que nos vemos la próxima.

A través de la sesión puede mostrarse el tipo de relación que se establece entre paciente y terapeuta, en un tratamiento -- como el que se propone.

Recordemos que el foco de trabajo, estaba en ayudarle a la -- paciente a elaborar la muerte del padre, así como que Sandra-- pudiera mostrar sus afectos.

Los instrumentos técnicos utilizados en la sesión fueron:

Esclarecimientos T4 - T15 - T17 - T18

Señalamientos T6 - T9

Rectificación T8 - T22

Confrontación T16
Recapitulaciones T5 - T14
Exploración T19 - T21

Cabe señalar que hubo material que no se trabaja como en P 10 la situación triangular, solo se retoma lo que ayudaría a -- entender las tareas que se han propuesto, como se ve en T15.

CIERRE DEL TRATAMIENTO:

Sandra llegó a consulta por una necesidad clara; la incapacidad de llorar ante la muerte del padre.

Al término del contrato terapéutico menciona que en este -- tiempo le han pasado muchas cosas, entre ellas el poder ex-- presar lo que siente, el enfrentar problemas que se dan en -- casa, y el sentir tristeza.

Para ella el objetivo por el que acudió a la Clínica se ha -- cumplido, sin embargo menciona "se han movido cosas, en este momento quiero pensar en ellas, creo que en caso de que no -- pueda con lo que me pase regresaré a tratamiento".

REFLEXIONES DEL CASO:

A través del proceso terapéutico Sandra va pudiendo desconge -- lar sus sentimientos, empezó a hacer conexiones entre el papel que ella había jugado en la relación con el padre, así como -- a cuestionarse la situación familiar.

Al trabajar las pérdidas recientes, pudo ir conectando su -- pensamiento con el afecto, pudo sentir más libremente la --

tristeza y el enojo, éste quedó a un nivel cognitivo siempre tratando de preservar su parte intelectual, entendida ésta -- como la forma de dar explicaciones a lo que le pasaba. Se -- trató permanentemente de aclarar que las emociones van junto a los pensamientos.

Del vínculo con la madre cargado de ambivalencia, resentimiento, hostilidad, rivalidad se toman partes "buenas" para -- mostrarle que no es "tan mala".

Se le ayudó a ver su participación en la relación con ella, tomando aspectos que servían para esclarecer la situación -- focal. Por ejemplo el quedarse callada como el padre.

Cabe señalar que antes de finalizar el tratamiento relata -- que habló con su madre y le dijo que por el momento no busca ría trabajo en psicología y que continuaría con los estudios de música.

Busca a la hermana mayor le cuenta que está en tratamiento, -- que con el dinero de la pensión lo está pagando, que está -- revisando la relación con sus padres, que ha pensado en ella y en su sobrina y cuando las recuerda se siente "triste" por -- que las dos han sufrido mucho; le propone buscarla ' en el -- albergue, llevarla a casa y pagarle una terapia.

Ya terminado el tratamiento me informa la secretaria de la -- Clínica que la sobrina de Sandra llamó para solicitar entrevista.

Finalmente mencionaré que las dos últimas semanas de trabajo con Sandra facilitaron la elaboración del duelo con el padre; pudo revivir y vivir el dolor de la separación.

CASO II

Aurora al concertar cita, se le informa que la primera entrevista será con los padres únicamente, dado que tiene 19 años y ellos serán quienes se hagan cargo del pago del tratamiento.

ENTREVISTA DIAGNOSTICA:

A la entrevista solo acude la madre, quien dice que a su esposo no le interesa ir, que él no cree en estos tratamientos.

La madre de la paciente relata que cuando Aurora nace ella -- cuenta con 43 años, tenía la esperanza de que fuera varón, ya que tiene una hija mayor; sin embargo fue bienvenida, nace a término sin ninguna complicación, se le amamanta por 3 meses, el destete fue doloroso ya que dice que Aurora no aceptaba el biberón. Camina al 1.5 años y empieza a hablar a los 2.5 -- años, época en que inicia su control de esfínteres.

Al decir de la madre, Aurora no fácilmente se iba a jugar con la hermana, prefería quedarse con ella.

Al ingresar al jardín de niños, lloraba frecuentemente, sin embargo unos meses después, ella pedía que la llevaran a la escuela.

El desarrollo escolar lo cataloga como bueno, aunque en algunas ocasiones le reportaban como distraída y un poco aislada, "era una niña que jugaba y platicaba con sus amigas, pero prefería hablar más con su madre".

Nunca preguntó sobre los embarazos y cómo nacen los niños, -- cuando tiene su menarca a los 13 años, cuenta la madre que --

Aurora llegó muy asustada y le dice que algo malo le pasó por que está sangrando, la madre menciona que se concretó a decir le que eso le pasa a todas las mujeres cada mes, le daba vergüenza hablarle sobre la sexualidad, a la fecha la madre le lleva la cuenta de su ciclo menstrual.

En la secundaria Aurora presenta algo que le llama la atención a la madre, y es que estando la paciente platicando con su padre sobre el mundo y la astronomía, tema que apasiona a éste, le dice, "somos seres insignificantes, todo es relativo, es como si no existiéramos".

Al poco tiempo de esta plática Aurora le pregunta a su madre, si ella existe, si es ella real, la madre le dice que no se preocupe que es tan real que está ahí, que lo que le dijo en aquella ocasión su padre, es la manera de como él entiende el mundo, la vida.

Aproximadamente a los 13 años Aurora empieza a tener momentos de depresión, de encerrarse en su cuarto y no querer salir -- porque decía tener miedo, sin embargo esto no impide que continúe con sus actividades en la escuela y con sus amigos.

Estando la paciente en 5o. de Prepa, un día llega de la escuela y le pregunta a su madre, que en dónde estaba su papá a -- las 10 de la mañana, la madre le dice que seguramente en su -- trabajo, Aurora insiste y le dice que lo vió a esa hora en la escuela, la madre menciona que la paciente estaba muy nerviosa, le pregunta que por qué está así, a lo que ella le responde, que le pasan cosas extrañas, que confunde al maestro X -- con su padre, y que ella siente que ella no es ella, que ella es su amiga X.

La madre se alarma y trata de tranquilizarla, se comunica con el médico de la familia, la lleva a consulta, le recetan tranquilizantes, así pasa aproximadamente 6 meses; un día Aurora platica con un maestro de la prepa que es maestro del IMPPA, y éste le recomienda que pida una cita que deje el medicamento y vaya a tratamiento psicológico en dicha institución.

Acude a la clínica, le hacen la valoración diagnóstica e inicia tratamiento pero solo acude a 2 sesiones, de esto hace -- más de un año.

La madre habla con el maestro de la prepa y le informa lo ocurrido, éste la refiere con otro terapeuta a consulta privada y sucede lo mismo, va 2 ó 3 sesiones y lo abandona.

Es importante señalar que el padre pareciera que no le da importancia y le dice a Aurora, que lo que tiene que hacer es -- ya no estar tan pegada a las faldas de su madre, que debe hacer sus cosas, que ya está grande.

La madre de Aurora dice que la relación con su esposo no es -- buena, que es muy autoritario, poco comunicativo, que siempre reprende a sus hijas, que no entiende que son jóvenes.

Cuenta que ella es Bióloga y que a raíz de su primer embarazo, deja de trabajar porque tiene que estar en reposo, desde ese momento no vuelve a ejercer profesionalmente "me he dedicado a mis hijas, además a mi esposo no le atraía la idea de que las dejara cuando eran chicas y así fue pasando el tiempo, no volví a trabajar".

La madre está dispuesta a pagar el tratamiento de su hija, -- porque cree que es muy necesario, dice "yo se que a Aurora le pasan cosas que no le puedo ayudar y que además seguramente -- ya no me las cuenta porque no la entiendo".

La entrevista con la madre de la paciente me da una imagen de lo que le puede estar pasando, tengo presente los abandonos - de los tratamientos, éstos hablan de un miedo a pegarse, de - la desconfianza de relacionarse y a una confusión de identi-- dad.

SITUACION ACTUAL:

Aurora tiene 19 años, está por iniciar su primer semestre en Psicología.

Llega 10 minutos tarde diciendo que se fue a arreglar el pelo y la tardaron más de lo que pensó y que su madre tuvo que pasar por ella para traerla, además dice que su madre siempre - la lleva a todas partes, que ésto le gusta por comodidad pero también le disgusta, pero no se lo dice porque se siente mala hija.

Dice que la madre le informó de la entrevista que tuvimos, y que ahora siente que debe quedarse en tratamiento, porque tie ne la cabeza muy revuelta, que le gusta hacer historias en la fantasía, por ejemplo si lee o ve una película, ella es la -- principal protagonista, pero la trama de su historia no tiene que ver con la novela o película que vió, ella casi siempre - es la persona fuerte, pero cuando termina su fantasía, no sabe si ella era la heroína o el villano.

Cuenta que cuando ve a un hombre con bigote, ella cree que es mujer, y cuando ve a una mujer importante le pone bigotes, -- piensa que es hombre, incluso en ocasiones recurría al diccio nario y leía la descripción de quienes son los que usan bigo tes, pero tal era su confusión que lo releía y pensaba que -- estaba mal escrito, que estaba equivocado, se quedaba con la

idea de que la mujer es hombre porque usa bigote.

Me cuenta cuando confundía a su padre y se confundía con su amiga; dice: mi amiga X es la hija más chica de su familia y nadie la pela no la quieren, siempre la mamá le dice que es tonta, una buena para nada, incluso en la escuela no tiene casi amigos, anda sola, y a ella le da tristeza que su amiga sea así, que no se defienda de lo que le hacen en su casa. Luego siente que ella es su amiga.

Cuenta que siente que los objetos la atacan si no los pone en su lugar, que tiene muchas conductas supertisciosas por ejemplo, antes de llegar a su casa debe sacar la llave, y de la reja del jardín debe llegar a la puerta en 7 pasos, de lo contrario algo terrible le va a pasar.

Si por las noches despierta, para poder volverse a dormir, debe acomodar muy bien las sábanas, no destapar su cuerpo -- porque una cuchilla la puede mutilar.

Está por iniciar la carrera de Psicología, tiene miedo de lo nuevo, dice que le cuesta relacionarse con sus compañeros, -- que tiene miedo de seguir con tanta angustia.

Relata haber tenido en dos ocasiones relaciones sexuales con un maestro de la prepa, al cual confundía con su padre, que esa relación la lastimó mucho porque él era casado y ella no sabía, es un ex-soldado de Viet-nam, la relación dice que -- fue muy atormentada, porque él la confundía más de lo que ya estaba.

ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR:

Aurora es la menor de 2 hermanas.

El padre es ingeniero, 8 años menor que la madre, Aurora lo describe como enojón, poco comunicativo, que siempre se debe hacer lo que él dice. Recuerda desde siempre una mala relación entre sus padres, duermen en camas separadas.

El padre generalmente pelea mucho con la hermana de la paciente, pero ella no se atreve a ser como la hermana y decirle lo que le parece injusto. El padre se siente de la "high" y le critica a sus amigos los "nacos". El padre es el intelectual frío y la madre es la afectuosa, pero que a ella no le gustaría ser como su madre, ordenada, muy de su casa, ir a la Universidad y dedicarse solo a las hijas y al hogar.

Le molesta que la madre sea conservadora, que piense que la mujer se debe casar de blanco, que no le permita hacer sus cosas, pero no es capaz de decírselo, se siente culpable.

Su hermana es mayor que ella 2 años, estudia medicina, la relación con ella no ha sido buena, dice que ha sido distante, que de chicas la hermana le pegaba mucho y Aurora corría con la madre, no se defendía.

En pocas ocasiones la hermana se ha acercado a ella para decirle que no esté triste, que ya pasará lo que le sucede; sin embargo Aurora se acerca menos con la hermana a pesar de que ésta también tiene situaciones de depresión.

PSICODINAMIA:

Aurora llega a tratamiento por 3era. ocasión, con la necesidad "consciente" de necesitar el tratamiento, sin embargo llega tarde, mostrando en principio la ambivalencia de querer y no querer que se le ayude, tiene miedo de pegarse al tratamiento, de engolfarse (Mahler) en la relación como lo ha estado con su madre, miedo a repetir esa relación que la encapsula, la fusiona con el otro, que no le permita pensar, diferenciarse, miedo a lo nuevo, evitar el dolor que implica el aceptar al otro (como el biberón), querer permanecer como en -- aquel entonces, donde todo se le dió, todo se le resolvió, -- conducta que ha perdurado hasta la fecha, surgiendo en ella -- sentimientos de rechazo y agresión, mismos que no son registrados "conscientemente", que se han convertido en sus perseguidores "todo lo tengo que acomodar bien, si no, algo malo me va a pasar".

La historia de Aurora en su primera infancia podría parecer -- como la de una niña "normal", sin embargo al iniciar la adolescencia (13 años) momento de cambios físicos y emocionales, empieza a presentar conductas poco comunes. Es en la adolescencia donde se reeditan las situaciones infantiles (Blos) -- en Aurora surgen sentimientos de indiferenciación, angustia, devaluación, se identifica proyectivamente con su amiga, ya -- que en ella puede ver lo que no alcanza a reconocer en sí -- misma.

Si la aparición de la menstruación, junto con el ingreso a la secundaria, significa crecer y ser mujer, es el momento en -- que se escinde, ella no sabe si es mujer o es hombre, no debe crecer ni salir, llora como un bebé ante la amenaza de ser -- como la madre, una madre con poca y mala relación con el esposo, una madre que la ha querido para ella, con un motante de

agresión por su sobreprotección, que no ha permitido a la paciente diferenciar, si toda esa ayuda y compañía que su madre le ha dado, es ayuda o es otra cosa.

Ante lo doloroso se encierra en la fantasía, las conductas -- fóbicas y rituales quizá le han preservado de una quiebra más severa.

Al padre lo reconoce al menos como una figura constante es el "malo" sin embargo habría que investigar si la relación que sostiene con el maestro era una búsqueda del padre, al cual -- correspondería una etapa más evolucionada del desarrollo (edí

ca), o bien la búsqueda de la madre o ambas.

INTERPRETACION PANORAMICA:

Fíjate como tienes ganas de que alguien te ayude, pero al mismo tiempo parecería que no, llegaste tarde, fuiste a que te arreglaran el pelo, pero parece que lo que no puedes arreglar son las revolturas que traes aquí y le señalo la cabeza.

Parece que estás intoxicada por todo lo que piensas y sientes, no sabes hasta donde eres tú, y hasta donde el otro, tienes miedo de crecer y hacer tus cosas, de ya no necesitar a mamá, pero si sientes que ya no la necesitas, inmediatamente llega el castigo, por ser una "mala" hija y entonces una cuchillá -- puede mutilarte.

DIAGNOSTICO PRELIMINAR:

Adolescente en fase media, con confusión de identidad, simbiosis con la madre, que no le ha permitido diferenciarse.

Mecanismos de defensa utilizados, la escisión, disociación, - identificación proyectiva, represión.

Labilidad yoica que se refleja por la intolerancia de la ansiedad.

Tiene buen nivel de inteligencia, reconoce que su conflictividad es de origen psicológico.

Impresiona como una personalidad fronteriza Kenberg 1967; - - pero hay que tomar en cuenta que es adolescente y aún no llega a la consolidación del carácter. (Bloss).

COMPONENTES DEL FOCO Y ALGUNOS PSICODINAMISMOS EN JUEGO:

El foco está delimitado por la angustia que la intoxica, le - incapacita integrar la imagen de sí misma y de los otros. - - Utiliza pensamiento primario el cual invade la función cognitiva, impidiéndole establecer juicio de realidad.

CONTRATRANSFERENCIA:

Quisiera describir la sensación contratransferencial de ese - primer encuentro.

Me angusti6 mucho, gran parte la entrevista no entendia nada, flotaba en el ambiente una sensaci6n de irrealidad, de confusi6n, de estar metida en un cuento, bombardeada por narraciones aparentemente incongruentes.

Me preguntaba si me podia quedar con ella, si podria ayudarla y entenderla. De repente me di cuenta que eso era justamente como ella se sentia, invadida, paralizada, no entendia nada - de lo que le pasa, por lo tanto se dividia, se volvia irreal- entrando en la fantasia; seguramente ha estado bombardeada por mensajes contradictorios.

Mi angustia baj6 cuando en la interpretaci6n final, algo de - esto se lo devolví, adem6s pensé que no deberia tener muchas- expectativas en principio sobre el tratamiento, que no debe- ría sobre-exigirle ni sobreprotegerla, como le ha pasado en - casa, tenia que ponerme y proponerle metas claras y a corto - plazo, y que si se lograba que ella se enganchara, m6s adelan- te proponerle un tratamiento sin focalizaci6n de la tarea y - sin l6mite de tiempo.

DEVOLUCION A LOS PADRES:

Le informé a la madre que Aurora tenia deseos de quedarse en tratamiento, que juntas trataríamos de esclarecer que era lo- que le venia pasando, y dado que ella sabia de algunas cosas- que le pasaban a su hija y estaba de acuerdo en llevarla a la Clínica, le comuniqué que por lo tanto el tratamiento habia - comenzado con las entrevistas.

METAS TERAPEUTICAS:

Dadas las características de la paciente y tomando en cuenta los abandonos de los tratamientos, la primera meta sería, tra bajar la alianza de trabajo, para que pueda permanecer un -- poco más en tratamiento, al mismo tiempo de trabajar la alian za, ir mostrándole y esclareciéndole el por qué de su des-- confianza, que empiece a diferenciar el adentro del afuera, -- la fantasía de la realidad, ayudarle a metabolizar la ansie-- dad.

PROCESO TERAPEUTICO:

A continuación se muestra la sexta sesión.-

Me saluda, se sonríe, me cuenta que el fin de semana se la -- pasó aburrida.

P1 Fui a una cena con mis papás a casa de una prima que es-- casada, y como no se organizó nada con mis amigos, mi -- mamá me invitó a acompañarla, fui con ellos.

T1 ¿Por qué será que no puedes decirle no a mamá?

P2 Es la costumbre de andar con ella, pero en la cena hubo-- un momento en que me sentí angustiada porque empecé a -- confundir al esposo de mi prima que se llama Raúl, con -- un compañero de la escuela que se llama igual, y me anda pretendiendo, me asustó la idea de que si acepto a mi -- amigo, es que ando con el esposo de mi prima.

T2 ¿En qué podría parecerse tu amigo al esposo de ella?

- P3 No se, son diferentes, pero lo que me da miedo es que si le doy el sí a Raúl, me siento comprometida y cuando hago un compromiso empiezan las ideas raras, de confundirme, de pensar que por cualquier cosa luego él se enoje y me deje.
- T3 El compromiso de estar junto a alguien, te angustia, la angustia te confunde y te retiras. Parece que tienes -- miedo de que te lastimen.
- P4 Es chistoso, antes me preocupaba por querer tener una -- pareja, ahora no quiero compromisos. En la Universidad hay otro muchacho que me pretende, yo le dí a entender - que no quiero nada serio, que prefiero que seamos amigos, pero creo que no entiende, insiste en perseguirme y cuando esto pasa me siento acorralada, siento que estoy traicionando a Raúl, pero la verdad es que no ando con él, - ni con nadie, me gusta la idea de que muchos anden atrás de mí.
- T4 Fíjate parece que confundes el adentro con el afuera, te gusta que te persigan, pero te angustia; adentro también hay cosas que te persiguen, todo parece un caos. No sabes si tu amigo es el esposo de tu prima; no sabes si -- andas o no con Raúl; al final de cuentas esto parece decirnos que no sabes quien eres, y la revolución que sientes dentro la pones fuera.
- P5 Me da miedo que sepan de esa revolución, creo que los -- muchachos si se acercan a mí, no es por mí, en el fondo soy muy aburrida, creo que estoy vacía que no pueden que rarme, me siento poca cosa, pero si no me buscan me de-- primo, dependo de ellos para sentirme bien.

T5 El termómetro de sentirte bien o mal lo buscas fuera, no lo has podido meter.

P6 No confío en mí, dependo de los otros, si los otros de repente no me saludan, pienso que algo les hice y por eso no me hablan, no se si realmente les hice algo o solo lo pensé. Me acuerdo que unas vacaciones unas amigas me invitaron a Acapulco y mi papá no me dejó ir porque no las conocía, pero me dió permiso de ir con otras a Cuernavaca porque a ellas si las conocía, todo el viaje estuve atormentándome pensando que si las otras se enteraban que estaba en Cuernavaca me iban a dejar de hablar, porque iban a pensar que no quise ir con ellas; luego en la escuela vi que me seguían hablando, incluso una de ellas me dijo que entendía que no me hubieran dejado ir, sin embargo me daba miedo que ya no fueran a ser mis amigas.

Breve silencio...

P7 El otro día llegó a visitarme mi amigo X, en lo que me arreglaba para bajar, mi hermana estuvo platicando con él, de repente me dí cuenta de que a la mejor mi amigo venía a visitar a mi hermana y no a mi, me acordé de lo que hemos visto aquí y me dije, yo soy yo, yo no soy mi hermana, entonces X me viene a ver a mi, y me tranquilicé, pero ya andaba queriendo el diablito molestar.

Hoy en la escuela estaba platicando con el grupo de amigos y me caché que no los estaba escuchando, sino estaba fabricando una historia, me dije pon atención comprométete, escúchalos, he tenido la costumbre de estar de cuerpo y volar a la fantasía, ésto también me pasa aquí cuando estoy contigo, me da pena decírtelo, vas a pensar que

qué pérdida de tiempo.

T6 Parece que intentas meter el termómetro y confiar en tus juicios, en tus pensamientos en tus sentimientos, pero de repente se mete el diablito, no sabes estar bien,

Silencio...

P8 El otro día mi mamá estaba muy enojada porque nadie le ayuda en casa, yo andaba de buenas y me ofrecía a limpiar la cocina, cuando lo hacía, ella me dijo que dejara de limpiar que lo estaba haciendo mal, me fui a mi cuarto y pensé que realmente no sirvo para nada, pero también sentí coraje con ella.

T7 Mira parece que no puedes diferenciar cosas, si ella pide ayuda y se la das como puedes, eso no quiere decir -- que no sirvas. Además ella te manda el mensaje de que -- quiere pero no quiere que la ayudes, quizá esto se parece a lo que te pasa, quieres que alguien esté contigo, -- pero no lo escuchas, quieres un compromiso pero te da miedo.

P9 El otro día quería ir a una fiesta y mi papá no me dió permiso, porque mi mamá estaba enferma y él tenía que ir a una cena, me enojé mucho y le dije que él se quedara -- si ella estaba enferma, me respondió que me quedara y se fue, me sentí mal por haberle dicho eso, pero la obligación es de él, y esto me da miedo decirlo, es como si me estuviera revelando.

T8 Si, y por otra parte es poder darte cuenta que tú eres -- la hija y no el esposo de mamá, y que si él y tu hermana tienen cosas que hacer tú también.

- P10 Yo le dije que ya había estado con ella en la tarde además estaba casi muriéndose, no podía respirar porque tie ne flemas, pensé en ese momento que si me iba ella podía morirse.
- T9 A ver, si ella estaba tan mal me parece que no la podían dejar sola contigo.
- P11 Bueno ya estaba mejor, incluso ella me dijo que me podía ir a la fiesta.
- T10 Te das cuenta como vives las cosas, no estaba muriéndose, sin embargo tu sensación es catastrófica, parece que hay una parte cierta en que tu familia (padre) hace que te responsabilices de tu madre, pero también hay algo tuyo que te hace permanecer con ella.
- P12 Siento mucho coraje, a veces creo que lo que debo hacer es irme de la casa y no volverlos a ver, pero no puedo.
- T11 Parece que te vas sin irte, estás pero no estás y esto - no solo te pasa en casa sino también afuera.

Nos vemos la próxima.

HERRAMIENTAS UTILIZADAS:

Rescapitulación	T3
Señalamiento	T4 - T6 - T7
Esclarecimiento	T8 - T10 - T12
Rectificación	T9
Confrontación	T11

CIERRE DEL TRATAMIENTO:

Al finalizar el contrato de 3 meses, Aurora menciona que se siente bien de ir a las consultas a pesar de que la angustia persiste dice "estoy cansada de que me persigan los fantasmas (refiriéndose a las fantasías de mutilación) a veces pienso que usted también se va a cansar, pero creo que no la asusta; he estado pensando acerca del tratamiento y quiero continuar ya que lo que me pasa no es para trabajarlo en tan poco tiempo".

REFLEXIONES DEL CASO:

En principio se trabajó la desconfianza para el tratamiento y las causas de los abandonos anteriores.

Durante casi todo el tiempo me convertí en un "yo auxiliar" y en una "madre continente". Para ayudarla a diferenciar la fantasía de la realidad, a enfrentar sus miedos, las fantasías catastróficas, el volverse loca, a metabolizar la ansiedad que la intoxica.

Se trabajó la relación simbiótica con la madre para que empezara a establecer los límites entre ambas.

Que tratara de reconocer sus gustos, intereses, la imagen de "si misma".

Al final del contrato terapéutico pudo expresar "empiezo a darme cuenta de que yo fabrico a los fantasmas".

Finalmente se logra que permanezca en tratamiento y gracias a su motivación solicita continuar.

CASO III

ENTREVISTA DIAGNOSTICA:

Paty tiene 21 años de edad y no cuenta con ingresos para hacerse cargo del pago del tratamiento, por lo que la madre -- acepta cubrirlo, ya que su esposo se muestra reticente con este tipo de servicios y de asumir el costo.

A continuación se describe la información obtenida en ambas entrevistas.

SITUACION ACTUAL:

A decir de la madre, Paty siempre está inconforme, agresiva, molesta, ansiosa y también deprimida; "siempre está criticando a su padre y en pleito con él como si esperara a que nada más abra la boca y se equivoque en algo, para empezar a llamarle la atención, estar en desacuerdo y enojarse".

La considera buena hija con la cual no tiene muchos problemas, es estudiosa y con magníficas calificaciones, pero le preocupa la relación que lleva con el padre quien "no la comprende, no tiene mucho acercamiento" -la ansiedad y preocupación que acompañan su discurso, parecieran reflejar que teme que ocurran cosas mayores-.

Paty cursa el 5o. semestre de una carrera universitaria. Impresiona como una adolescente de 17 años cuyo arreglo juvenil tiende a ser conservador. Sus movimientos suaves y lentos reflejan cierta rigidez.

Ella refiere pasar por "estados cíclicos de depresión, donde todo lo ve negro, nada le agrada, todo va mal. Estos períodos se alternan con otros de disposición y optimismo". De ellos empezó a darse cuenta cuando estaba en la preparatoria solo que en aquel entonces no le dió importancia -al narrarlo que ocurre, da la impresión de estar desconectada de sus afectos, como si estos estuvieran congelados, paralizados.-

Dice estar siempre en pleitos con su padre, discuten por -- cualquier cosa, porque "a él nada le agrada"; "creo que mi padre hace apreciaciones rígidas de cualquier cosa, sin considerar que puede equivocarse, entonces yo expongo mis puntos de vista y no estamos de acuerdo nunca". También reconoce - que luego aprovecha cualquier falla de él para hacerle notar su error.

Se queja y cuestiona la elección de su carrera: "pienso que a lo mejor no es lo que debí estudiar"; a pesar de tener buenas calificaciones no siempre se siente motivada, piensa que pudo haberla elegido porque su madre tiene una profesión parecida y quizá eso la influenció, y no por vocación o gusto personal.

Plantea como un problema más, su relación con los muchachos. Ha tenido novios pero sus relaciones duran poco. Meses antes de llegar a consulta, habían terminado ella y su novio - porque "no compartían gustos, cada quien hacía las cosas por su lado y la relación terminó por ser aburrida". Algo parecido ocurre con sus amigos; "siento que mis relaciones son - superficiales, me siento sola, pasa el tiempo y tengo la sensación de que no queda nada en mí y no me gustaría pasarme - la vida así".

No entiende por qué le pasan estas cosas que la hacen sentir mal, confundida, tiene la sensación de que no le agrada lo que hace, no siente que es suyo, siente que quedan huecos y no desea que esto le siga ocurriendo.

ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR:

Paty es la mayor y le sigue una hermana de 19 años. Los padres, ambos profesionistas de costumbres tradicionales con inclinaciones intelectuales y culturales.

El padre de 53 años, es ingeniero. A decir de su esposa, -- proviene de una familia un tanto estricta y numerosa, la mayoría de los hermanos casados tardíamente y otros solteros.-- Ella piensa que la manera de ser de su esposo obedece a la educación que recibió en su casa.

Paty lo describe como una persona rígida, distante; cuando establecen alguna conversación, generalmente es sobre conocimientos, música o algún artículo relacionado con la carrera de ella. Casi no está en casa y si es así, la mayor parte del tiempo está en el taller.

Recuerda que de pequeña su padre jugaba con ella, "de pronto se paraba y me decía que ahorita volvía, pero no regresaba.-- Pienso que se aburría". Actualmente, en algunas ocasiones - al pasar por el cuarto de ella, entra: si la encuentra ante el espejo Paty se apena y molesta pues siente que él la critica. Se siente mucho mejor cuando la encuentra estudiando-- aunque de todas formas se incomoda.

Por otro lado siente que no le da gusto; llegó a sacar buenas calificaciones porque creía que esto le agradaría, pero al mostrárselas, no cambió su actitud para con ella, lo que la llevó a pensar que más bien eran cosas de ella. Igual -- pasó cuando durante un tiempo sentía que su padre la rechazaba por ser mujer "yo pensaba que él esperaba un niño cuando nací, por eso le molestaba tanto que me arreglara; decidí en una ocasión descuidar mi arreglo y comportarme como un varón, pero tampoco dió resultado, no me decía nada y volví a arreglarme".

Madre: de 61 años, también profesionista. De su familia de origen refiere fueron tres hermanos; dos varones y ella. Recuerda a su madre como "una mujer de limitados conocimientos, dedicada al hogar y un tanto enfermiza" lo que le impedía -- establecer mayor cercanía con ella. En cambio a su padre lo recuerda como una persona "culto y cariñosa", se sentía muy ligada a él, era su confidente (llora profunda y calladamente).

Días antes de casarse, su padre muere. Por la proximidad no fué posible cancelar la boda. El recuerdo del padre muerto -- la entristecía.

Con respecto a su esposo, comenta que antes "era cariñoso y atento". "Actualmente es serio, frío, rígido -- da la impresión de describir muerte -- un tanto estricto, no entiende a -- las niñas, las necesidades que se puedan tener, el arreglo, -- los vestidos, la moda", considerándolas superficialidades -- por lo que no le gustan.

Por otro lado manifiesta que la relación con su esposo es -- buena, trata de que no haya conflictos y solo en casos muy -- necesarios es cuando habla y defiende lo que considera conveniente.

Paty describe a su madre como buena, constantemente preocupada porque todo esté bien, excesivamente limpia, "se encarga del quehacer total de la casa y es muy nerviosa". Piensa -- que ella se escandalizaría si se enterara que tuvo relaciones sexuales. Por lo demás dice llevarse bien.

En relación a su hermana, -a quien casi no menciona en la entrevista- comenta que es poca la relación que con ella tiene, aunque sé llevan bien.

ANTECEDENTES PERSONALES:

La madre queda embarazada dos meses después de su matrimonio. La noticia es bien recibida. Alrededor de los cinco meses - de embarazo se presentan complicaciones, es sometida a tratamiento y control médico por la posibilidad de afectar al producto. A los ocho meses de embarazo (39 años de la madre) - se practica cesárea.

Paty estuvo un mes en incubadora. No fue posible la alimentación de pecho dado que la madre no presentó leche.

Dos meses después la madre se incorpora al trabajo -al respecto expresa su preocupación y malestar por haber tenido -- que trabajar durante los dos primeros años de Paty, porque - quizá esto pudo afectarla psicológicamente-.

Durante este tiempo Paty queda al cuidado de una niñera. Al año empieza a caminar y a expresar sus primeras palabras.

Dos años más tarde, con el nacimiento de su segunda hija, la madre deja de trabajar para dedicarse a ellas y a su hogar.-

Refiere que Paty mostró inicialmente desagrado e indiferencia a la hermana, para finalmente aceptarla.

El control de esfínteres se establece alrededor de los cuatro años. Para ese entonces acudía al kinder con pañales, y decía "¿qué no me puede cambiar la maestra?, o, "¡qué lástima, ya me hice popo en los pañales!", esto indicaba a su madre que Paty "deseaba llamar la atención y saber como iba a reaccionar".

Su desempeño escolar fué satisfactorio, no presentando problemas de adaptación.

Recuerda esperar con impaciencia su primera menstruación (la cual se dió a los 13 años) para poder presumir con sus amigas. A los 18 años aproximadamente, tiene sus primeras experiencias sexuales, las que han sido eventuales. En cuanto a los muchachos refiere, que le han llamado la atención aquellos que le han parecido inteligentes y cultos, pero luego pasa que con el tiempo, cuando se relaciona más, se empieza a "sentir mal, avergonzada, chiquita" y mejor se retira, dice "los sobrevaloro". En otra ocasión para no sentirse así, decide andar con un muchacho que según ella "valía menos" -- para luego sentirse mal, avergonzada de él y finalmente se retira.

Una ocasión al estar platicando el padre con su novio, sintió gusto, y deseaba decirle "ya ves, fíjate como si sé escoger bien". Siente que su papá critica a sus amigos y le va a decir como en otras ocasiones se ha expresado de otras personas "no tiene educación, no es culto".

En la última relación amorosa, las cosas empezaron bien; tuvo relaciones sexuales, pero con el tiempo se fueron distan-

ciando, ella se dedicó a sus estudios, casi no compartían momentos, gustos, finalmente él decide terminar la relación.

Actualmente no tiene novio, y tiene dificultades para esta--blecer una buena amistad. Las relaciones con compañeros - -tienden a circunscribirse al ámbito escolar.

PSICODINAMIA:

En su adolescencia Paty muestra dificultades para hacer relaciones de objeto estables y satisfactorias, mismas que al --ser más evidentes, despiertan sentimientos de desesperación--y confusión con respecto a la causa de los mismos.

Los enfrentamientos continuos con su padre parecieran ser --respuesta a ello, sin embargo en su historia es posible de--tectar experiencias de repetidas frustraciones tempranas en -el vínculo con sus objetos primarios que pudieron propiciar--la situación actual.

Paty nace en circunstancias un tanto difíciles: la muerte --del abuelo materno, la edad de la madre (39 años) al dar a -luz, y las condiciones del embarazo parecieran plantear ya--los primeros tropiezos para el establecimiento adecuado de -un vínculo afectivo entre ella y su madre.

La imposibilidad de la madre para amamantarla y su regreso --al trabajo, pareciera confirmar la dificultad de ser fuente--de gratificación y protección para las necesidades primarias de Paty, entorpeciendo el proceso de diferenciación; ante --las frustraciones y en un intento de preservarse contra los -sentimientos de agresión y rabia que la invaden, los proyec--

ta hacia la madre, temiendo que ésta la agrede a través de ser alimentada (como mecanismo de reintroyección) confundiendo porque no sabe hasta donde es ella y hasta donde es la madre (no diferenciación).

La angustia con respecto al objeto ambivalente la lleva a fragmentarse, a escindir los sentimientos en "buenos" o "malos" éstos últimos los tiene negados.

Así cuando Paty es frustrada nuevamente por el nacimiento de su hermana, niega esta realidad con su indiferencia (la hermana no existe) y es ella todavía la única pequeña en casa a quien hay que cambiar pañales.

Busca desplazar a la madre quien la ha frustrado nuevamente como cuando dice "¿y qué no me puede cambiar la maestra?" -- esto como un manejo ambivalente de agredir al objeto y atraerlo.

Se manifiesta así una falta de control de impulsos "selectiva" en el manejo de esfínteres.

Con la entrada a la etapa edípica, se condensan objetos pregenitales y genitales.

Ahora el padre juega un papel importante, es el objeto de amor de la madre y también de ella. Las fantasías incestuosas se ven alternadas con sentimientos de ser abandonada de no ser querida "mi papá me decía que ahorita venía y no regresaba, creo que lo aburría".

En este momento Paty se identifica con la parte femenina de la madre devaluada actuando la rabia que le produce un padre idealizado y persecutorio, facilitándose la proyección masiva de sus impulsos primarios hostiles.

Ya en la adolescencia, cuando intenta establecer una relación afectiva pareciera que se vuelven a revivir estas situaciones; el hombre aparece como una figura idealizada o devaluada, en ella surgen sentimientos ambivalentes que hablarían de su temor en principio a hacer una pareja con el hombre, cuando finalmente su temor es a fusionarse con la madre a no diferenciarse.

DIAGNOSTICO PRELIMINAR:

Impresiona como una crisis de adolescencia tardía en una personalidad fronteriza subyacente.

Ante un incremento de ansiedad mayor a la acostumbrada surgen en Paty sentimientos de desorganización e indiferenciación que la llevan a una escisión de sus introyecciones e identificaciones (conflictivas) de origen libidinal y agresivas preservándose de una difusión de su identidad.

Los mecanismos de defensa mayormente utilizados son la escisión, identificación proyectiva, proyección, negación y aislamiento.

COMPONENTES DEL FOCO Y ALGUNOS PSICODINAMISMOS EN JUEGO:

Los componentes del foco estarían en relación a sentimientos de no diferenciación con respecto a sus padres; la ambivalencia y confusión que le acompañan le han impedido un adecuado manejo de sus afectos llevándola a situaciones de extremada angustia y depresión.

INTERPRETACION PANORAMICA:

Durante la entrevista se hicieron algunas intervenciones que dieron pauta a reflexiones y esclarecimiento de ideas...

Paty, fíjate como a pesar de las discrepancias y continuos - pleitos entre tú y tu padre, él sigue siendo alguien muy importante y querido por tí... pues de otra forma no tendría - sentido la atención e importancia que le das a sus comenta-- rios... simplemente no le harías caso, como tampoco te pelea rías.

Parece que te has estado cuestionando a tí misma, y encuen-- tras que tienes cosas de tus papás, no te agrada mucho y te confunde. Tampoco estás de acuerdo con algunas cosas de - - ellos y es como si al enojarte y protestar buscaras saber y sentirte que esa eres tú.

Todo parece un juego de espejos, donde cada uno te refleja - una imagen diferente; algunas las reconoces como tuyas y te agradan, otras no. Algunas imágenes son como tu papá, otras como tu mamá.

Por lo que me has dicho parece que te gustaría ponerte ante ese juego de espejos y que cada imagen que se te devuelve - las reconocieras y aceptarlas como tuyas, quizás con algunas cosas parecidas a tus padres, pero aceptadas por tí.

METAS TERAPEUTICAS:

- 1) Disminuir ansiedad persecutoria.
- 2) Establecer puntos de diferenciación y autonomía en relación a su ámbito familiar y social.
- 3) Establecer una correlación entre sus síntomas, a través del esclarecimiento de sus afectos, enfocada a sus relaciones de objeto.

DEVOLUCION A LOS PADRES:

Una vez concluida la entrevista con Paty, se incluye a la madre para establecer el contrato terapéutico.

Se le dice que se va a trabajar sobre algunas cosas que le han venido sucediendo y de las cuales ella está enterada.

Que los 3 meses de trabajo le ayudarán a Paty a ir entendiendo su situación, que al finalizar el contrato se hará una -- valoración.

PROCESO TERAPEUTICO:

A continuación se muestra la 8a. sesión:

P1 Buenas tardes (saluda discreta desde la puerta, para pasar a sentarse con el cuidado y tranquilidad que la caracterizan).

T1 Hola Paty, buenas tardes.

- Pausa mientras se acomoda.

P2 Pues quería decirle que recibí una sorpresa (levanta la voz para manifestar su alegría) ¡no lo podía creer! el otro día, llegué a casa y escucho ruido en la cocina, me voy a asomar y veo a mi papá que está lavando el frasco donde acostumbra poner avellanas, que por cierto son las golosinas predilectas de él y también las mías. Este -- frasco está siempre en su taller pero a veces pasamos -- por allí y tomamos algunas; cuando pone avellanas luego, luego se acaban - sonrío con gesto de picardía-pero cuando pone otras golosinas, tardan años en acabarse.

... Pausa...

T2 Ambos comparten un mismo gusto.

P3 Si. Mi papá siempre tiene cuidado de que haya golosinas, por eso al verlo lavando el frasco, pensé que se habían terminado y lo lavaba para ponerle más.

Pues no le dí mucha importancia y subí a mi cuarto a dejar mis cosas y luego salí... más tarde cuando entro a mi cuarto, veo que en el escritorio está un frasco con avellanas; pensé que alguien lo había puesto por equivocación; pero no, ¡era el mismo frasco! ¡me sentí descontrolada, feliz, no lo podía creer, sentí que mi padre me quería!... pausa... no sabía que hacer, pensé que tenía que agradecerse, pero no sabía que decirle, ni como. - Luego al rato cuando quise ir a buscarlo para agradecerle, no lo encontré, había salido. Más tarde me tocó -- abrirle la puerta, pues mi hermana y mi mamá estaban por la cocina; mi papá no llevaba sus llaves y cuando abro -- le digo que ví el frasco de avellanas en mi cuarto y le dí las gracias. -El tono de voz se vuelve reflexivo y -- apagado-.

... Silencio.

T3 ¿Qué fué lo que ocurrió?... al parecer no era eso lo que deseabas decirle o ¿si?

P4 No, quise decirle algo más... pero no pude solo me salió eso.

T4 ¿Qué te gustaría haberle dicho?

P5 Pues que me gustaron mucho, que fue un lindo detalle, -- algo más... -se muestra ansiosa-.

T5 Bueno, esto habla de tus sentimientos para con él; tú -- hubieras querido expresarle todo lo que sentiste pero no te salió, solo una parte, que ya es un logro ¿no crees?

P6 Me di cuenta que no tengo porque estar peleando constantemente con él... y sobre todo de la dificultad que tengo para acercarme más y decir lo que siento... (pausa) - más tarde, fui al cuarto de mi hermana y le platicué lo que había pasado ¡ella se sorprendió muchísimo de como - estaba yo en ese momento de lo que sentía por mi papá! - ¡Lo voy a grabar, esto es de película! dice para que no se olvide. Y ya estuvimos platicando un rato más.

T6 -Contesto a su alegría, riendo también. Se hace un breve silencio, dejándose ver la ansiedad que se diluye-.

T7 Parece que a tu hermana le sorprendió tanto como a tí lo - que ocurrió, tanto que todavía te sientes muy emocionada, con dificultad para entenderlo, son tantas emociones que de pronto se te atorran:

- P7 Si... (me observa directamente mientras se acaricia los brazos con sus dedos).
... Pausa -como reflexionando--
- P8 Pensaba que lo mismo me ocurre con otras personas. Fui a una reunión de amigos y me doy cuenta que también con ellos me cuesta trabajo relacionarme y que me conozcan como soy. Ellos platican de cualquier cosa y no se preocupan de lo que los demás puedan pensar de ellos; en cambio yo, me quedo callada, no sé de que platicar, luego me parece que van a decir: ¡hay mira, que ridícula Paty, te fijaste en lo que dijo?.
- T8 Pero parece que tu preocupación tiene más que ver con lo que tú estas diciendo, no parecer "superficial" en tus expresiones, sin embargo, fíjate como te "olvidas" de estar disfrutando ese momento, y decir lo que se te ocurra.
- P9 Luego me siento mal porque tengo pretendientes pero algo hago que los alejo y se van.
- T9 También aquí, estás tan preocupada en demostrar una buena imagen de tí, que te olvidas de las otras cosas que pudieras estar sintiendo al platicar con alguien; surgen como barreras que impiden mantener la relación con esa persona y los alejas... o te alejas.
... Silencio.
- T10 Deseas acercarte pero tienes miedo; por otro lado, tal parece que la única manera de merecer cariño, es que seas inteligente y "madura". Si tienes algún defecto, si actúas como niña, se te puede retirar el cariño. Quizá por eso te cuidas tanto.

P10 Mi papá es así, para él lo importante es que las personas sean cultas, inteligentes y critica a la gente que tiene errores o es mediocre.

T11 Tanto e igual que como tú te criticas y te haces juicios.

P11 Bueno, sí me gusta cultivarme, ser inteligente pero no soy tan rígida como mi papá. -Enojada-.
... Silencio.

T12 Sin embargo, por como me describes a tu papá y sus ideales, estos son muy parecidos a los tuyos. Ambos parecen ser uno, se identifican y se comunican pero sólo en este aspecto... y a propósito, ¿cómo es posible que un padre tan rígido y frío, se haya fijado en una mujer como tu madre: cariñosa, preocupada, y muy de su casa?

P12 Bueno, mi mamá también es profesionista y aunque prefirió dedicarse a su familia, fué una profesionista exitosa cuando ejerció.

T13 ... Y también te ofreció un obsequio que él mismo preparó con mucho cuidado, lo que me hace pensar que pudieran ser tan rígido como piensas, solo que tal vez también le cuesta trabajo expresar abiertamente sus sentimientos; como a tí ¿no crees?

P13 Pues si...

En esta sesión se muestran el movimiento de afectos; la dificultad de expresarlos, la paralización de los mismos cuando van enfocados hacia un objeto (padre, amigos, pretendientes), la dificultad para reconocerlos, aceptarlos y manejarlos, -- así como la proyección de que es objeto su padre, continuamente ante sus propias limitantes y el uso que hace del pensamiento (intelectual).

Los instrumentos técnicos utilizados en esta sesión fueron:

Clarificación	T2
Confirmación	T3
Interrogar	T4
Recapitulación	T5 - T13
Otras intervenciones	T6
Rectificación	T7 - T11
Señalamiento	T8 - T9 - T12
Interpretación	T10
Confrontación	T12

CIERRE DEL TRATAMIENTO:

Al finalizar el contrato terapéutico, Paty manifiesta sentirse más tranquila, que puede hacer mejor las cosas.

Los continuos pleitos con el padre, han disminuido, incluso no se incomoda tanto cuando hay diferencia de opinión. También se ha dado cuenta de la dificultad para acercarse más a él y mostrar sus sentimientos. Además refiere haber observado que depende en muchas cosas de su madre, que le gustaría ser más independiente y no seguir propiciando esto.

En relación a la escuela, se siente menos exigente para con sus compañeros. Ha logrado hacer amistades y se siente contenta por haber iniciado una nueva relación de pareja.

Menciona que su menstruación se ha regularizado.

Finalmente dice sentirse satisfecha con los logros alcanzados y desea continuar el tratamiento.

REFLEXIONES SOBRE EL CASO:

Su capacidad de verbalización y el deseo de entender lo que le estaba pasando, fueron elementos importantes que apoyaron el proceso terapéutico.

En primera instancia se trabajó sobre sentimientos de parálisis, desesperación y confusión. Estos parecían estar fundamentados en fracasos concretos, sin embargo al ir explorando las diferentes áreas (escolar, familiar, social) se pudo observar que la social parecía ser la más afectada. El escuchar, escucharla, contener su angustia y retomar los aspectos positivos, dieron lugar al restablecimiento de una fluidez afectiva que permitió dirigir la atención hacia otros -- componentes del foco como fue la relación con su padre y más adelante sus dificultades para relacionarse con su grupo de pares.

Del material dado, se encontraron otros elementos sintomáticos, que si bien no se tocaron directamente por no estar asociados a la conflictiva focal inmediata, estos presentaron mejoría.

Al término del tratamiento Paty tiene pareja y cuenta con un amigo. El darse permiso para acercarse afectivamente a él y retomar el compañerismo con sus condiscípulos la hacen sentir contenta, pero también conciente de su dificultad para acercarse.

Las metas se alcanzaron. Junto con este logro, se obtuvieron otros, el foco inicial de tratamiento se amplió, surgiendo mayor conciencia de su situación y asimismo deseo por seguir mejorando a través de la continuidad del tratamiento -- con lo que se estuvo de acuerdo. Este abordaje permitió el que tanto la paciente como la terapeuta tuviesen puntos de referencia: la vivencia de la problemática, las posibilidades y posibles dificultades con los que más adelante se enfrentarían.

CASO IV

ENTREVISTA DIAGNOSTICA:

Paco, adolescente de 17 años de edad a quien traen sus padres a la clínica por recomendaciones del psiquiatra de la empresa en la cual trabaja el padre. Se lleva a cabo la primera entrevista con los padres y la segunda con Paco; al término de la misma se incluyen a los padres para hacer el contrato terapéutico.

SITUACION ACTUAL:

Los padres informan estar muy preocupados, pues fueron llamados por el Depto. de Psicología de la preparatoria. El prefecto les informa que Paco está pasando por una situación -- difícil y es necesario se le ayude. Consecuencia de ello, -- fue que reprobó dos materias (física y literatura) cuando sus calificaciones habían sido buenas.

Se le realizaron exámenes neurológicos y psicológicos y los resultados no presentaron mayores problemas; lo que se detectó es que el reciente fallecimiento de su tío lo afectó mucho, razón por la cual se indicó tratamiento psicológico. En septiembre (un mes antes de la entrevista) su tío materno, con quien estaba afectivamente muy ligado, muere de cáncer en el estómago.

Sumado a esto, la madre refiere estar también preocupada pues, "Paco tiene fallas de memoria, es introvertido, descuidado y torpe; se golpea por todos lados y luego no sabe ni cómo ni dónde. Le tengo que decir que se de cuenta, que se fije". -

Piensen que todo ésto son secuelas de los dolores de cabeza que le daban de niño.

Ambos padres coinciden en que Paco es muy serio; "no puede llorar como tampoco nos dice mucho de él, como que le da - - pena".

Al respecto, el padre dice estar un poco preocupado, aunque no cree que sea grave; en ocasiones le pide a Paco que lo -- ayude en alguno de sus trabajos caseros los sábados y accede aunque no habla mucho. En cambio su madre trata de "sacarle la sopa" y pone como ejemplo una ocasión en que su hijo traía el ojo morado, insistió hasta que éste le dijo lo que había ocurrido.

Durante la entrevista, a la madre se le ve ansiosa y preocupada, expresa su deseo de ayudar a su hijo, de conocerlo --- pero no sabe cómo. Interviene constantemente dando información y preguntando al mismo tiempo -da la impresión de ser - una madre intrusiva y temerosa de perder a su hijo-. La - - actitud del padre, es un tanto más serena, se mantiene un -- poco a la expectativa e interviene poco -pareciera esta una- actitud un tanto evasiva y culpígena relacionada con sus -- ausencias y la poca relación que llevó con Paco durante su - infancia-.

La apariencia de Paco corresponde a un muchacho de su edad - un tanto desgarbado, muy tímido y serio. Durante la entre- vista se limitó a dar respuestas concretas, observando dificultad para la expresión de sus ideas.

Cuando se le preguntó que pensaba de venir al psicólogo contesta que "bueno porque me podría ayudar aunque no sé cómo". Continúa diciendo que sus papás le han dicho que es muy - - serio, que no se acerca o platica mucho con ellos, y enton--

ces el venir con el psicólogo a lo mejor le ayuda a relacionarse mejor, "a hablar más para que ellos no se sientan mal y para cambiar".

Dice no entender por qué reprueba, pues considera que sí estudia y aún así sale mal; ahora va a prepararse para los - - extraordinarios, aunque ha estudiado va a dedicarle más tiempo pues no quiere defraudar a sus padres. No considera que la muerte de su tío lo haya afectado tanto a pesar de quererlo mucho, como tampoco ve que relación puede tener esto con reprobar los exámenes.

ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR:

Paco ocupa el segundo lugar de tres hermanos; una hermana de 18 años y otra de 14 años.

Su padre de 45 años de edad trabaja como auditor en una compañía, razón por la cual los siete primeros años de su matrimonio viajó constantemente y sólo los fines de semana estaba con su familia. Actualmente continúa viajando pero con - - menos frecuencia y períodos de ausencia menos prolongados.

Esta situación, a decir de su esposa, propició períodos de - dolor por las despedidas, haciéndose finalmente una costum--bre para la familia. Informa además, que tenía que redoblar esfuerzos pues llegaba a sentirse preocupada y con mayor responsabilidad para la educación de sus hijos. Considera haber sido organizada y cuidadosa, con disciplina sin llegar a la rigidez. Recuerda contar con el apoyo de sus padres y -- hermanos, quienes la ayudaron durante las ausencias de su -- esposo. Es así como Paco establece mayor relación con la -- familia de su madre y en especial con el tío (el que fallece).

La madre informa que su hija mayor también tuvo problemas -- con dos materias durante la preparatoria, pero salió adelante. Lo mismo ocurrió con la más pequeña, un tanto inquieta y rebelde pero con buenas calificaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES:

El embarazo y parto fué a término y sin alteraciones; es alimentado al pecho durante un mes pues "Paco empezaba a rechazarlo". La locomoción y el lenguaje se iniciaron al año. De los dos a los cuatro años acostumbraba a chupar la punta de una cobija; a los dos años y medio se establece el control de esfínteres.

Desde los dos meses de edad, Paco dormía en el mismo cuarto que su hermana mayor; a los cinco años es trasladado a otro cuarto resintiéndolo con llanto. La mamá recuerda que Paco tendría cinco años cuando en una ocasión puso sus genitales entre las piernas de ella; ésto la desconcierta retirándose, y "Paco apenado sale corriendo".

A los seis años, su madre se da cuenta de que éste tenía dolores de cabeza, porque se privaba y se le ponían los labios morados, no podía llorar fácilmente. En alguna ocasión -- dice -- tuvo que pegarle para que reaccionara. Fué llevado al -- especialista quien diagnosticó fallas en la madurez de la -- corteza cerebral; se le dió tratamiento con epamín durante -- dos años al término de los cuales se consideró que había respondido adecuadamente al tratamiento.

Es a raíz de estos dolores de cabeza que su padres, especialmente su madre, se torna más cuidadosa con Paco, al pendien-

te de sus tareas, calificaciones, de su desarrollo. Fué un niño inquieto durante la primaria, se ganaba a sus maestros quienes lo querían y procuraban.

Desde pequeño, este tío materno (11 años menor que la madre) procuraba y cuidaba a Paco, estableciéndose una relación de calidez y confianza. Su tío jugaba con él, se lo llevaba cuando tenía actividades deportivas e incluso lo enseñó a jugar algunos deportes. Ya durante los últimos años de secundaria, empezó a tener cambios; se tornó introvertido y silencioso.

Paco comenta que cinco años atrás aproximadamente, su tío se casó y aunque se veían y seguían haciendo deporte juntos, fué cada vez con menos frecuencia. Con el nacimiento de sus hijos su tío se distanció casi por completo. Casi un año atrás lo habían enterado de la enfermedad de su tío, y un mes antes de morir, había ido a saludarlo encontrándole "en graves condiciones de salud", "no era el mismo, no se parecía" -se le enrojecen los ojos-.

Actualmente, le gusta el deporte, especialmente el tenis, aunque ahora lo practica poco. También hace deporte en la escuela e incluso está en un equipo. Le gusta estar en su cuarto escuchando música o estudiando en sus ratos libres. Casi no convive con sus hermanas.

Comenta no tener novia, y aunque le gustan las muchachas piensa que por ahora no le interesa, pues lo más importante es la escuela.

Con respecto a sus amigos, se lleva "tranquilo" con la mayoría de sus compañeros; a veces es callado pero no siempre. Tiene además algunos amigos por la colonia donde vive. Enri

que, es con quien desde la primaria se lleva bien y es su me jo r a m i g o. Cuando se juntan entre varios, "es relajiento -- como todos", en cambio con su familia nó sabe de que hablar, no se le ocurre nada.

Finalmente, comenta que los dolores de cabeza han vuelto, -- solo que con menos intensidad.

PSICODINAMIA:

Pareciera ser que Paco ha experimentado desde temprana edad sentimientos de rechazo y pérdida, siendo la primera experiencia el destete temprano, donde la madre argumenta que el niño "la rechazó". Quizá lo que podría pensarse, es en un rechazo inconsciente por parte de ella, ante la dificultad para manejar su propia ansiedad.

Otra pérdida temprana quizá tuvo que ver con los regresos y ausencias del padre, que ante su presencia, la madre disminuye la atención para con él y ofrecerla al padre, viviéndolo como un intruso.

El chuparse la cobija, sería entonces el objeto de transición encontrada, como una solución a la frustración y abandonos.

En plena época edípica (5 años) es separado nuevamente de un ser querido (su hermana) para ir a dormir solo. Esto pudo haber sido vivido por él como un castigo a sus fantasías incestuosas y que al parecer provocaban ansiedad en la madre, como cuando ella cuenta que "Paco sale corriendo apenado" al poner sus genitales en sus piernas, lo que hace pensar en un

mecanismo proyectivo de sus propias fantasías sexuales, que nos recordaría que el rechazo al amamantamiento quizá fué producto de una reacción ante su excitación sexual.

La instauración del superyó y de defensas tendientes al control de sus emociones (agresivas y amorosas), en este momento estarían representadas por los dolores de cabeza y la dificultad para llorar, ofreciendo a Paco la posibilidad de acercarse a su madre y ella a él.

Más adelante, puede desarrollar habilidades, un buen rendimiento escolar y de socialización apoyado en su tío-padre, modelo de identificación-objeto transicional con la madre y la mayor permanencia del padre, permitiéndole transitar durante la latencia -época escolar- sin tropiezos.

Es durante la adolescencia que Paco empieza a mostrarse "introverso y silencioso". Esto coincide con la pérdida progresiva de sus pautas infantiles y, por otro lado las ausencias de su tío (quien en ese entonces ya tiene su primer hijo) viviéndolas nuevamente como abandonos.

Ante la amenaza de pérdida del objeto de transición (el aviso de la enfermedad del tío), se reactivan mecanismos como los utilizados durante su infancia; surge la imposibilidad de expresar lo que siente, y con ellos los dolores de cabeza, fallas en la memoria, etc.

Un mes antes de fallecer el tío, reprueba exámenes; de alguna manera pareciera que él estaría reprobando una realidad dolorosa. Perdía un modelo de identificación.

En cuanto al entorno familiar actual, la preocupación y disposición de los padres para ayudara Paco al parecer se en-

cuentra con limitantes. En cuanto al padre, podría pensarse que durante años, las frecuentes ausencias le impidieron establecer una relación más cercana con su hijo. La actitud - un tanto a la expectativa y temerosa durante la entrevista, - parecieran reflejar sentimientos de culpa y temor, que le -- impiden darse la posibilidad de apoyar emocionalmente a su - hijo.

En cuanto a la madre, sus temores de verse embargada por sen timientos que propiciaban su ansiedad ante la cercanía de su hijo, se ven disminuidas por la presencia del padre, y torna en ella el deseo de protección y mimo. Sin embargo Paco, -- ante sus manifestaciones adolescentes -sexualidad, indepen-- dencia- ahora le resulta difícil mostrarse flexible ante él mismo y sus padres.

INTERPRETACION PANORAMICA:

Le digo a Paco lo siguiente: Das la impresión de no estar muy convencido de venir aquí, que vienes más por tus papás que por tí. Tampoco queda claro si lo que ellos consideran un - problema, lo es para tí; y si así fuese, tampoco sabes cómo se te podría ayudar... -y a continuación pregunto-... ¿siempre haces lo que tus papás quieren o dicen, en este caso, de venir aquí?...

La respuesta de Paco es que "no siempre... y si vendría porque a lo mejor me ayuda a platicar más con mis papás...".

... Y continúo. Bueno, si tú también deseas comunicarte más con ellos, aceptaste la propuesta y además estás aquí, creo que son suficientes razones.

Ahora bien; por lo que me han dicho tus papás y tú, te han estado pasando muchas cosas: la enfermedad y muerte de tu tío, el reprobar exámenes a pesar de haber estudiado bastante, los dolores de cabeza que han vuelto, todo se te ha juntado y eso cansa mucho. Pareciera que es cuestión de mala suerte, sin embargo, a veces ocurre que no es por casualidad que las cosas se le juntan a uno, sino que una viene hilada a otra, como reacción en cadena; pero se desconoce como se unen y por eso se ven como cosas diferentes entre ellas, -- cuando en el fondo tienen un punto en común. En este caso, -- lo que haríamos aquí tú y yo, será algo parecido; empezar a ver juntos que relación puede haber entre una cosa y otra de lo que te pasa. De esta manera tendrás una idea de lo que es ésto, cómo trabaja la mente y tener más claridad sobre tu -- situación personal y familiar.

DIAGNOSTICO PRELIMINAR:

Reacción de ajuste a la adolescencia, en una personalidad -- con rasgos obsesivos y depresivos, acompañada de una crisis -- por reactivación de duelos no elaborados, ante pérdidas re-- cientes.

Las funciones yoicas como la percepción, memoria, atención y concentración, se encuentran disminuídas por la aparición de la adolescencia y un superyó punitivo. Se pueden observar -- mecanismos defensivos como la negación, formación reactiva, -- racionalización y aislamiento del afecto.

COMPONENTES DEL FOCO INICIAL Y ALGUNOS PSICODINAMISMOS EN --
JUEGO:

La problemática por la que se presentan los padres y Paco, - está focalizada en su bajo rendimiento escolar, específicamente el reprobar dos materias; y, el otro aspecto que les - es mutuamente preocupante, es la dificultad de Paco para relacionarse y comunicarse mejor con los primeros.

Este último aspecto, se empieza a manifestar durante los últimos años de secundaria, precisamente cuando Paco incursiona hacia la adolescencia; la retracción de la libido hacia - sí mismo, el desprendimiento de las figuras parentales infantiles y con ello la movilización de sus sentimientos ambivalentes, pueden considerarse como uno de los elementos componentes del foco, donde al conjuntarse con la proximidad de - la muerte de su tío (el otro aspecto determinante) se reactivan sentimientos de dolor, rabia y temor por abandonos tempranos de que fué objeto.

La presencia de un superyó punitivo impide las anteriores -- manifestaciones afectivas, por considerarlas amenazantes; y en su deseo de preservar los lazos con sus seres queridos, - reprime y niega cualquier sentimiento que los afecte. Des-- plaza hacia su cuerpo (dolores de cabeza), hacia la escuela (reprueba exámenes) sentimientos de protesta y negativa, a - aceptar situaciones externas "impuestas" que no le son posibles de aceptar y manejar en forma más adaptativa.

DEVOLUCION A LOS PADRES:

El problema por el que están aquí, es que su hijo está reprobandando y les preocupan las razones de ello; por un lado piensan que algunas actitudes de hijo son resultado de esos dolores de cabeza, lo que le impide conducirse adecuadamente y aprender. En relación a esto, se les informa que los datos que se dan acerca de su desarrollo psicomotor, de su trayectoria escolar y de los exámenes neurológicos-psicométricos, descartan esta posibilidad.

Que quizá tiene que ver con otras razones y entre ellas la muerte de su tío. Sobre todo, que ellos no habían considerado por el deseo de ayudarlo y protegerlo, que Paco como adolescente ha empezado a madurar y que en esta época, los jóvenes tienden a ser torpes en sus movimientos, mientras se van adaptando a los cambios de su cuerpo, a encerrarse en sí mismos y, en todo caso, la familia resulta ser insuficiente a sus necesidades. Que el reprobar alguna materia inclusive, podía ser parte de este proceso de reajuste para alguno de ellos.

Que quizá, en su preocupación porque estos dolores de cabeza le hubiesen provocado cierta fragilidad y dificultad para salir adelante, le habían allanado el camino, protegiéndolo y ello lo apartaba de sus posibilidades de ser tratado como los demás y poner a prueba sus propias habilidades.

Al finalizar la entrevista con Paco, se llamó a los padres para establecer los términos del contrato terapéutico y los objetivos sobre los cuales trabajaríamos durante estos tres meses dos veces por semana, al término de los cuales se valoraría su situación.

METAS TERAPEUTICAS:

- Disminuir ansiedad y resistencias para el establecimiento de la alianza terapéutica, trabajando con sus afectos (específicamente con su superyó rígido).
- Trabajar en torno a algunas manifestaciones propias de la adolescencia, en términos de exploración y reconocimiento de afectos, el manejo de los mismos para con él, y sus padres, buscando mejorar la relación con ellos.
- Encaminarlo hacia una comprensión de sus dificultades para expresar sus emociones y la correlación que existe con sus manifestaciones sintomáticas (dolores de cabeza, reprobación exámenes) y en este caso la muerte de su tío.

PROCESO TERAPEUTICO:

A continuación se muestra la primera sesión.-

Después de un saludo un tanto informal de mi parte, lo invito a sentarse. (Trae un libro de texto, el cual pone sobre el escritorio que está de su lado).

T1 Veo que traes un libro...

P1 Sí, es que estoy estudiando anatomía porque voy a tener examen...

... Silencio.

(Toma el libro entre sus manos y lo hojea -se le nota - nervioso- se le cae una hoja que trae el dibujo del esqueleto humano).

T2 ¿Qué, estás estudiando el sistema óseo?

P2 Sí, pero tuve que hacer este dibujo (me extiende la hoja, la tomo y miro detenidamente el dibujo mientras él continúa hablando) para estudiar mejor los huesos porque luego se me confunden, son muchos, y así voy viendo donde van y con qué otros huesos se articulan.

T3 Algo así como lo que vamos a hacer aquí.

... Sonríe en silencio.

T4 Y bueno, que te parece si me platicas que has pensado - de venir aquí, ahora que ya estuvimos platicando un poco durante la entrevista.

P3 Pues... que sí quiero venir, no sé en qué consiste, - - pero a lo mejor sí creo que me pueda ayudar...

T5 Y dime, como está eso de los dolores de cabeza que te - daban de pequeño, los estudios médicos y los exámenes - reprobados.

P4 Sí, es que cuando estaba más chico -todavía se considera chico- dice mi mamá, yo no me acuerdo, que me dolía la cabeza mucho; me llevaron al médico y me estuvieron dando medicamento durante algún tiempo... creo dos años o algo así. Luego yo me acuerdo que tendría ocho años - más o menos, cuando me llevaron al psicólogo... me hicieron unos estudios psicológicos, pruebas creo, y no -

había nada, salí bien. Los dolores de cabeza ya no me daban... hasta apenas hace tiempo, me volvió a doler la cabeza aunque menos intenso.

T6 ¿Hace cuánto?

P5 (Pausa) uno o dos meses.

T7 ¿Y qué cosas te acuerdas que ocurrieron en ese tiempo, - hace uno o dos meses?

P6 ... Pausa... Murió mi tío. Un mes antes había ido a visitarlo y lo ví muy mal, no se parecía; al mes murió.

T8 Se hace un silencio que inmediatamente aprovecho para - dejarle ver con una expresión de sorpresa la coincidencia de fechas, confirmando también su sorpresa.

T9 No es para menos el dolor de cabeza ¿no?. Se puede entender también el por qué no pasaste esos exámenes a -- pesar de haber estudiado.

P7 ... Pausa... Pues no creo que lo de mi tío me haya afectado mucho, pues ya nos habíamos separado... quizás un poco pero no para reprobar.

... Silencio.

T10 Mi sensación es que él está enojado por el "abandono" - de su tío y que por tal razón se resiste, negando su -- tristeza.

T11 Ya no estaban tan cerca el uno del otro... por eso piensas que no te afectó tanto.

P8 No, pues hace como cinco años más o menos, él se casó,-
tuvo a sus hijos. Al principio todavía jugábamos algún
deporte, pero poco a poco se tuvo que ir dedicando a --
sus cosas, el trabajo, sus hijos, y pues yo a las mías;
las clases, estudiar para los exámenes... empezaba yo -
la secundaria y había que estudiar más.

... Silencio.

T12 Parece que la entrada a la adolescencia no fué del todo
fácil. (Reflexión)

T13 A veces uno se ve en la necesidad de tener que aceptar-
situaciones, aunque éstas no sean de nuestro agrado; --
aunque ésto tampoco quiere decir que nos conformemos.

P9 (Sonríe y guarda silencio).

T14 No continuó con el tema; por el momento parecía ser su-
ficiente.

T15 Y que tal ¿Cómo va esa escuela?

P10 Bien, como es saleciana tienen muchas cosas, hay buenos
maestros...

T16 ¿Y qué tal con ellos?

P11 Son muy rígidos, por ejemplo la maestra de literatura -
no me agrada, porque es voluble y luego la agarra con--
tra nosotros. En cambio el maestro de física, la mate-
ria es difícil y sin embargo me llevo bien con él... lo
tengo que ir a ver para preguntarle del examen.

T17 ¿Ah si? -invitándolo a continuar-

- P12 Quiero revisar el examen si se puede... -¿?- porque no sé que estuvo mal, yo pensé que iba a salir bien, mejor, pero no fué así y quiero saber en qué me equivoqué. Luego algunos maestros no aceptan que uno les pida revisión quien sabe por qué... pero voy a ver a este maestro, no creo que se niegue, otras veces he platicado -- con él, creo que ya me conoce.
- T18 Fíjate que curioso, de entre todos los maestros que tienes, precisamente platicas de aquellos con los que tienes dificultades en sus materias: literatura y física. Repruebas la materia de una maestra que te cae pesada, - pero también repruebas la materia que te gusta y además, te cae bien el maestro!... ¿Puede caerte bien una gente que te reprueba?
- P13 (Sonríe) Pues sí, por qué no, si uno es quien se reprueba, ellos nada más cumplen con su trabajo, nos revisan - y ponen lo que uno se sacó.
- T19 Esto me hace pensar en algo que a veces hace que las -- personas se confundan. Fíjate; por un lado pueden existir sentimientos positivos hacia una persona y sentimientos negativos hacia otra persona, como es el caso - de estos maestros, y no hay pierda; pero cuando a una - misma persona se le tiene coraje y se le quiere al mismo tiempo la cosa se complica, pues no se sabe que sentir ni que pensar... uno se confunde mucho.
- P14 Algo así me pasa con mis hermanas; luego nos llevamos - de pleito. Con la mayor no me llevo bien y con la más chica luego se revela, me hace enojar, pero de todas -- maneras las quiero.

T20 Si, luego así pasa. Lo mismo ocurre con los amigos, -- los maestros y hasta con los papás. El hecho de que -- uno se enoje con estas personas no quiere decir que deje uno de quererlos, ni que dejen de querernos por mostrarles nuestro enojo.

P15 ... (Pensativo)... si, puede ser...

T21 Bueno Paco, se nos terminó el tiempo...

Esta sesión pretende ilustrar, las vicisitudes por las que -- en ocasiones se enfrentan el terapeuta y el paciente, en las sesiones iniciales del tratamiento, donde la ansiedad y las resistencias pueden entorpecer el establecimiento de la -- alianza terapéutica, especialmente en esta edad.

Los instrumentos técnicos utilizados en esta sesión fueron:

Intervenciones directas	T1 - T2 - T16 - T17
Exploración	T4 - T5
Señalamiento	T3 - T7 - T18
Información	T19
Rectificación y Confirmación	T11 - T13 - T8 - T17 - T20
Interpretación	T9
Otras intervenciones	T6 - T15

En algunos momentos del material (T12) podía observarse puntos de correlación con hechos pasados y relacionados con las metas terapéuticas, solo se retoma el aspecto de reconocimiento de afectos en una forma general por considerarlo más- ilustrativo y necesario en ese momento.

La temática de la sesión en (T14) retoma otro aspecto; la escuela aparentemente desligado uno del otro. Las siguientes intervenciones (T15), (T16) se enfocaron a ello.

CIERRE DEL TRATAMIENTO:

Al término del tratamiento se evaluó primero con el paciente y posteriormente con ambos padres los logros alcanzados.

Paco comentó que se sentía mejor; se había dado cuenta que ahora podía reconocer sin tanto temor que no le gustaba que su madre estuviera siempre al pendiente de él, que había cosas que podía y quería decirle y otras que prefería guardárselas (como era el caso de las novias); que con su padre le costaba más trabajo platicar pues casi no habían convivido y que le era más fácil cuando su papá iniciaba la plática; entonces si platicaban de muchas cosas. Compartía con gusto actividades familiares pero también se daba cuenta que ahora podía quedarse solo en casa sin sentirse mal, por las insistencias de sus padres a llevarlo a reuniones familiares.

Aparte reconoce que con su tío, quedó como un hueco pues sí lo quizo mucho, también se da cuenta de que ha estado enojado con él porque se había alejado, por eso él también se alejó de él, casi durante el año de su enfermedad. Se siente además un poco culpable.

En relación a la escuela, le cuesta menos trabajo estar atento y piensa que puede mejorar mucho ya. Los dolores de cabeza tampoco han vuelto.

Paco considera que le ha servido el venir a consulta que por lo pronto no cree muy necesario el continuarlas, y que verá como se siente más adelante.

Los padres comentan que Paco ha estado cambiando. Está más animado, contento, platica más con ellos y se pelea menos -- con sus hermanas. En relación a la escuela se le observa -- más tranquilo por lo que piensan que va mejorando.

Finalmente los padres proponen la posibilidad de que Paco -- continúe su tratamiento. Se les pide que lo hablen con él y dependiendo de ello, lo soliciten a la Clínica.

REFLEXIONES SOBRE EL CASO:

En una etapa inicial del tratamiento el trabajo se orientó -- básicamente a establecer la alianza; no solo se trabajó con su dificultad para reconocer afectos, sino el poderlos expresar. Para ello se retomaron ejemplos cotidianos de otros -- jóvenes de su edad, así como el hacer uso de esquemas y dibujos que le permitieran una aproximación de como funcionaba -- la mente y la importancia que tenían sus actos, sentimientos y pensamientos, los cuales no se daban nada más porque sí.

Más adelante se fueron incluyendo algunas apreciaciones so-- bre la conducta de los padres y de él como único hijo varón-- y además adolescente. Para ello se retomaron impresiones de las entrevistas, funcionando el terapeuta como un yo auxi-- liar que se permitía externar pensamientos y sentimientos, -- cuidando de no lastimar la imagen de los padres. Ante esto, Paco, tímidamente fue reconociendo y aceptándolos como parte de sus vivencias. Su actitud rígida ante la escuela, su exagerado deber de estudiar por "sus padres", su obediencia y --

rectitud "hasta de pensamiento" se mostraron más claramente, llevándolo a una postura un tanto más flexible, incluso hasta para hacer alguna crítica a su tío y familia.

Igual ocurrió con respecto a las familias de ambos padres.

Esto dió lugar a retomar algunos duelos que para él eran - - evidentes: el nacimiento de la hermana, el dejar de ser el - - consentido, dejar de ser niño y tener que enfrentarse a nuevas obligaciones, el matrimonio de su tío y su muerte.

Ahora, cuando su tío lo había incluido en su testamento, él prefería otorgar estos bienes a su viuda para que sus hijos-tuvieran un mejor porvenir.

Los padres solicitaron una interconsulta a mediados del tratamiento, la cual se aceptó. El material fué incluido en las sesiones de Paco.

El padre expresó su deseo de acercarse más a su hijo, pero - se sentía con dificultades para hacerlo; al respecto, se retomaron algunos datos observados durante la entrevista y se -- exploraron algunos temores.

Se trabajó con la ansiedad de la madre quien se sentía con - la preocupación de su hijo, pues solo ocasionalmente él llegaba a comentarle sobre las sesiones.

Se les orientó sobre la etapa por la que pasaba Paco, explicándoles que ellos a su vez también estaban dentro de ese -- proceso, lo que explicaba sus temores y deseo de acercarse - más a Paco.

Considero que el trabajo se realizó y ahora toca a Paco - -- "aprovechar el impulso" apoyado en sus propias capacidades y procesos de cambio.

C O N C L U S I O N E S

I.- La necesaria revisión teórica, en la búsqueda de otros modelos y abordajes psicoterapéuticos con el propósito de ofrecer una alternativa de atención más adecuada a la población adolescente que solicita el servicio en una institución como la descrita, constituyó la premisa fundamental de la presente tesis. Los elementos que fueron considerados para la elaboración de la misma, podemos sintetizarlos de la siguiente manera:

- Los índices de deserción durante el proceso diagnóstico y de tratamiento, así como los porcentajes de mayor permanencia en este último, citados en la primera parte de la tesis.
- Las causas que fueron consideradas como posibles, tanto en relación a las características psicológicas de la población de pacientes, como a las de la propia institución específicamente a las que se refieren al modelo técnico que se aplica en la misma.

II.-Nuestra tesis "La Psicoterapia de Esclarecimiento de Tiempo y Objetivos Limitados como un Abordaje Psicoterapéutico en el Tratamiento con Adolescentes en una Institución" parte de los siguientes postulados:

- Un tratamiento, en el que el terapeuta desde un principio se hace cargo del proceso terapéutico, explícita desde el encuadre la tarea específica a trabajar en un tiempo determinado, disminuye en forma considerable los índices de deserción.

- El paciente adolescente por sus características psicológicas, requiere de un abordaje que focalice su problemática a diferencia de un tratamiento más prolongado, que en la mayoría de las veces no responde a sus necesidades y expectativas.

III.-El marco teórico estuvo constituido por un lado por la teoría psicoanalítica, específicamente por la parte relacionada con el proceso adolescente y por otra, por algunos conceptos fundamentales en relación a la teoría de la técnica de las llamadas psicoterapias breves, basando nuestro estudio en este campo, en los conceptos de Fiorini, Malan, Aberastury, y Kalina principalmente.

De la revisión y análisis de marco teórico se estructuró el modelo de abordaje que comprende como modificaciones sustanciales al implemento en la institución a la que hacemos referencia, los siguientes aspectos:

- La entrevista inicial que proponemos sea con los padres.
- La función del terapeuta entrevistador, como responsable del tratamiento.
- La información que se proporciona a los padres y paciente (devolución e interpretación panorámica) antes de establecer el encuadre.
- El establecimiento de un contrato a tiempo (tres meses) y objetivos limitados.
- La modalidad de la supervisión.- Ambas terapéutas nos reunimos una vez por semana, con una duración de hora y media durante el tiempo que duró el tratamiento, situación que nos permitió un conocimiento más profundo de los pacientes así como de la dinámica del proceso terapéutico.

IV.- Podemos mencionar a manera de conclusiones aquellos aspectos que consideramos como algunas ventajas en la aplicación de la modalidad propuesta tanto para la institución, para el terapeuta en formación como para el propio paciente.

DESDE LA INSTITUCION.-

- La simplificación del proceso de admisión, que responde de una manera eficaz e inmediata a las llamadas "urgencias" del paciente, evitando el burocratismo que en muchas ocasiones implementa el tratamiento, cuando este -- para el solicitante, ya no resulta necesario, dándose -- una continuidad de las entrevistas diagnósticas al tratamiento.
- El establecimiento de contratos por tiempo y objetivos -- limitados, permite la atención psicoterapéutica en un -- espacio temporal específico, propicia mayor fluidez a la atención de pacientes, así como la posibilidad de otorgar servicio a un mayor número de ellos.
- Ambos aspectos, reducen en forma considerable los índices de deserción y la actual lista de espera.
- La implementación y ajuste de estrategias psicoterapéuticas acordes a la demanda asistencial del mayor porcentaje de la población existente en nuestro país.

DESDE EL TERAPEUTA.-

- El tener inicialmente la entrevista con los padres y pos

teriormente con el paciente, le permite obtener impresiones e información directa, que favorece un diagnóstico - preliminar más temprano e integral; asimismo una focalización de la problemática que apoya a las intervenciones del terapeuta desde el proceso diagnóstico mismo, con -- fines terapéuticos.

- La focalización del problema, así como la implementación de estrategias a seguir, evita la dispersión en el proceso terapéutico.
- La obtención de resultados en un lapso menor de tiempo, -- por la aplicación de este tipo de técnicas, aumenta la - seguridad y autoestima del terapeuta.
- La adquisición de mayor experiencia clínica, relacionada con el mayor número de pacientes tratados y supervisados.
- La capacitación en este tipo de abordajes psicoterapéuticos mismos que no son aplicables solamente a la pobla- - ción adolescente sino a una gran variedad de padecimien- tos emocionales.

DESDE EL PACIENTE ADOLESCENTE.-

- Las intervenciones del terapeuta desde la entrevista inicial encaminadas al esclarecimiento de la situación inmediata, la focalización conjunta de la problemática, así como la tarea a desarrollar en un tiempo específico, ayuda al paciente a reducir su ansiedad y desconfianza, respondiendo de una manera concreta a sus expectativas y necesidades.

- La modalidad propuesta permite al adolescente que en un lapso de tres meses focalice y esclarezca su problemática, sin que lo anterior signifique necesariamente la "cura" de la misma, pero si un proceso de aprendizaje para entender y manejar de manera diferente sus conflictos.
- Dicha modalidad brinda al paciente adolescente la opción de continuar o no un tratamiento en función de sus propias necesidades y expectativas y no en función de las necesidades y expectativas del terapeuta, la institución o de sus padres.

CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES.-

Finalmente queremos compartir con el lector algunas de las reflexiones que se desprenden de la experiencia obtenida en la elaboración de la presente tesis:

- El mayor obstáculo con el que nos encontramos fué la dificultad en un principio para internalizar un modelo de tratamiento diferente al aprendido durante nuestra formación.
- No se contempló la posibilidad de establecer re-contratos, dado que el llevar a la práctica esta modalidad, tuvo como objetivo verificar su funcionalidad al evitar la deserción. Sin embargo es importante volver a mencionar que dos de las pacientes solicitaron continuar el tratamiento, situación que señalamos y considramos no inválida la modalidad propuesta.

- Cabe señalar que a poco más de un año de terminación de los tratamientos, se realizó una entrevista con cada uno de los pacientes que concluyeron el contrato terapéutico; los resultados en términos generales pueden ser considerados como favorables, en la medida que para dos de -- ellos la experiencia terapéutica les permitió esclarecer su problemática y resolver las dificultades de ese momento, no existiendo hasta ahora la necesidad de retomar un tratamiento.
- En base a ello, consideramos importante la necesidad de establecer controles de seguimiento que permitan comprobar la utilidad del enfoque que proponemos, pues, como -- lo hemos venido señalando, el propósito de esta tesis -- fué que la técnica de psicoterapia de esclarecimiento de tiempo y objetivos limitados evita o desminuye los índices de deserción. Será motivo de futuras investigaciones la comprobación de los resultados clínicamente obtenidos en su aplicación.
- El modelo propuesto es aplicable a cualquier tipo de institución que se dedique al tratamiento de pacientes adolescentes, con la salvedad de tomar en cuenta las modificaciones que la propia institución requiera.
- Puede ser utilizada como primera y/o única opción, donde la atención ofrecida por la institución estaría en función del esclarecimiento y focalización de la problemática del paciente a un tiempo determinado. Otra opción sería la de realizar re-contratos ya sea con la misma modalidad de terapia o bien, con cualquier tipo de modalidad terapéutica utilizada por la institución.
- Finalmente consideramos que dadas las condiciones actuales del país (el gran número de pacientes que solicita --

tratamiento así como la situación económica entre otras) lleve a las instituciones que se dedican al tratamiento de pacientes con trastornos emocionales a replantear, -- sus estrategias de abordaje terapéuticos y para ello, -- proponemos la creación de cursos teórico-prácticos sobre psicoterapias planificadas.

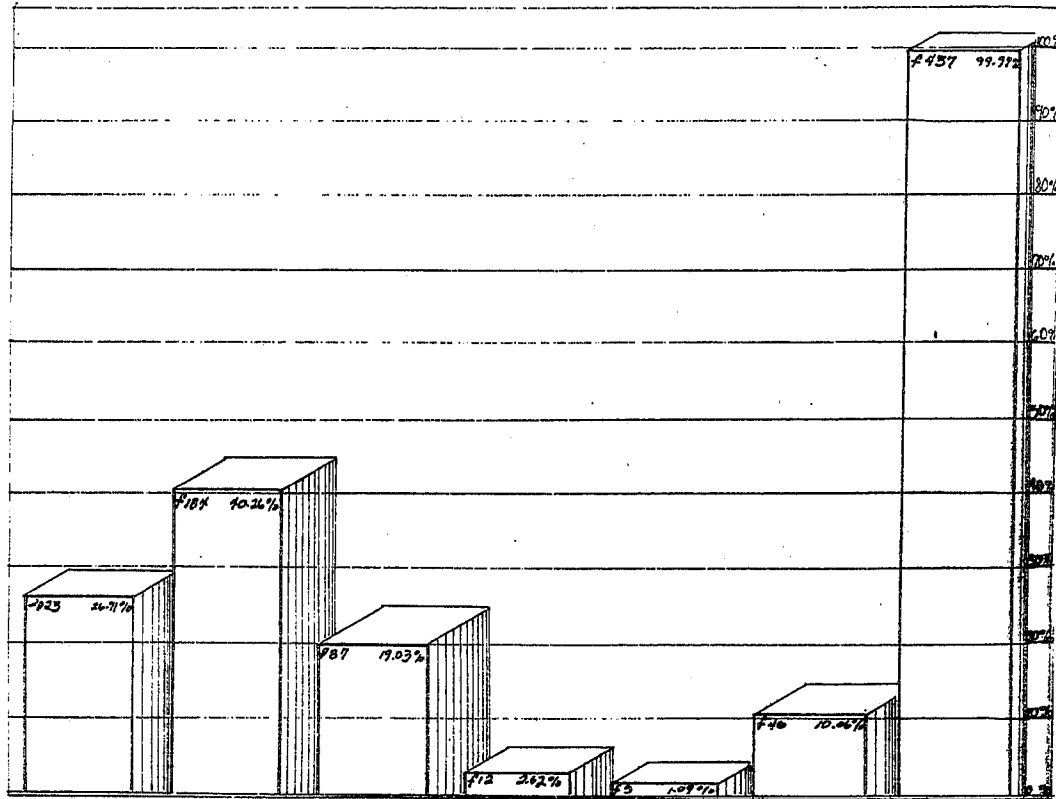
B I B L I O G R A F I A

- ABERASTURY ARMINDA (7) (39) Teoría y Técnica del Psicoanálisis del Niño. B.Aires 1962. Edit. Paidós.
- ACOSTA, CABALLERO, SALCIDO (1) Radiografía Diagnóstica de la Clínica Escuela. México 1982. IMPPA.
- ALBOUKREK, CHAMPION, TUBER (13) Modalidad Específica para la Grupoterapia de Adolescentes. VI Reunión del Forum Panamericano para el Estudio de la Adolescencé. México 1983. IMPPA.
- ALEXANDER Y FRENCH (10) Terapéutica Psicoanalítica. 2a. Edición B. Aires 1985. Edit. Paidós (Pág.31-178).
- BARRIGUETE ARMANDO DR. (16) Creación y Desarrollo de un -- Instituto. Memoria 1er. Encuentro Interdisciplinario sobre Adolescencia. México 1981. IMPPA (Pág. 243-254).
- BELLAK SMALL Psicoterapia Breve y de Emergencia. 2a. Ed. México 1970. Edit. Pax (Pág. 31-115).
- BLOS PETER (2) (8) (23) (25) (27) Psicoanálisis de la Adolescencia. 2a. Ed. México 1975. Edit. Joaquín Mortiz (Pág.15-311).
- BLOS PETER (29) La Transición Adolescente. B. Aires 1981. Edit. Amorrortu. (Pág. 141-157).
- BRAIER EDUARDO (32) (35) Psicoterapia Breve de Orientación Psicoanalítica. B. Aires 1981. Edit. Nueva Visión. (Pág. 13-172).
- CLARAC PAULE (12) Interrupción del Tratamiento por parte de Pacientes Farmacodependientes durante el Período 1981-1982. Aportaciones Teórico-Prácticas para el Conocimiento del Farmacodependiente. Serie técnica vol. 5. México 1984. Ed.CIJ (Pág. 81).

- DUPONT MARCO ANTONIO DR. (26) Tres Vertientes en el Desarrollo Adolescente y una Viñeta de Campo. Memoria 1er. Encuentro Interdisciplinario sobre Adolescencia. México 1981. Edit. IMPPA (Pág. 255-266).
- ERIKSON ERIK (22) (24) (28) Identidad, Juventud y Crisis. B. Aires 1968. Ed. Paidós (Pág. 37-116).
- FIORINI HECTOR (37) (38) Teoría y Técnica de Psicoterapia. 4a. Edición. B.Aires - - 1974. Ed. Nueva Visión (Pág. 9-219).
- FIORINI H.-PEYRU GRACIELA (11) Aportes Teóricos-Clínicos en Psicoterapias. B. Aires 1978 Ed. Nueva Visión.
- FREUD ANA (6) Psicoanálisis del Desarrollo del Niño y del Adolescente. México 1980. Ed. Paidós (Pág. 183).
- FREUD SIGMUND (19) (26) Teoría Sexual. Tomo I Obras Completas. 3a. Edición Ed. Biblioteca Nueva Madrid 1948.
- GREENSON RALPH (36) Teoría y Técnica del Psicoanálisis. 2a. Edición. México 1978. Ed. Siglo XXI (Pág.23-68).
- ITZIGSOHN JOSE-DASBERG HAIM Terapias Breves. Universidad de Salamanca 1985. Ed. Kadmos. (Pág.23-56).
- KALINA EDUARDO (40) Contribución al Estudio del Encuadre en el Análisis de Adolescente. Técnica del Tratamiento Psicoanalítico de Adolescente. Soc. de Psic. Médica, Medicina Psicosomática y Psicoanálisis, de la Asoc. Médica Argentina. B.Aires 1966. (Pág. 311-327).
- KESSELMAN HERNAN Psicoterapia Breve. 2a. Edic. B. Aires 1972. Ed. Kargleman.

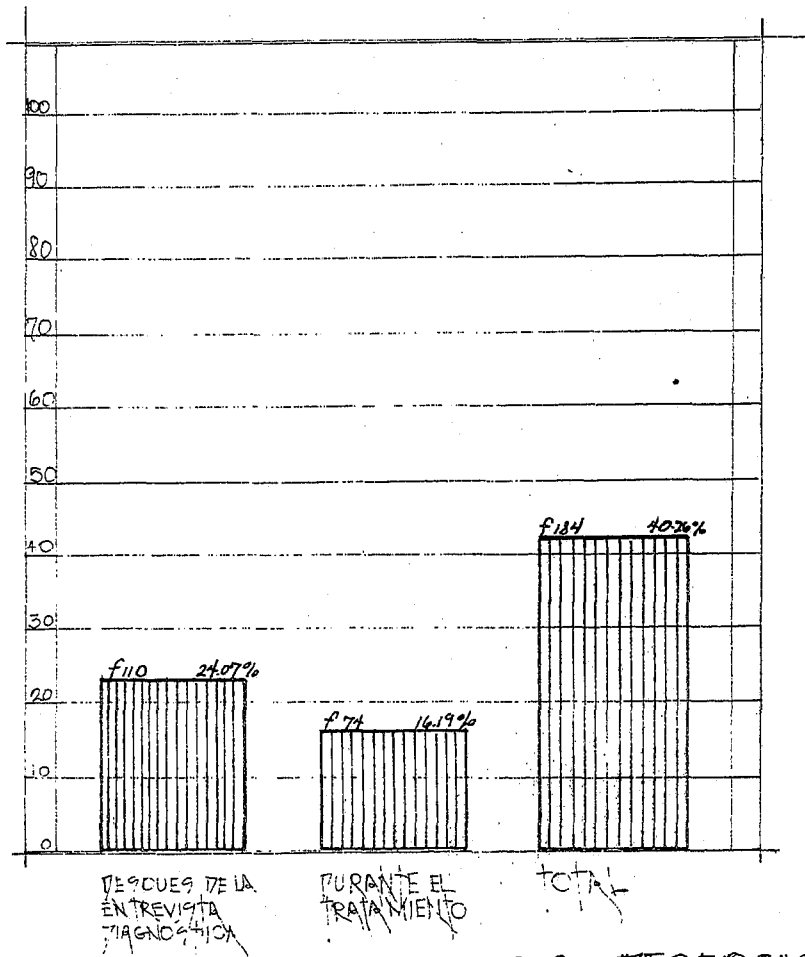
- KUSNETZOFF JUAN (4) (5) Psicoanálisis y Psicoterapia Breve en la Adolescencia. Buenos Aires 1975. Edit. Kargie-man (pág. 23-61; 129-211).
- LAPLANCHE, PONTALIS (34) Diccionario de Psicoanálisis. 2a. Edición. España 1974. Edit. Labor.
- MALAN D.H. (30) (31) (32) La Psicoterapia Breve. Centro Editor de América Latina. B. Aires 1963. (Pág. de la 13 a la 56).
- MAHLER MARGARET (20) (21) Simbiosis Humana. Las Vicisitudes de la Individuación. México 1972. Edit. Joaquín Mortiz (17-51).
- MAHLER MARGARET (18) El Nacimiento Psicológico del Infante Humano. B. Aires 1975. Edit. Marymar. (Pág. 53-135).
- RAMIREZ SANTIAGO (9) Existe la Adolescencia un Intento Interdisciplinario de Definición. Memoria 1er. Encuentro Interdisciplinario -- Sobre Adolescencia. México 1981. IMPPA (pág. 49-56).
- SUAREZ C. GEORGINA PST (17) El Adolescente Urgencia de un Espacio en la Psicoterapia. IMPPA-Clinica. Memoria 1er. Encuentro Interdisciplinario Sobre Adolescencia. México 1981- IMPPA (Pág. 299-314).
- SAN ROMAN FEDERICO DR. (3) El Adolescente, Urgencia de un Espacio en la Psicoterapia. Memoria 1er. Encuentro Interdisciplinario Sobre Adolescencia. México 1981- IMPPA. (pág. 291-298).
- WOLBERG LEWIS R. Handbook of Short Term Psychotherapy. Ed. Thieme Stratton N.Y. 1980 (Pág. 35-48).
- YOUNG P. (14) (15) Métodos Científicos de la Inv. Social. Inst. de Investigaciones Soc. 2a. Ed. México 1960 (Pág. 269-298).

A N E X O S

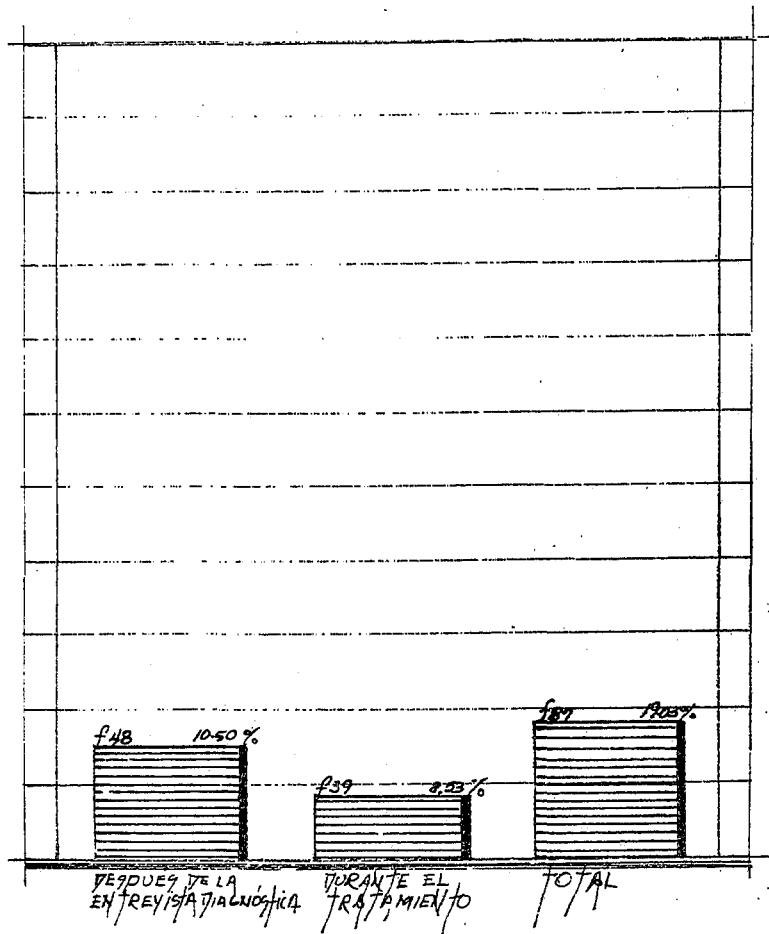


Canalizaciones Ejercicios Bajas Cursan Altas Sin dato Total

8. DATOS DE LOS EXPEDIENTES EN RELACION A:

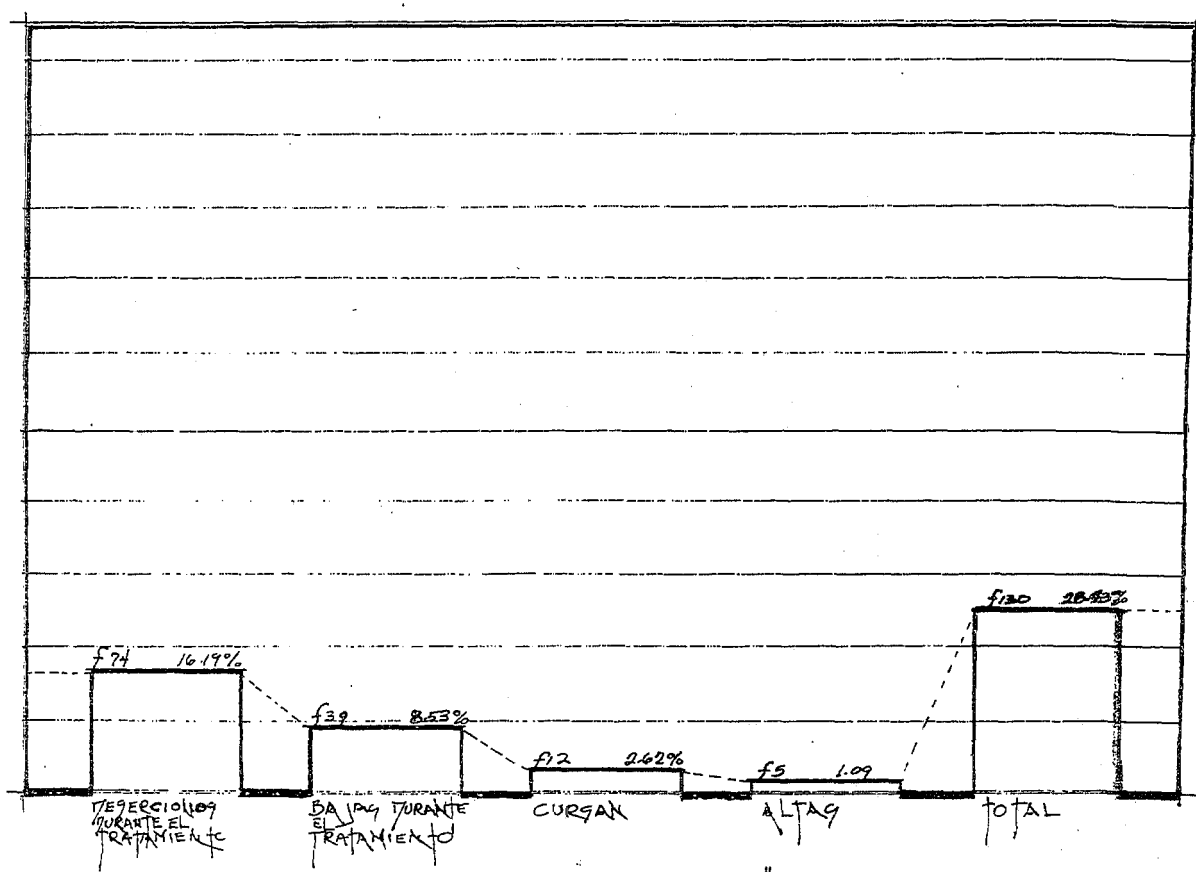


8.2 DESERCCIONES

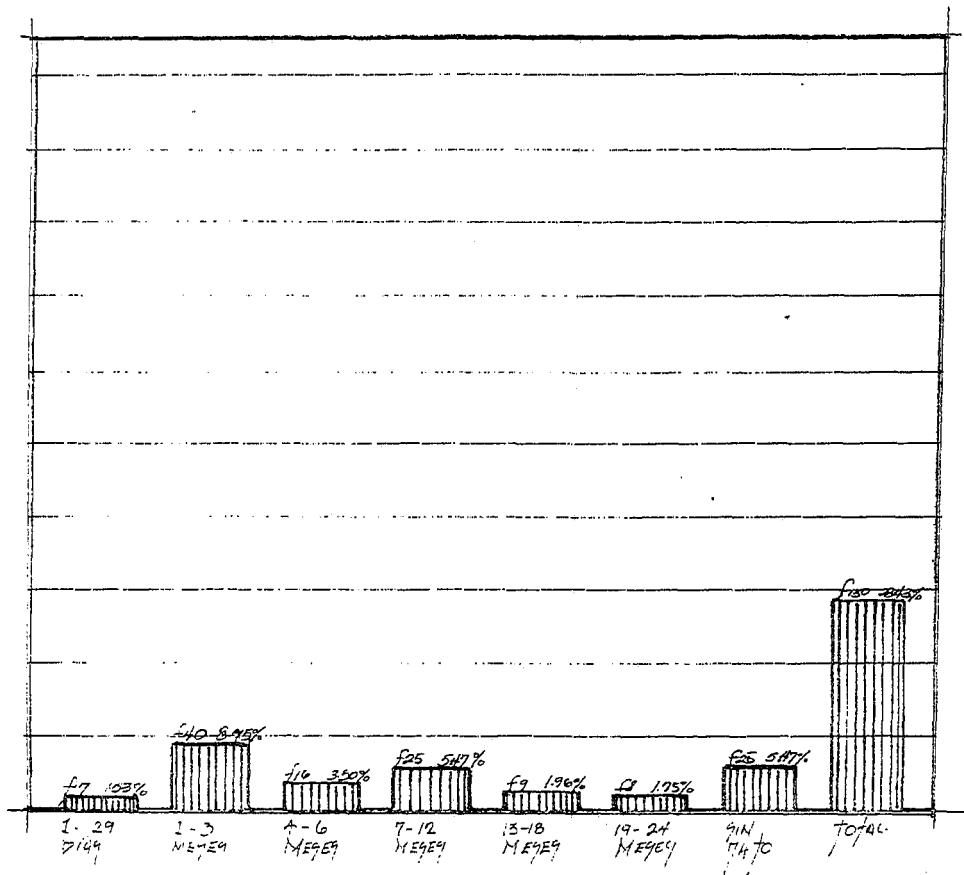


8.3

BAJAS



10. DATOS DE LOS EXPEDIENTES EN RELACIÓN AL TRATAMIENTO



12. DURACION EN TRATAMIENTO