



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA
DESERCION DEL TRATAMIENTO DE LA
FARMACO-DEPENDENCIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A :
PSICOLOGO: ESTHER RUBINSTEIN BAUMFELD

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ

SINODALES: MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS

MTRA. LUZ MARIA SOLLOA G.

DRA. SARA CRUZ MORALES

DRA. LUISA ROSSI HERNANDEZ

MEXICO, D. F.

1997.





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

Esther

TESIS DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA

" ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA DESERCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LA FARMACO-DEPENDENCIA. "

INDICE

	<u>PAG. No</u>
	1
	9
CAP. I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
CAP. II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	13
CAP. III. MARCO TEORICO	14
APARATO PSIQUICO	21
3.1 ADOLESCENCIA	33
3.2 DEFINICION DE FARMACO-DEPENDENCIA	34
3.2.1 FARMACO-DEPENDENCIA EN EL ADOLESCENTE	36
3.3 ETIOLOGIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS	37
3.3.1 FACTORES DE PERSONALIDAD	38
3.3.2 FACTORES SOCIALES	42
3.3.3 FACTORES FAMILIARES	46
3.4 TRATAMIENTO	46
3.4.1 TIPOS DE TRATAMIENTO (DIFERENTES ENFOQUES)	47
3.4.2 ENCUADRE PSICOANALITICO	48
3.4.3 FACTORES RELACIONADOS AL EXITO O FRACASO DEL TRATAMIENTO	58
ADICTOS A NARCOTICOS	61
EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO	61

CAP. IV.	METODOLOGIA	69
4.1	EL METODO CLINICO	69
4.2	DESCRIPCION DE LA MUESTRA (SUJETOS)	75
4.3	DESCRIPCION DE LA INSTITUCION (ESCE- NARIO)	87
4.4	PROCEDIMIENTO (CONTEXTO INSTITUCIO- NAL, CONTROL, SUPERVISIONES)	89
4.4.1	CONTEXTO INSTITUCIONAL	90
4.4.2	CONTROL INSTITUCIONAL DE LOS PACIEN- TES	92
4.4.3	SUPERVISIONES	93
4.4.4	DEFINICIONES OPERACIONALES	94
CAP. V.	RESULTADOS OBSERVADOS	95
5.1	ALGUNOS RASGOS COMUNES OBSERVADOS EN LA CASUISTICA	95
5.2	ALGUNOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN EN LA RELACION PACIENTE-TERAPEUTA, DERI- VADOS DE LAS DIFERENCIAS SOCIO-CULTU- RALES QUE SE DAN ENTRE AMBOS	105
5.3	EL UNIVERSO DE PACIENTES ALGUNOS RASGOS SOCIO-CULTURALES QUE CARACTERIZAN EL UNIVERSO DE LOS PACIEN- TES ESTUDIADOS, QUE INCIDEN EN SU TRATA- MIENTO PSICOTERAPEUTICO	111
5.4	ESTUDIO PORMENORIZADO DE TRES CASOS CLINICOS	115
5.4.1	HISTORIAL No 1 - RICARDO	115
5.4.2	HISTORIAL No 2 - LEON	140
5.4.3	HISTORIAL No 3 - TOMAS	168
CAP. VI.	CONCLUSIONES	200
CAP. VII	RECOMENDACIONES	207
	BIBLIOGRAFIA	211

INTRODUCCION

El problema del consumo habitual de drogas que modifican el estado psíquico del individuo, su comportamiento y alteran su percepción, ha adquirido en las últimas décadas una característica diferente con respecto a épocas anteriores, debido a que este trastorno ha alcanzado su mayor difusión entre los jóvenes, adolescentes y niños, quienes son en la actualidad los principales consumidores de dichas sustancias.

Este fenómeno sin precedentes ha llegado a ser motivo de gran preocupación pública en los Estados Unidos, Europa y América Latina.

Un estudio realizado en México (Clarac, 1976) revela que el problema en este país comienza a hacerse notorio en los años sesentas, acrecentándose en los años siguientes y abarcando a generaciones cada vez más jóvenes.

Investigaciones realizadas en México indican que la droga de mayor consumo en la clase media es la marihuana, por su bajo costo. En los estratos sociales más bajos la prevalencia con la marihuana es compartida por los solventes industriales, debido a su fácil adquisición y por consiguiente, mayor accesibilidad.

El estudio mencionado refiere además, aumento en el consumo de anfetaminas y en cantidad menor, empleo de alucinógenos tales como el peyote y hongos alucinatorios.

La tendencia al empleo habitual de drogas en los jóvenes no puede estudiarse como un hecho aislado, sino que debe analizarse dentro del contexto general de la problemática del adolescente en el mundo actual.

La drogadicción se da en todos los estratos sociales, pero los motivos de este trastorno, así como sus patrones de consumo, están determinados por la clase social del individuo.

Para Aberasturi (1978), la adolescencia sería como un fenómeno de desprendimiento de la condición del niño, que le resulta tan difícil al joven como a sus padres.

Esta autora considera a la adolescencia como una etapa del desarrollo, en la cual los cambios corporales, psicológicos y la relación con sus padres, serían pérdidas definitivas que conducen a un duelo que necesita ser elaborado.

Durante dicho duelo la conducta del adolescente experimenta oscilaciones, cae en contradicciones y confusiones causadas por la dificultad de resolver su problema de identidad.

Tales fluctuaciones no siempre suelen ser bien toleradas por los padres, que rechazan la rebeldía y la crítica que constituyen un intento de romper con la idealización de los padres.

Este proceso de desprendimiento suele adquirir, a veces, caracteres dramáticos cuando los padres no han resuelto sus propios problemas.

La juventud de los hijos suele despertar la envidia de los padres, agravando los conflictos que se presentan en esta fase.

A este respecto, Barriguete (1987) opina que la crisis de los adolescentes reactualiza la crisis de adolescencia de los padres, de modo que ambas llegan a cruzarse, circunstancia que retrasa el proceso de maduración emocional del joven.

Aberasturi (1978) sostiene que las observaciones descritas son resultado del estudio del adolescente urbano de clase media, y que las características observadas en este grupo no son del todo extensivas a los problemas que enfrenta el adolescente rural y proletario.

El grupo de sujetos que integró la muestra en el presente trabajo se caracterizó por su pertenencia a los estratos bajos del Distrito Federal, y también por su carencia de una preparación adecuada para conseguir un trabajo satisfactoriamente remunerado.

No obstante, el medio les exige incorporarse rápidamente a la vida adulta, trabajar y obtener un ingreso, pero la sociedad no les ofrece posibilidades reales para lograrlo.

Por consiguiente, las escasas posibilidades que la sociedad ofrece a estos adolescentes y jóvenes que carecen de un oficio calificado, son circunstancias que dificultan gravemente su problemática en esta etapa evolutiva tan complicada por los fenómenos ya señalados.

A tales afirmaciones, nosotros agregamos que los jóvenes provenientes de los sectores de bajos ingresos y que además consumen drogas, sufren de una doble marginación debido a su adicción y a su condición de ocupar un lugar marginal en las relaciones de producción.

Aberasturi señala que se ha observado una ausencia total de diálogo entre jóvenes y adultos, que ha cobrado en la actualidad una profundidad con características de magnitud mundial.

Hasta el año 1960, había escasez de literatura psicoanalítica sobre adolescentes debido a las dificultades técnicas existentes para analizar a los jóvenes, tales como el frecuente abandono del tratamiento y/o ausentismo a las sesiones.

De este modo, la tendencia de los psicoterapeutas a eludir el tratamiento de los jóvenes, era una manifestación más de la marginación y rechazo que estos sufrieron de parte del mundo adulto.

Al inicio de esta introducción se dijo que la drogadicción se había propagado en las tres últimas décadas principalmente entre los jóvenes y adolescentes. Queda en pie el motivo de la relativamente reciente aparición de este trastorno en la adolescencia.

Como postrer consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, la sociedad en que vivimos ha experimentado cambios muy drásticos alrededor de las tres últimas décadas.

Las continuas guerras que siguieron al término de la Segunda Guerra Mundial, junto con el permanente avance del armamentismo, han mantenido al mundo convulsionado y desatado la amenaza de una guerra nuclear.

El aumento de la desocupación y de la miseria, el acrecentamiento de la migración del campo a la ciudad y el crecimiento industrial ocurrido en estas tres últimas décadas, han constituido importantes factores de cambio en el mundo en general, y en América Latina en particular.

Por otro lado, los descubrimientos científicos, los progresos tecnológicos y los acontecimientos socio-políticos y económicos,

han influido en el psiquismo humano e introducido importantes cambios en la forma de vida del hombre en nuestra sociedad.

Tales cambios han afectado principalmente a las generaciones de los jóvenes, y se han manifestado tanto en su sistema de valores como en su manera de relacionarse con los demás, en su conducta, vestuario, apariencia personal y en su manera de encarar el presente y el futuro.

El avance de la tecnología moderna ha desarrollado la gran tendencia al consumismo, que se ha transformado, a través de los medios masivos de comunicación en un objetivo de vida para una gran mayoría de los integrantes de nuestra sociedad. Pero la adquisición de bienes de consumo resulta inaccesible a una gran parte de los sectores de bajos ingresos, siendo ello un importante factor de frustración.

Cabe señalar que la adolescencia constituye una fase intermedia, previa al ingreso del sujeto al sistema productivo y a su consiguiente integración a la vida adulta.

En los estratos bajos la etapa intermedia es breve, porque al comienzo de la adolescencia el sujeto debe integrarse rápidamente a la vida de trabajo. En las clases altas y medias, en cambio, este período suele ser más prolongado porque constituye una fase de preparación y de formación para el desempeño de una profesión.

De este modo, al carecer de preparación para desempeñar un trabajo calificado, los jóvenes de los estratos bajos deben intentar ganarse la vida en condiciones muy precarias, realizando tareas mal remuneradas.

En consecuencia, la etapa adolescente presenta caracteres más dramáticos en los estratos más bajos, por las múltiples carencias que han sufrido y sufren los sujetos que provienen de estos sectores. (Matrajt, 1982).

Matrajt (1982) señala que, siendo la adolescencia una fase muy crítica, compleja y conflictiva, cuyas dificultades aumentan con la diversidad de los problemas emocionales, familiares, etc., este autor se pregunta por la función que desempeña la droga en estos sujetos.

Aquí se plantea el problema de los factores psicológicos y sociales que determinan la predisposición a la drogadicción.

Según la teoría psicoanalítica, la droga desempeña la función de llevar al sujeto a un estado denominado " Yo ideal " , que no es lo mismo que el concepto de " ideal del Yo " , noción esta última que presenta, más bien, caracteres super yoicos.

El "Yo ideal " constituye un estado extremadamente placentero, donde domina el principio del placer.

Rosenfeld (1974) afirma que las drogas estimulan la producción de mecanismos maníacos que permiten a los pacientes resistir el bajo umbral de tolerancia al dolor y a la frustración.

Para Matrajt (1982) el desarrollo infantil de los adictos se ha visto afectado por serias carencias afectivas, que en los sectores de bajos ingresos se ve doblemente empeorado por las graves carencias materiales que han sufrido los sujetos adictos.

La corriente psicoanalítica kleiniana considera la drogadicción como un resultado del exceso de pulsión de muerte, que daría lugar en el sujeto a la tendencia a establecer relaciones de objeto caracterizadas por un super Yo extremadamente sádico, que el sujeto proyecta masivamente al exterior por resultarle éste intolerable.

La psicología del Yo, por su parte, considera este padecimiento como una insuficiente estructuración del super Yo y una dificultad de adaptación del Yo, de naturaleza desconocida.

Según los partidarios de esta escuela, existe un mecanismo constitucional que hace que la capacidad adaptativa del Yo se encuentre disminuída y que existen ciertos procesos sociales que agravan tal menoscabo, dando lugar a la adicción.

En esta tesis nos limitamos a expresar nuestro punto de vista con respecto al trastorno que nos ocupa, sin ser nuestro propósito entrar aquí en polémica sobre tal o cual postulación.

A este respecto, podemos afirmar que las adicciones a las drogas y al alcohol son padecimientos cuya existencia y distribución en el tiempo y en el espacio, acusan una tan fuerte determinación social, que ante hechos tan abrumadores resulta difícil afirmar que el problema es constitucional, a diferencia de las enfermedades orgánicas que no son producidas ni

modificadas sustancialmente por la organización social humana, y son independientes de la inserción de clases y del momento histórico que se vive.

Se han expuesto aquí algunas de las conceptualizaciones más importantes sobre la drogadicción, que provienen de las diversas corrientes psicoanalíticas que existen en la actualidad.

El tratamiento de jóvenes y adolescentes que consumen drogas constituye en la actualidad un serio problema para los especialistas que se han dedicado a tratar estos sujetos, debido a su marcada propensión a abandonar el tratamiento, cualquiera sea la modalidad terapéutica adoptada.

Numerosas investigaciones que han abordado el tratamiento de los adictos desde diversos enfoques, revelan que el índice de deserción de estos pacientes es muy alto y más elevado al observado en otros trastornos mentales.

Estudios realizados en los Estados Unidos, Europa y países de América Latina, revelan que se trata de un fenómeno que ocurre a nivel mundial.

La mayoría de las investigaciones llevadas a cabo en el período correspondiente a la década de los setentas y de los ochentas, señalaron la presencia de un factor constante de fuerte incidencia en el resultado exitoso de los diversos tratamientos antidrogas empleados, siendo posible observar que, mientras más prolongado era el tiempo de permanencia del paciente en el tratamiento, tanto mayores eran sus posibilidades de recuperación y que tales posibilidades disminuían en la medida en que los sujetos acortaban el período del tratamiento, desertando voluntariamente, o bien, abandonando el tratamiento por otros motivos.

En esta tesis nos ocuparemos específicamente de los motivos que determinan la deserción voluntaria, que por presentarse en alta escala, constituye una poderosa fuerza obstaculizadora en la lucha contra la drogadicción. (Clarac, 1976).

Consideramos muy importante ocuparnos del análisis de este fenómeno que contribuye al aumento de la extensión y gravedad de este trastorno, cuyas consecuencias devastadoras son de todos conocidas.

La deserción es un fenómeno pluricausal, lo cual significa que son numerosos y de diversa índole los motivos que se conjugan en su determinación.

Tal multiplicidad de causas le confiere a este problema una amplitud que rebasa los límites del presente trabajo.

En esta tesis nos limitaremos a examinar algunos de los factores inconscientes de la deserción, relacionados principalmente con los problemas que se presentan entre paciente y terapeuta durante el tratamiento.

El presente estudio constituye un intento de aproximación clínica al problema que nos ocupa.

La autora de esta tesis ha observado, con frecuencia, que los pacientes repentinamente abandonaban el tratamiento después de un período de asistencia que pudo haber sido más o menos breve; o bien, algunos de ellos mostraban una concurrencia irregular durante dos o tres meses de duración.

Fue posible observar que la deserción se produce frecuentemente sin notificación previa del paciente al terapeuta, y que la mayoría de estos sujetos deja el tratamiento sin dar una información previa sobre la decisión tomada. Cuando lo hacen, no suelen comunicar los motivos que los llevaron a tal determinación.

Cabe señalar que las observaciones realizadas se basaron sólo en nuestra experiencia con pacientes ambulatorios, bajo terapia individual, y en su mayoría de clase baja, con algunos rasgos de marginación social.

Nuestra propia experiencia nos permitió observar que las diferencias que se presentaron entre paciente y terapeuta durante el tratamiento solían ser de diversa índole, y que inevitablemente repercutían en la relación transferencia-contratransferencia, lo cual nos llevó a pensar que tales diferencias podían llegar a ser importantes factores de deserción.

Nos referiremos a las diferencias que apuntan a la clase social, o desnivel socio-económico y cultural entre paciente y terapeuta, ya que los sujetos estudiados provienen de sectores de muy bajos ingresos.

Cabe señalar que las diferencias observadas eran muy marcadas en lo referente a costumbres, creencias, sistema de valores, por las características particulares de la población estudiada.

El contraste socio-cultural mencionado, adecuadamente manejado por parte del terapeuta, enriquece la relación terapéutica y facilita la transferencia positiva, elemento básico para la continuidad del tratamiento.

Otro tipo de diferencias que suelen presentarse en la relación terapéutica, y que influyen en forma importante en la deserción cuando no son debidamente esclarecidas, derivan de las correspondientes fantasías de tratamiento y de curación, y de los distintos conceptos de salud-enfermedad, que suelen tener paciente y terapeuta, dando lugar al fenómeno que Pichon - Rivière (citado por Matrajt, 1984)denominó " malentendido básico", concepto que se analizará en los capítulos correspondientes de la tesis.

Rosenfeld (1974) afirma que el paciente adicto resulta difícil de manejar, debido a que el terapeuta debe enfrentarse con una combinación de un estado mental e intoxicación, y confusiones provocadas por las drogas. De ahí que, sostiene el autor, la intoxicación debe ser mantenida bajo control desde el inicio del tratamiento.

El mismo autor se remite a un trabajo anterior, donde postula una depresión subyacente a un narcisismo en estos pacientes, debiendo trabajarse sus dolorosos sentimientos de culpa que, a veces, le impiden recibir ayuda.

Esta situación conformaría clínicamente una "reacción terapéutica negativa" que se manifiesta en que, al cabo de haber logrado cierto progreso, el sujeto se siente obligado a renunciar al avance logrado.

La reacción terapéutica negativa ha sido definida por Rosenfeld (1974) como " un obstáculo que surge en el tratamiento, proveniente de una estructura narcisística que pone en interacción la omnipotencia y los impulsos destructivos que derivan de la pulsión de muerte."

El mismo autor sostiene que el paciente, presa de sus instintos destructivos, ataca todo intento del terapeuta de establecer relaciones de objeto reales, y a todo lo que tenga que ver con la necesidad de amor y consideración hacia tales objetos. Es así como estos sujetos tienden a atacar destructivamente todo vínculo que trata de unir a dos objetos: paciente y terapeuta .

Los síntomas neuróticos como el ritual obsesivo, la conversión histérica y otros, y los síntomas psicóticos, como por ejemplo el delirio, la alucinación, se consideran defensas que no liberan totalmente al sujeto de la ansiedad.

En cambio, el alcoholismo y la drogadicción son defensas que eliminan toda sensación de ansiedad del individuo, por lo cual el terapeuta se ve en la necesidad de pedir al sujeto se prive de consumir drogas con el fin de facilitar la aparición de la ansiedad, lo que le permitirá enfrentarse con sus conflictos reprimidos.

CAP. I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ya se dijo en la introducción que el problema de la farmacodependencia constituye en la actualidad un serio motivo de preocupación a nivel internacional, de parte de los diferentes organismos mundiales dedicados a estudiar y a erradicar este trastorno que, desde las últimas décadas, ha ido adquiriendo creciente difusión entre los adolescentes y jóvenes del mundo en que vivimos.

En México, la incidencia de la farmacodependencia ha experimentado un fuerte incremento durante los últimos años, afectando a generaciones cada vez más jóvenes.

Durante el período 1982 - 1994 se ha dado atención de manera directa a cerca de 15.3 millones de personas. De éstas, más de 15 millones se incluyeron en actividades preventivas, y casi 210.000 farmacodependientes y familiares recibieron atención terapéutica rehabilitatoria. Centros de Integración Juvenil (1995). En México, en 1994, se implementaron 115.501 acciones preventivas. Fueron atendidas 1.733.706 personas, y se dieron

61.306 consultas; se atendió a 3.456 fármacodependientes y a 19.706 familiares de fármacodependientes. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Cuaderno Núm. 12.

La drogadicción es un trastorno que se observa en jóvenes pertenecientes a todas las clases sociales, pero estas últimas determinan los diferentes patrones de empleo de drogas, a la vez que suelen ser la causa de los problemas que motivan este tipo de desórdenes.

Un considerable número de instituciones de salud mental de diversos países ha intentado enfrentar este problema haciendo prevención secundaria y terciaria, además de utilizar otros recursos.

Con el mismo propósito, se tomaron en México algunas medidas, siendo una de ellas la creación de los Centros de Integración Juvenil.

Estos últimos son Centros de Salud Mental especializados en el tratamiento de la fármacodependencia, siendo uno de sus objetivos hacer prevención secundaria y terciaria a los pacientes drogadictos, mediante diversos programas estructurados con tal propósito.

La Encuesta Nacional de Adicciones de 1993, realizada por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en 20,243 hogares con población urbana de entre 12 y 65 años de edad, señala que excluidos alcohol, tabaco y medicamentos: 3.9% ha consumido alguna droga, al menos alguna vez en la vida, lo que equivale aproximadamente a 1,590,000 personas. (op.cit.)

Menos del uno por ciento fue usuario de alguna droga, al menos alguna vez, en el último año previo a la investigación. (op. cit.)

Menos de medio por ciento consumió alguna droga, alguna vez, en los últimos 30 días antes de la encuesta. (op.cit.)

Entre los pacientes de Centros de Integración Juvenil de 1994, las principales sustancias de consumo en la categoría " alguna vez en la vida " son: marihuana (71%), inhalables (47%), cocaína (29%), depresores con utilidad médica (27%). (op.cit.)

A manera de síntesis puede plantearse que: el consumo de drogas en México se presenta en todas las regiones y clases

sociales, en diferentes grupos de edad y en ambos sexos. Los grupos afectados son: la población joven, de género masculino, de los estados de Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa. Las principales sustancias de consumo ilegal son : marihuana, cocaína e inhalables. (op.cit.)

Existen diferencias regionales en cuanto a la distribución del consumo de drogas en México que hacen necesario adecuar la atención en cada una de ellas. Así, la Encuesta Nacional de Adicciones en hogares mexicanos presenta una división de la República Mexicana en ocho regiones. Los resultados muestran que el índice de consumo de drogas es mayor entre la población de la Región Noroccidental (6.7%, o sea 1.7 veces el promedio nacional); en segundo lugar, la Región Occidental (con 5.5%); en tercer lugar, la Región Norcentral (con 4.5%), seguida por la Región Nororiental (con 4.3%) y la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (con 4.3%). (op.cit.)

El consumo de drogas en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México corresponde a: marihuana (3.8%); inhalables (0.6%); cocaína (0.4%). (op.cit.)

Al nivel de América Latina hay una prevalencia que va del 1.7% al 7.7%. Organización Panamericana de la Salud (1995).

La deserción del tratamiento de los pacientes fármacodependientes constituye un problema real, de candente actualidad y de vital importancia.

La experiencia vivida durante varios años en un Centro de Integración Juvenil ubicado en una área periférica de la Capital, me ha dado la oportunidad de comprobar la ineficacia de la aplicación de programas de prevención secundaria y terciaria en pacientes drogadictos, y como consecuencia, constatar el fenómeno de la deserción de jóvenes, del tratamiento.

El enfrentamiento cotidiano con tal fenómeno generó en mí la inquietud de investigar las causas profundas que lo determinan, y más específicamente, indagar los motivos que han hecho fracasar tales programas.

Haciéndome eco de esta preocupación compartida por el equipo técnico de la institución y sus filiales, elegí este tema en el

cual intentaré describir y analizar mi propia experiencia terapéutica con los pacientes fármacodependientes.

Dicha experiencia incluye el análisis de mis propios fracasos terapéuticos, con el fin de investigar las causas que los motivaron, y en qué medida tales causas son susceptibles, o no, de ser superadas o corregidas.

En síntesis, el motivo de elección de este tema obedece a mi interés de indagar en qué medida el análisis de los fracasos terapéuticos puede resultar un aporte en el estudio del problema de la deserción.

CAP. II. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

El objetivo del presente trabajo es investigar, a través de un análisis clínico cualitativo a nivel de terapia individual, algunos de los mecanismos psicológicos que determinan la deserción del tratamiento de los pacientes fármacodependientes.

La deserción es un fenómeno pluricausal, por lo que no deben descartarse las causas relacionadas con un traslado de residencia de un paciente a otra ciudad, y/o con una alternativa de trabajo que interfiere con sus horarios de asistencia al tratamiento. Una ocupación suele ser, a veces, un factor desencadenante de la deserción, que le resta al sujeto la posibilidad de elaborar su mejoría.

Tales motivos son muy atendibles, pero la experiencia con el grupo de pacientes estudiados en el presente trabajo revela muy pocos casos de abandono de tratamiento debidos a estas circunstancias extra-clínicas.

El presente estudio tiene por objeto analizar, desde la clínica, el fenómeno de la deserción con el fin de lograr un mejor conocimiento de los factores que la determinan.

Básicamente, se intentará un análisis de lo que ocurre en la relación terapéutica, esto es, en la interacción que se establece entre paciente y terapeuta.

En otras palabras, cuáles son los procesos conscientes e inconscientes que se dan en ambos integrantes, y que desencadenan la deserción del paciente.

Nos proponemos estudiar el grado de patología subyacente del sujeto y su dinámica en función de su historia como factores que se oponen a su rehabilitación y, por consiguiente, lo conducen al abandono del tratamiento.

Con tal fin, me he propuesto relatar mi experiencia como terapeuta individual de un grupo de jóvenes fármaco-dependientes, llevada a cabo durante un período de varios años en una institución destinada a dar tratamiento psicoterapéutico a estos jóvenes.

La investigación se realiza partiendo del supuesto que un mejor conocimiento de las causas que determinan la deserción a nivel de tratamiento, permitirá afinar las actuales técnicas terapéuticas empleadas con estos sujetos, y por lo tanto, ver si de este modo es posible prevenir, en parte, el problema de la deserción.

Bajar el índice de deserción constituye, para la sociedad, un paso adelante en la lucha contra la fármacodependencia, y para la familia del sujeto representa la recuperación de un miembro enfermo.

Se plantea como un objetivo más de este trabajo, la posibilidad de brindar un conocimiento a ser usado en la práctica clínica, o que pueda utilizarse en futuros trabajos, como un elemento de investigación e intercambio con otros especialistas, con el fin de cotejar semejanzas y diferencias entre los diversos hallazgos postulados por sus respectivos autores.

En otras palabras, se pretende ofrecer algunos de los hallazgos que se postulan como elementos importantes en el fenómeno de la deserción, y se limitan para los efectos de que otros investigadores puedan, en el futuro, ratificarlos o rectificarlos.

CAP. III.

MARCO TEORICO

El tratamiento utilizado con los pacientes en el presente trabajo se apoya en un marco teórico psicoanalítico.

Esto no implica la práctica de un análisis ortodoxo, sino la aplicación de un esquema referencial psicoanalítico con el cual se intentará comprender los fenómenos presentados por estos sujetos.

La aplicación de dicho esquema significa trabajar con una serie de elementos que son propios y centrales de la teoría psicoanalítica. Esto es, considerar la existencia de fenómenos inconscientes en el psiquismo del individuo que, en parte, determinan su conducta.

Del mismo modo se postula la existencia de fenómenos conscientes e inconscientes en la relación paciente-terapeuta, que globalmente se denominan transferencia y contra-transferencia, y que son partes centrales de esta terapia.

De ahí se infiere la necesidad de describir más finamente el marco teórico en que se basa el tratamiento utilizado con el fin de lograr una mejor comprensión de sus aspectos más esenciales.

He aquí algunos postulados básicos del tratamiento psicoanalítico que fueron aplicados:

Aparato psíquico

Existen algunos principios teóricos básicos que comparten todas las diferentes escuelas y corrientes del psicoanálisis, pese a los diversos enfoques que presentan en otros aspectos.

En 1938, Freud (1981) fué el primero en afirmar que la vida anímica es resultado del funcionamiento de un "aparato psíquico" que puede imaginarse semejante a un aparato de precisión, constituido por tres partes que el autor denominó "instancias psíquicas" y que son: Ello - Yo - Super Yo.

Tal aparato es una construcción teórica freudiana, siendo el Ello la más primitiva de tales instancias.

Este comprende lo constitucionalmente establecido, lo heredado, lo innato, y ante todo, los instintos de la organización somática del individuo.

El autor denomina instintos "a las fuerzas que suponemos actúan tras las tensiones que causan las necesidades del Ello".

Este último no se comunica directamente con el mundo externo, sino que lo hace a través de los instintos que allí actúan, y que están formados por dos fuerzas principales :

1o. Eros, o instinto de vida, y

2o. Instinto de destrucción, o muerte.

El primero tiene como fin la unión, el amor, y el segundo busca la disolución de vínculos y la aniquilación, vale decir, su fin último es llevar lo viviente al estado inorgánico, por lo que también se llama "instinto de muerte".

Los instintos tienden a alcanzar satisfacción inmediata, pero la satisfacción así lograda haría peligrar la integridad física del individuo en el mundo exterior, ya que el Ello no se ocupa de su seguridad, siendo el Yo la instancia que se encarga de ésta.

El Ello se halla desconectado del mundo externo, y sólo percibe las variaciones de tensión de las necesidades instintivas que se hacen conscientes como sensaciones de placer y displeacer, que son las que dominan los procesos del Ello, que se rige por el principio del placer que busca la disminución o eliminación de las tensiones instintivas.

Freud (op.cit.) denominó libido a toda energía disponible de Eros.

Para Freud (op. cit.) el impulso es inconsciente, por consiguiente requiere de representaciones pre-conscientes.

La corriente psicoanalítica kleiniana considera la drogadicción un resultado del exceso de pulsión de muerte.

El Yo se origina en una capa cortical del Ello,(Freud,op.cit.) donde debido a los dispositivos, estímulos y órganos receptores de que está dotada, lentamente se establece una organización que actúa como mediador entre el Ello y el mundo externo, que Freud denominó Yo.

Este realiza una función de síntesis, armonizando lo proveniente de los impulsos del Ello con la realidad.

La tarea de autoafirmación del Yo se realiza en dos direcciones : frente al mundo externo, y frente al Ello.

Frente al Ello, el Yo controla las demandas instintivas, llegando a establecer el momento más propicio de satisfacerlas, ya sea

retrasándolas para circunstancias más favorables del mundo externo, o suspendiéndolas totalmente.

Frente al mundo externo, el Yo aprende a conocer los estímulos registrando en la memoria las experiencias sobre los mismos.

De esta manera evita, mediante la fuga, los estímulos demasiado intensos, se adapta a los moderados, aprende a modificar el mundo externo, y a acomodar los estímulos a su conveniencia, por medio de su actividad.

El aumento de las tensiones se siente como displacer, y su disminución como placer.

El Yo responde con la señal de angustia ante el aumento de displacer que es vivido como amenaza de peligro, provenga éste desde afuera, o desde adentro del sujeto.

Una de las funciones del Yo es la introducción de una actividad ideativa entre la demanda instintiva y el acto que tiende a satisfacerla.

Para eso, el Yo se vale de sus experiencias anteriores que le sirven para preparar el éxito de la acción que se propone.

Para protegerse contra una posible ignorancia de la realidad, el Yo establece el juicio o examen de la realidad, ya que su función es la autoconservación.

De este modo, el Yo sufre las amenazas de los peligros procedentes de la realidad externa e interna, de las que debe protegerse combatiendo, a veces, en dos frentes.

Las excesivas demandas instintivas y los exagerados estímulos del mundo exterior pueden, según Freud (op.cit.) destruir la organización yoica, convirtiéndola en una parte del Ello.

Las enfermedades del Yo se basan en un debilitamiento de su relación con el mundo externo, elemento que desencadena las psicosis.

Freud (op.cit.) postula que en todos los estados psicóticos se produce una escisión del Yo, que también se presenta en otros estados no psicóticos.

El mismo autor sostiene que en la escisión yoica se presentan siempre dos tendencias opuestas e independientes, con respecto a una determinada conducta. Una de tales actitudes

pertenece al Yo, y la antagónica está reprimida y es parte del Ello.

La tercera instancia psíquica ha sido denominada por Freud como super Yo, y es producto de una parte del mundo externo que ha sido incorporada al Yo del individuo por medio de la identificación; llega a ser un elemento del mundo interno.

El super Yo reemplaza en sus funciones a las que anteriormente desempeñaban personajes del mundo externo, tales como padres o sustitutos.

De esta manera, el sujeto incorpora rasgos de personalidad de los padres, tradiciones y costumbres familiares, socio-culturales, como también las exigencias del mundo social que por intermedio de los padres y mayores, llegan al Yo.

Posteriormente, el super Yo internaliza normas, principios, valores e ideales, y tiene la función de juzgar al Yo por medio de órdenes, observaciones, y de amenazas de castigos, no sólo por los actos realizados, sino también por pensamientos e intenciones no realizadas.

El super Yo es sentido por el individuo como conciencia moral, y suele presentar una severidad mucho mayor a la que alguna vez los padres reales mostraron tener.

Para Freud (op.cit.) el super Yo es el heredero del complejo de Edipo, vale decir, que dicha instancia queda instalada en el sujeto posteriormente a la resolución del complejo de Edipo.

De ahí que su severidad se iguala a la intensidad del rechazo, dirigido a la intensidad del complejo de Edipo.

Otros autores ponen el acento en la rivalidad y sadismo del sujeto hacia el progenitor del mismo sexo en la situación edípica, que a mayor intensidad de los sentimientos dirigidos hacia el rival, mayor es también el sadismo del super Yo, dirigido contra el Yo del individuo.

Los remordimientos del niño, producto de las tensiones entre el Yo y el super Yo, equivalen al temor de éste a perder el amor, temor que es sustituido en él por la instancia moral.

Mientras va integrando las influencias de la época infantil, la educación recibida de los padres, las cualidades personales de éstos, etc., el super Yo del niño va constituyendo el super Yo del

adulto, el que llega a ser resultado de su pasado cultural, en tanto que el Ello viene a representar su pasado orgánico.

Cabe destacar que el super Yo ocupa una posición intermedia entre el Ello y el mundo externo, por unir dentro de sí las influencias del presente y del pasado.

Finalmente, cabe añadir que una parte de los logros culturales se deposita en el Ello, ya que muchos de los elementos contenidos en el super Yo, repercuten en el Ello.

Para la concepción freudiana, el aparato psíquico tiene partes conscientes e inconscientes, con la salvedad del Ello que para llegar a ser consciente, requiere de representaciones pre-conscientes.

Otros autores sostienen que el sujeto no sólo tiene la representación que carga afecto, sino también posee sensaciones que son estrictamente corporales, que constituye lo característico de las pulsiones y que tales sensaciones son conscientes.

Así, el hambre no es sólo la representación de comer un alimento determinado, sino la sensación física y dolorosa que experimenta el individuo por falta de alimento.

Asimismo, la pulsión agresiva no es solamente la representación de agredir físicamente a otro, sino que, en muchos casos viene acompañada de una sensación corporal que es consciente.

En el plano específico de la terapia se aplica la idea central del psicoanálisis, según la cual el paciente se mejora al tomar conciencia de sus problemas inconscientes, ya que su patología tiene que ver en su mayor parte con determinantes que suelen permanecer a un nivel inconsciente.

De ahí que la tarea básica del terapeuta es tratar de llevar a la conciencia lo que está inconsciente, condición sin la cual el sujeto carece de armas para poder cambiar.

Otro de los postulados básicos del tratamiento psicoanalítico sostiene que los problemas inconscientes del individuo mantienen esta cualidad debido a las defensas que él mismo desarrolla con el fin de impedir el paso de tales problemas al campo de la conciencia, y que consisten en represiones, resistencias y otras.

La mayoría de dichas defensas es también inconsciente; de ahí que el terapeuta se vea en la necesidad de centrar una parte importante de su tarea en levantar y analizar esas defensas.

Para Freud (op.cit.) el análisis debía centrarse mucho en las resistencias, y que la intervención del terapeuta sólo era procedente en la aparición de éstas, criterio también compartido por Fenichel (1966).

La corriente de M. Klein (1971), en cambio, se centra en el análisis de la fantasía inconsciente, vale decir, interpretar directamente el contenido inconsciente, y en dicho contenido trabajar básicamente la transferencia negativa.

Cabe señalar que la línea terapéutica aquí adoptada coincide en lo fundamental con los criterios de Freud (1981) y Fenichel (1966).

No obstante, se aplicaron también algunos puntos de vista de la escuela de M. Klein (op. cit.) por ajustarse ellos sensiblemente a la problemática y sintomatología de los pacientes estudiados, principalmente en aquellos casos que presentaban un alto grado de fármaco-dependencia.

Otro elemento básico de la terapia aplicada es el concepto de transferencia, que se define como la adjudicación de significados, según la cual el paciente confunde al terapeuta con figuras de su pasado o de su historia.

Tal fenómeno se desarrolla inconscientemente en el sujeto durante el transcurso del tratamiento, y por consiguiente, éste no advierte su confusión. Así, en muchas ocasiones llega a tener la sensación de que el terapeuta es esa figura de su historia.

En otras palabras, se establece una relación de objeto donde el terapeuta es usado como soporte de una identificación, de una proyección.

De esta manera, el sujeto atribuye al terapeuta pensamientos, sentimientos, juicio de valor, conductas, etc., que no son del terapeuta, sino provenientes de la historia del paciente.

La imagen que el paciente se forma del terapeuta posee varios componentes: una parte comprende lo que el terapeuta realmente es, y la otra incluye lo que viene de la propia historia del paciente.

En consecuencia, la imagen del terapeuta viene a ser una superposición de varias imágenes. Algunas de ellas tienen que ver con elementos de la realidad que el paciente detectó en el terapeuta, a las cuales se superponen otras, que tienen que ver con la historia del paciente, que éste atribuye al terapeuta.

Freud (op.cit.) descubrió que lo revivido en la transferencia es la relación del sujeto con las figuras parentales, y principalmente, la ambivalencia pulsional que caracteriza dicha relación.

Freud (op.cit.) distinguió dos tipos de transferencia : una positiva, que comprende una transferencia de sentimientos de ternura, y otra negativa que consiste en sentimientos hostiles.

Freud llega, de este modo, a una ampliación del concepto de transferencia que hace de ésta un proceso que estructura el conjunto de la cura, según el tipo de los conflictos infantiles, y lo lleva a un nuevo concepto: la neurosis de transferencia. Según esta última, se atribuyen a todas las características de la enfermedad, una nueva significación transferencial, y la neurosis corriente se convierte en una neurosis de transferencia, de la cual el paciente puede curarse mediante el trabajo terapéutico. Intimamente relacionado con el fenómeno recién descrito, y como contraparte de éste, se consideró la contra-transferencia, elemento de trabajo psicoanalítico que se utilizó en la terapia de los sujetos estudiados.

Laplanche y Pontalis (1974) definen este fenómeno como "el conjunto de reacciones inconscientes del terapeuta ante el paciente, y sobretudo frente a la transferencia de éste."

De acuerdo con tal definición, dichos autores afirman que en la relación paciente-terapeuta se establece una comunicación "de inconsciente a inconsciente", que sería la única auténticamente analítica.

En el presente trabajo se incluyeron en la contra-transferencia, además de las reacciones inconscientes que el paciente desencadenaba en el terapeuta, las reacciones contra-transferenciales que a nivel consciente el primero hacía experimentar al segundo.

Finalmente, se tomó del psicoanálisis otro principio central, según el cual la labor se realiza con base en la interpretación que consiste en tratar de esclarecer los conflictos inconscientes del sujeto, con el fin de que éstos lleguen a su conciencia.

El tratamiento utilizado, debido a su orientación psicoanalítica, emplea la interpretación como única herramienta de trabajo, prescindiendo de consejos, de "recetas de cocina", y de cualquier tipo de presión sobre el paciente, tendiente a modificar su conducta.

Los arriba mencionados constituyen los elementos centrales para establecer el marco teórico en que se funda la terapia utilizada.

Esta no consistió en la aplicación de una técnica psicoanalítica convencional, ya que el encuadre no contempló el empleo del diván. La atención se limitó solamente a dos sesiones semanales de cincuenta minutos cada una y, finalmente, porque el trabajo se efectuó dentro del marco de una Institución, que de por sí carecía de las posibilidades para proporcionar los medios necesarios que permitieran cumplir con las condiciones generales que requiere el empleo de un Psicoanálisis convencional

3.1 ADOLESCENCIA

Un rasgo psicopatológico característico, pero no exclusivo de los jóvenes adictos, lo constituye el fenómeno de la elección de identidad negativa, concepto introducido y estudiado por Erikson (1971) al cual nos referiremos brevemente en estas páginas.

En primer término, el autor se refiere a pacientes jóvenes que presentan lo que él denomina " la pérdida del sentimiento de identidad ", trastorno que suele manifestarse, a veces, en una actitud hostil y desdeñosa hacia los roles considerados como valiosos y deseables por la familia, y/o por la comunidad más próxima que los rodea.

Puede tratarse sólo de un aspecto, o de todo el rol exigido: la masculinidad, la femineidad, la nacionalidad, o la pertenencia a una clase social.

Son conjuntos de roles que pueden llegar a ser, para Erikson (op. cit.) el nudo principal del desprecio del joven.

Así, el desdén hacia el ambiente total que se da en algunas familias, puede convertirse en un rechazo general hacia todo lo no nacional, o en una sobreestimación irracional de todo lo extranjero, o lo contrario.

Sin embargo, Erikson (op. cit.) refiere que los conflictos de sus pacientes se expresan de un modo mucho más sutil que en un intento de anulación de la identidad personal, y lo hacen a través de la elección de una identidad negativa, término que el autor explica textualmente de la misma manera: "una identidad perversamente basada en la negativa de esos roles que, en estadios críticos del desarrollo, les fueron presentados como los más deseables o peligrosos y, no obstante, como los más reales".

Uno de los ejemplos que el autor menciona, es el caso de una madre agobiada por un sentimiento de ambivalencia inconsciente hacia un hermano destruido por el alcoholismo. Solía responder constantemente, y en forma selectiva, sólo a aquellos rasgos de su hijo que parecían indicar una repetición del destino del hermano.

Como consecuencia para el hijo, esa identidad negativa parecía tener, a veces, más realidad que todos sus esfuerzos espontáneos por ser bueno. Intentó convertirse en un borracho, pero como carecía de los elementos necesarios, terminó en un estado de obstinada parálisis de elección (o sea, sin poder elegir nada).

En otros casos, la identidad negativa se da en el sujeto como una necesidad de encontrar un refugio que le permita defenderse de las excesivas demandas de los padres, o sustitutos extremadamente ambiciosos.

En tales situaciones, el niño registra claramente las debilidades y los deseos no expresados por los padres.

A este respecto, el autor cita el caso de la hija de un influyente predicador negro, sureño, que fué hallada entre un grupo de jóvenes drogadictos en Chicago.

Para Erikson, éste y otros casos similares, son la expresión de un deseo del sujeto de burlarse de ambas figuras parentales y constituyen, como el caso de la hija del predicador, un intento de simular una venganza implícita, situándose en el área social marginal, en compañía de jóvenes adictos ya que la muchacha no lo era aún.

En síntesis, estas elecciones vengativas de una identidad negativa representan, para el autor, un intento desesperado de volver a obtener cierto control de una situación en la que los elementos de identidad positiva de que se dispone, se anulan entre sí.

Por otra parte, la historia de una elección de este tipo, sostiene Erikson (op. cit.) revela un conjunto de condiciones en las que resulta más fácil para el paciente una identidad resultante de una identificación total con todo lo contrario que sea luchar por un sentimiento de realidad en roles aceptables, pero que sus medios internos no le permiten alcanzar.

Finalmente, el autor expresa que muchos jóvenes enfermos o desesperados, en el estadio final de la adolescencia, obligados a enfrentar un conflicto continuado, preferirían ser nadie, o alguien totalmente malo, o estar muertos, que ser alguien sin importancia.

También existe, según el autor, un esnobismo " bajo bajo " basado en el orgullo de haber llegado a ser nada.

Otros sujetos sienten alivio después de la elección total de una identidad negativa, y con frecuencia ese alivio se busca colectivamente en pandillas de adictos, homosexuales jóvenes y sociópatas.

Como ejemplo, Erikson (op. cit.) cita una afirmación de una mujer joven : " al menos en el arroyo soy un genio ".

El problema de la adicción en los jóvenes nos lleva a examinar algunos conceptos que son de considerable importancia para una mejor comprensión de la problemática de estos pacientes.

Tales conceptos fueron analizados por Erikson (op.cit.), cuyas ideas se expondrán brevemente a continuación.

Comenzaremos por definir el concepto de identidad, otorgándole el sentido particular que el autor mencionado le confiere, y que fué empleado por él por primera vez, veinte años atrás.

Erikson (op.cit.) concibe la identidad como " sensación subjetiva de mismidad personal y continuidad histórica ".

Este autor manifiesta que actualmente, cuando el término identidad se refiere a una " búsqueda " más o menos desesperada, o a una " investigación " casi deliberadamente confusa, él desea presentar dos formulaciones que afirman cómo se percibe la identidad cuando se toma conciencia del hecho de que posee una.

Tales formulaciones pertenecen a James (1989) y a Freud (1981) fundadores de las psicologías sobre las que se basa el pensamiento del autor en su concepción de la identidad.

Erikson (op. cit.) cita la experiencia de James, según la cual el sentimiento de identidad se puede percibir en la " actitud mental o moral, y se experimenta como algo que a uno le sobreviene ", casi como una sorpresa, más que como algo que se ha buscado.

James describe el sentimiento de identidad de tal manera que, en principio puede ser experimentado por cualquier hombre, y que tal experiencia implica un elemento de tensión activa que representa un desafío, más que un problema paralizante.

En el capítulo referente a casuística, se ilustrará con uno o más ejemplos, algunos casos donde puede observarse claramente el fenómeno recién descrito.

Finalmente agregaremos que, aunque no es central para esta tesis, Erikson (op.cit.) sostiene que todo conflicto de depresión, agresión, etc., tiene que ver con la crisis de identidad.

Partiendo de las afirmaciones de este autor, se considera de interés agregar a éstas algunas reflexiones realizadas por otros autores, relacionadas con una serie de procesos que se dan en el medio familiar, capaces de generar una identidad de familia, negativa en algunos de sus miembros.

Erikson sostiene que existe una secuencia donde el sujeto realiza primero un intento para lograr la identidad positiva y luego, ante la dificultad de alcanzar esta última, se vuelve hacia la identidad negativa.

Como réplica a esta afirmación, otros autores expresan haber observado casos en los que no se observa esta secuencia, sino la constitución directa de una identidad negativa.

Para dichos autores existen diferentes tipos de grupos familiares, que por sus características específicas dan lugar a la formación de una identidad negativa en uno de sus miembros.

Hay familias que se caracterizan por mantener de un modo muy cerrado los roles que juegan cada uno de sus integrantes. Matrajt (1982).

En tales familias existe cada rol a ser desempeñado sólo por un miembro sin darle a otro cabida dentro de un mismo rol, de modo que en una familia de este tipo no puede haber un segundo estudioso, si ya anteriormente este rol ha sido ocupado por otro miembro del mismo grupo familiar.

Lo mismo ocurre con otros roles como el del bueno, el del trabajador, etc. (Matrajt, 1982).

Tales familias se caracterizan, además, por una rigidez general en todos los aspectos, como rigidez en los vínculos, en las maneras de comunicarse, rigidez en algunas ideas, convirtiendo dicha característica en un motivo de orgullo.

Otros grupos familiares no se cierran tanto ante la existencia previa de un rol determinado, generalmente muy valorado, sino que plantean como exigencia al segundo que aspira a dicho rol, ser igual o mejor que el que lo está ocupando.

Así por ejemplo, si el segundo miembro que aspira al rol de inteligente obtiene calificaciones 9 en vez de 10, como el primero, queda automáticamente excluido del rol. Existe otro tipo de grupos familiares dentro de los cuales hay una adjudicación valorativa a determinado tipo de roles.

Cuando el sujeto asume las identidades positivas con las connotaciones de ser aceptado por la familia y por la sociedad, puede también darse la situación que dentro de la familia sea

visualizado como un " sometido " a las exigencias del jefe del grupo familiar, que no necesariamente debe ser el padre.

Siguiendo esta misma línea de pensamiento, el que se somete es " tonto ", representa para estos sujetos una manera de tener un trozo de identidad propia, y de no sentirse un apéndice de alguien.

Erikson (op. cit.) opina que la identidad de una persona o de un grupo puede definirse por contraste con la de otra persona o grupo, y que el orgullo de lograr una identidad firme puede significar una emancipación interior con respecto a la identidad grupal dominante.

El problema de la identidad es muy difícil de captar porque se está considerando un proceso ubicado en el núcleo del individuo, y también en el núcleo de su cultura comunal, proceso que establece, de hecho, la identidad.

Erikson (op. cit.) afirma que para formular unos requisitos mínimos y desentrañar la complejidad de la identidad, deberíamos comenzar por decir lo siguiente: "en términos psicológicos, la formación de la identidad se emplea en un proceso de reflexión y de observación simultáneas, que se produce en todos los niveles del funcionamiento mental."

Según este proceso, el sujeto se juzga a sí mismo, según como él percibe que los otros lo juzgan a él comparándolo con ellos.

Por otra parte, el sujeto juzga a los demás según la manera en que es juzgado, considerando el modo en que se percibe a sí mismo en comparación con otros, y en relación con individuos que han llegado a ser importantes para él.

Este proceso es necesariamente inconsciente en su mayor parte, exceptuando los casos donde se combinan condiciones interiores y circunstancias exteriores para gravar una "conciencia de identidad" dolorosa o exaltada.

El autor sostiene que el proceso que estamos describiendo cambia y se desarrolla constantemente.

Se trata de un proceso de progresiva diferenciación, que se vuelve tanto más inclusivo en la medida en que el sujeto toma conciencia de un círculo cada vez más amplio de otros

significativos, que se extiende desde la madre hasta la humanidad.

Erikson afirma que el proceso comienza en el primer encuentro entre la madre y el bebé, como dos personas que se pueden tocar y reconocer mutuamente, y no termina hasta que desaparece el poder de la afirmación mutua de un hombre.

Este desarrollo tiene su crisis normativa en la adolescencia, según opina Erikson, y tal desarrollo está determinado por lo ocurrido antes, y condiciona gran parte de lo que ocurrirá después.

Matrajt (1982) sostiene que la disyuntiva que suele presentarse a un miembro de este tipo de familia es tener que someterse, o hacerse el "tonto" para ser aceptado, o rebelarse, sin darle importancia a que si lo desea o no, o si el rol que se le ofrece es útil, o no.

Para tales sujetos, rebelarse significa tener la capacidad, o valor, para oponerse al deseo de aquel que se lo está ofreciendo, que representa la autoridad.

Un individuo con tales características puede incurrir, a veces, en la auto-agresión, para sentir que tiene una identidad y no permanecer en la categoría de tonto y/o, de sometido.

En todos estos contextos puede observarse lo que es el proceso de identidad negativa que a veces consiste en asumir un rol patológico que satisface al sujeto porque en dicho rol él se reconoce a sí mismo.

Haciendo un breve paréntesis, cabe señalar que la concepción de ser "tonto", etc., se halla directamente conectada con el universo de los pacientes fármacodependientes que conforman el presente trabajo, ya que tal concepción constituye el elemento de esa micro-cultura.

La supuesta problemática del sujeto con identidad negativa consiste en que, al asumir una identidad positiva lograría éxitos, gozaría de valoración y aceptación de su medio, transformándose en un objeto manejado y programado por otros, y privado de su propia autenticidad.

La identidad negativa es pues, una forma de oposición del individuo a presiones familiares, del medio social, para adquirir siquiera un fragmento de identidad.

De ahí que este fenómeno sea presa fácil de los adolescentes que están atravesando por su crisis de identidad, ya que ellos buscan adquirir la identidad por oposición, proceso por medio del cual los adolescentes adquieren identidad.

Así, cuando existe un exceso de presión externa, o una dificultad para asumir otros roles, estos sujetos fácilmente se tornan hacia la identidad negativa.

Siempre que aparece un cierto tipo de rol patológico, o un tipo de patología, hay autores que se preguntan: ¿a quién está desafiando, y cómo se sentiría sin su patología, y cumpliera con las expectativas o demandas de su familia? ¿se sentiría siempre como el último de los estúpidos?

Los motivos por los cuales el sujeto asume una identidad negativa son diversos.

A veces, puede darse el caso que el individuo imagine la identidad positiva como algo inalcanzable; otras veces, su fantasía puede llevarlo a pensar que al lograrla desplazará a otro, con el consiguiente sentimiento de culpa. Y como ya se mencionó, el sujeto puede pensar que asumir una identidad positiva es someterse.

Esta última condición atentaría contra todos los aspectos de su narcisismo y de autoestima.

A veces, la identidad negativa es resultado de un viejo pleito irresuelto del sujeto, con la figura que le quiere imponer normas, con la consiguiente resistencia de éste de gratificar a tal figura.

Llevada esta problemática a la situación terapéutica, y más específicamente al universo de los pacientes fármaco-dependientes, no es infrecuente que en algún momento de su tratamiento algunos sujetos observen una resistencia al cambio por sentir que tal cambio no sería propio, y se transformaría en un éxito del terapeuta.

Al producirse una situación tan competitiva con este representante de la autoridad, el no curarse constituye una manera de hacer fracasar a éste. Vale decir, se trata también aquí de un fenómeno de identidad negativa.

Por tal motivo, es necesario analizar con el paciente esta problemática cuando aparece ya que, de otro modo, se corre el riesgo de un estancamiento de la terapia.

Las preguntas básicas que un terapeuta puede hacerse ante un adicto serían: ¿ a quién está gratificando si se cura, y de quién sería el éxito?

¿ Se sentiría mejor al gozar de la aceptación y afecto de parte de la sociedad, o se sentiría peor pensando que lo sometieron ?

El curarse, o rehabilitarse, posee una connotación inconsciente, especial en cada paciente.

Así, para un sujeto puede significar que lo castraron. Para otro, puede tener la versión particular que lo afeminaron, o dejó de ser persona, etc.

Por tal motivo, resulta importante plantearse en los casos de identidad negativa los significados que posee para estos sujetos el hecho de curarse, y qué es lo que pierden a nivel inconsciente, desde su subjetividad.

Visto desde afuera, lo que hace el terapeuta es tratar de señalar que oponerse acriticamente a decir que sí, es lo mismo que sometimiento.

En ambos casos, la conducta del sujeto está determinada por el otro; tanto el decir que sí a todo, como el decir que no.

El terapeuta le señala al sujeto que debe romper esa lógica binaria consistente en someterse o cegarse, y que esto se logra adquiriendo independencia, y viendo qué es bueno para el sujeto, y qué cosa no lo es.

El paciente con identidad negativa piensa que si él llegara a obtener logros, ellos constituirían un triunfo de la figura de autoridad normativa sobre él, gratificación que el sujeto es renuente a proporcionarle.

No obstante, estos individuos no se sienten conformes con su identidad negativa ya que ésta, como todo síntoma, les produce conflicto y consecuencias secundarias.

En éste, y en otros casos, el síntoma es un mal intento de resolución del conflicto ya que no lo resuelve, lo estereotipa, le crea problemas accesorios, y conflictos secundarios al sujeto.

El fenómeno de identidad negativa resulta importante mencionarlo aquí, debido a que permite mejor comprensión de algunos fenómenos de drogadicción; pero resulta más importante aún, señalar que durante la etapa de la adolescencia, además de los factores apuntados, en esta sociedad puede ser muy difícil en ciertos estratos sociales poder ocupar un rol positivo, debido a que ésta no le brinda posibilidades, empujando al sujeto al rol negativo.

En relación con el tema que nos ocupa, podría afirmarse que el fenómeno de la identidad negativa constituye uno de los mecanismos que nos permite explicar la deserción del tratamiento de los sujetos fármacodependientes, si se considera este fenómeno como resultado de la imposición al sujeto de un conjunto de roles que éste había rechazado. (Matrajt, 1982).

De esta manera, la identidad negativa podría expresarse como resistencia, por tener exactamente los mismos mecanismos que consisten en desdeñar la cura para no satisfacer al terapeuta.

Supuestamente, éste representa una serie de figuras de su historia, y complacerlo significaría someterse finalmente. Por consiguiente, prefiere mantenerse enfermo y seguir sufriendo, a ser " un estúpido " que se rindió.

Esto nos explica que en determinado momento el abandono del tratamiento, o el refugiarse en forma pertinaz en el síntoma, es una forma de tener alguna identidad.

Cabe señalar aquí la frecuencia con que estos sujetos presentan la llamada reacción terapéutica negativa, fenómeno descubierto y analizado por Freud (1914), y estudiado posteriormente, desde otros puntos de vista, por Klein (1957) y por Erikson (1971).

La reacción terapéutica negativa constituye un tipo de resistencia a la curación, muy difícil de vencer, que se manifiesta en una agravación del padecimiento, cada vez que cabría esperar una mejoría debida al progreso del tratamiento.

Freud atribuye este fenómeno a un sentimiento de culpa inconsciente que se da en ciertas estructuras masoquistas, donde el paciente prefiere en cada etapa del tratamiento, la persistencia del sufrimiento, a la curación.

El sujeto no se siente culpable, sino enfermo.

Freud sostiene que la reacción terapéutica negativa viene asociada a un beneficio de la enfermedad; ello se debe a que el masoquismo se satisface en el sufrimiento, e intenta mantener a toda costa " cierto grado de sufrimiento ".

Finalmente, lo denominado como reacción terapéutica negativa, según Freud , es un fenómeno clínico específico de resistencia a la curación proveniente, en algunos casos, de una resistencia del super Yo en los sujetos que presentan conflicto entre el Yo y el super Yo, el que se manifiesta por un sentimiento de culpa y por una necesidad de castigo.

Sin embargo, Freud observó que este fenómeno no siempre es reductible al papel del super Yo, y que la reacción terapéutica negativa, en otros casos, se relaciona directamente con la pulsión de muerte. Esta última afirmación explicaría, según Freud, el hecho de que esta reacción no pueda, en ocasiones, ser superada ni interpretada adecuadamente, ya que su motivo último se hallaría en el carácter radical de la pulsión de muerte.

Partiendo de esta última hipótesis de Freud, Melanie Klein (1957) desarrolla el concepto de reacción terapéutica negativa, basado en un alto monto de envidia alrededor de la cual gira este fenómeno.

En otras palabras, el paciente posee intensos sentimientos de envidia hacia su terapeuta que es tan omnipotente que no sólo se cura a sí mismo, sino que también puede curar a otros.

Melanie Klein remitía tales sentimientos a una vivencia infantil del bebé, que percibe al pecho como algo tan omnipotente que lo alimenta a él, y se alimenta a sí mismo en forma infinita.

De modo que, preso de mucha envidia, el bebé se niega a comer, como única alternativa de restarle la omnipotencia proyectada sobre el pecho.

Recreada tal vivencia en la situación terapéutica, el paciente opta por negarse a aceptar lo que el terapeuta le da, con el objeto de disminuir la omnipotencia de éste último, y hacerlo fracasar, al menos, en algo.

Erikson, por su parte, liga este mecanismo a un problema de vínculo, donde lo que se juega es quién somete a quién, y

también lo liga al narcisismo, aunque este autor no emplea específicamente dicho término.

González - Núñez et al (1986)refieren en su trabajo que la transferencia de los adolescentes resulta más intensa y "confusa" que la de los adultos.

Expresan estos autores que la transferencia con adolescentes sigue los mismos pasos que el análisis con otros pacientes, pero las transferencias con adolescentes de las primeras fases se ve interferida por las figuras parentales reales, debido a que los pacientes comparten la mayoría del tiempo con sus padres.

Desde el punto de vista de la técnica, los autores señalan " la necesidad de establecer oportunamente en qué momento el terapeuta representa para el joven un objeto real en la sesión, y cuándo es un objeto transferencial ".

En ocasiones, el adolescente suele confundirse y confundir a sus padres cuando el terapeuta es el objeto real, y los padres reciben el desplazamiento, convirtiéndose éstos en objeto transferencial.

Los autores recomiendan controlar, con la mayor rapidez posible, las reacciones transferenciales negativas, debido a que el trabajo transferencial con un adolescente rinde más frutos si se mantiene la transferencia positiva, y si la regresión provocada se transforma en una regresión al servicio del Yo del joven.

En lo que concierne a la contra-transferencia en el tratamiento de adolescentes,González Nuñez (op. cit.) afirma que el tratamiento con adolescentes se caracteriza por una experiencia contra-transferencial más intensa que la psicoterapia con adultos.

Las características propias del proceso en que se encuentra el joven hacen que la angustia del terapeuta ante estos pacientes sea más intensa contratransferencialmente.

Sostiene este autor que la angustia pone en crisis la identidad del psicoterapeuta y lo regresa a su propia adolescencia.

Ante la angustia contratransferencial, el psicoterapeuta siente que debe levantar sus propias defensas, lo cual vuelve complejo su trabajo y por consiguiente, los terapeutas eluden el tratamiento con adolescentes.

Sin embargo, el autor concluye que debido a tales dificultades, nace la necesidad de un mayor esfuerzo para mejorar la técnica psicoanalítica.

Sólo en los últimos años se había producido una mayor comprensión de las relaciones de los adolescentes con su familia y la sociedad; por consiguiente, tal hecho ha permitido estudiar más a fondo este período de la vida, considerando el contexto cultural de la época.

3.2 Definición de fármacodependencia

En el capítulo sobre alcoholismo y drogadicción de su libro, Matrajt (1985) sostiene que en la actualidad, la adicción al alcohol y a las drogas está más vigente que nunca, y la problemática asociada a ambos fenómenos es motivo de seria preocupación en los organismos internacionales relacionados con la salud.

Para el autor, las adicciones, tanto el alcoholismo como el empleo de drogas, son resultantes de una determinada organización u orden que deben analizarse en función de los modos de producción, clase social, organización familiar, estructura de personalidad, ideología y trabajo.

Matrajt (1982) sostiene que, considerando al alcoholismo y la drogadicción como una sola entidad patológica, este trastorno puede definirse de la siguiente manera: "adicto es el sujeto que requiere indispensablemente de un fármaco para lograr un determinado rendimiento psíquico".

Por esto último se entiende tanto una vivencia subjetiva (euforia, tranquilidad, sueño, bienestar), como un logro intersubjetivo (hacer el amor, hablar en público, trabajar, etc.).

Tal definición incluye tanto al adicto consuetudinario, como al ocasional. Vale decir, permite la inclusión del adicto "in status nascendi", a los efectos de poder intervenir antes de que la relación entre el sujeto y su mundo dependa en forma insustituible de la droga.

Para el autor, el epicentro del fenómeno de la adicción a las drogas se ubica en el sujeto, su historia, sus determinaciones

sociales, los significados que atribuye a los fármacos, y no en los efectos específicos que el producto químico suscita en el psiquismo.

Matrajt (op.cit.) define como droga a " toda sustancia ajena al organismo que al ser incorporada a éste, produce ya sea por su acción farmacodinámica específica, o por el significado que el sujeto le atribuye, o por una combinación de ambos mecanismos, un rendimiento psicológico buscado ".

El autor sostiene que el acto de drogarse es siempre una manera intencionada y controlada de evadir una realidad que el sujeto no puede enfrentar, con el fin de recrear artificialmente otra más placentera, aunque pasajera.

El presente estudio ha tomado en cuenta la definición de fármacodependencia formulada por la O.M.S. en 1971, que declara lo siguiente:

" La fármacodependencia es un estado psíquico, y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco ".

"Se caracteriza por ciertas modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos, y a veces para evitar el malestar causado por la privación. La dependencia puede ir ,o no, acompañada de tolerancia (a la privación) ".

3.2.1 Fármacodependencia en el adolescente

En todos los casos, la droga es el amuleto que permite alcanzar lo inaccesible (un acto de amor, de arrojo, o un momento de paz, etc.), y dicho acceso está planteado desde lo imaginario, que puede consistir en un desempeño real, o simplemente un viaje alucinatorio.

Lo importante es que, en ambos casos, el sujeto sabe de esa fugaz irrealidad prefabricada, y se siente incapaz de reproducirla sin recurrir a la droga, cuyo significado posee el carácter feérico de los cuentos infantiles.

Bajo el efecto de la droga, el sujeto experimenta transformaciones que no se hallan delimitadas por el tiempo, y pueden reproducirse cuantas veces el sujeto lo desee.

La droga es "inagotable" desde la perspectiva del adicto. Esta carece de necesidades, deseos y exigencias, por consiguiente no reclama nada del individuo.

En otras palabras, la droga y sus efectos están supeditadas absolutamente a la voluntad del usuario, que en este terreno es el "rey".

Comparado con el sujeto psicótico que cree en la realidad del delirio, el adicto siempre duda de la materialidad de la satisfacción de su deseo alucinatorio.

El autor manifiesta que la comprensión de lo que ocurre en el acto de drogarse resulta más clara al observar las carencias del adicto en los ratos de sobriedad. Esto último podría resumirse en la siguiente frase: "dime con qué alucinas y te diré de qué careces".

En el caso de estos sujetos, la ingestión de la droga y sus efectos constituyen una huida a la fantasía, forjada desde su Yo ideal.

Este último es definido como una situación ideal, utópica, y está moldeado desde el principio del placer y ligado al narcisismo primario.

Matrajt señala que el adicto utiliza la droga para escaparse de un medio vivido como frustrante, donde la frustración es sentida como humillación.

Cabe señalar, según el autor, que no cualquier frustración causa adicción, sino sólo aquellas que para el sujeto representan afrentas a su narcisismo y ataque a su autoestima.

Se trata, más bien, de las frustraciones que hieren, humillan al sujeto, que dejan insatisfecha una necesidad.

En los adictos de bajo nivel socio-económico se superponen la carencia de un satisfactor básico, y la vivencia de inferioridad por no habérselo podido procurar.

En los adictos de nivel socio-económico medio y alto, la carencia que impulsa al sujeto a la drogadicción es de naturaleza psicológica: una pérdida amorosa, vacío existencial, una incapacidad para determinado logro, etc. (Matrajt, 1982).

3.3 Etiología y características clínicas

En otras palabras, Matrajt dice lo siguiente: " lo que confiere poder patológico a estas carencias es la peculiar forma de descifrarlas que tiene el adicto ". Vale decir, éstas comprueban su desvalorización, su incapacidad, desde una visión del mundo donde ser desvalorizado es algo vergonzante que amerita burla y escarnio, que constituyen las heridas más dolorosas para estas personalidades, y que las impulsan a la reacción compulsiva de drogarse.

Desde otro punto de vista, el acto de drogarse implica violación de normas sociales, o familiares, que están internalizadas y que sólo tienen existencia en la historia personal del adicto.

Las normas suelen aparecer concretizadas en la persona de alguien que sanciona la conducta del adicto, que sufre y se desespera de rabia al no poder impedir la compulsión de ingerir drogas, del adicto.

Tal persona puede existir, o haber existido mucho tiempo atrás, y estar muerta, o estar presente sólo en la imaginación del sujeto.

Lo importante es que el acto de drogarse constituye un ataque, una burla despiadada que éste le hace a alguien.

Dicha persona tiene vida en la cabeza del sujeto, que es donde todo ocurre, y posee fuerza productora de causalidad porque es condensación de muchas figuras importantes para éste, y no sólo una reviviscencia de una relación infantil.

Esta figura representa lo que Freud (op.cit.) llama super Yo, y que en el caso del adicto es proyectado afuera, y condensado en la persona que lo sanciona.

De este modo, Matrajt indica que el super Yo da un significado al acto de drogarse. Así, el adicto adquiere una identidad, se reconoce como sujeto en la medida en que pueda diferenciarse del super Yo proyectado afuera en otro, u otros.

Las personas que sufren y condenan la adicción del sujeto son representantes de ese super Yo, que dicho sujeto recrea constantemente bajo la forma de autoridad actual, o del objeto fantaseado.

El autor sostiene que el adicto, al atacar a su Super Yo proyectado, equivale a atacar a la persona que en la situación edípica original se burló de él y lo denigró por su impotencia, transformándolo en algo vergonzante.

La presencia, fantaseada o real, de alguien que condena, lo lleva como a reproducir la escena original, con la diferencia que consiste en que ahora es el sujeto que se burla y convierte en impotente al que en el pasado hizo lo mismo con él.

Vale decir, el sujeto hace una inversión de roles con fines retaliatorios, y transmuta de un modo cínico y escéptico su escala de valores, que se extiende e invade toda la cosmovisión del sujeto.

De todo esto se desprende que el acto de drogarse es, para el adicto, una expresión de rebeldía y de inconformidad con las normas. En los sectores de menores ingresos, el drogarse es motivo de exclusión social. (Matrajt, 1982).

En las clases medias y altas, el drogarse representa el anti-costumbrismo. Vale decir, cuestionar los aspectos más tradicionales y conservadores de la sociedad.

3.3.1. Factores de personalidad

Para Matrajt, el adicto se incluye en las diversas variedades que integran la amplia gama del cuadro psicopatológico denominado psicopatía, donde el sujeto adicto es un tipo particular de psicópata.

Tales entidades nosológicas constituyen psicosis compensadas y estabilizadas, donde la desestabilización tiene lugar de un modo controlado en el acto de drogarse. En otras palabras, se trata de un estado psicótico provocado, a veces, a voluntad del sujeto mediante la ingestión de una droga, del cual éste tiene la posibilidad de salir.

A diferencia de lo que ocurre en las psicosis donde el paciente cree en la realidad de sus delirios, en la psicopatía el sujeto precisa de una escena fabricada por él, equivalente a la alucinación del psicótico, en la cual cree en forma temporaria, mientras se encuentra bajo el efecto de la droga.

El término psicosis es empleado aquí en el sentido de la capacidad de salirse de la realidad, y recrear otra realidad a un nivel alucinatorio, o delirante.

Imhof et al (1983) analizaron y desde otro ángulo, los fenómenos transferenciales y contratransferenciales que se dan particularmente en este tipo de pacientes.

Estos autores manifiestan que debido a la fuerte agresión que demuestran los sujetos adictos hacia el terapeuta, surgen problemas contra-transferenciales extremadamente difíciles, que obstaculizan el tratamiento.

Los autores mencionados señalan que el enfrentamiento entre paciente y terapeuta es vivido por el primero como una seria amenaza a la identidad de su ego, debido a la rabia destructiva y "odio" a sí mismo que él siente al encontrarse con el terapeuta "bueno", opuesto a todo lo que es él.

Así, la amenaza sentida por el sujeto lo hace invertir la situación y emplear cualquier estrategia para provocar y humillar al terapeuta, con el objeto de hacerlo lo más semejante, o peor que él mismo.

Estos autores manifiestan que los mecanismos de defensa que utilizan los adictos son la identificación proyectiva y la conciencia de sus propias reacciones contra-transferenciales, y de sus actitudes hacia el paciente con el fin de lograr la continuidad del tratamiento.

3.3.2. Factores sociales

Matrajt apunta básicamente a los siguientes factores sociales que determinan las psicopatías, y manifiesta desconocer otras causas que las provocan.

Existen, para éste, dos elementos primordiales que marcan la infancia del futuro psicópata:

- 1- graves carencias, y
- 2- excesiva normatividad.

El primero, muy conectado con una de las características de la adicción, es la búsqueda ilusoria de lo que carece.

El segundo tiene que ver con la necesidad de burlarse de alguien, punto que ya fué abordado anteriormente.

En las clases bajas y marginales las carencias son materiales, emocionales, intelectuales, y la consecuencia suele ser la aparición de psicópatas polimorfos.

Esto es, sujetos que presentan una gran variedad de síntomas: delincuencia, adicción, perversión, etc. En los estratos medios y altos predominan las carencias de tipo afectivo, y éstas suelen presentarse doblemente encubiertas.

Por una parte se observa un exceso de prodigalidad, (ej: sustituir afecto por objetos materiales), y por otra, tales carencias suelen verse disimuladas por una atmósfera de prohibición implícita frente a los reclamos.

En síntesis, Matrajt (1985) sostiene que la clase o sector social en que se desenvuelve el niño determina sus deseos, valores, demandas, sus necesidades y el significado personal y social que su satisfacción posee.

Por consiguiente, las carencias que vive el futuro psicópata deben ser entendidas desde el conjunto de valores y deseos vigentes en el medio en que éste habita.

Matrajt (op.cit.) afirma que los deseos aparecen como expresión de algo absolutamente individual que nada tiene que ver con lo biológico, y están producidos por la sociedad.

Nota: en los ejemplos clínicos se ilustrará este mecanismo más detalladamente.

Pero esta misma estructura social que le impedirá el acceso a las satisfacciones, lo lleva a creer en la existencia de un mundo de placeres que conforman su Yo ideal, y lo hace abrigar la falsa sensación que el que los consigue alcanza el peldaño más alto de la escala de valores.

La carencia de tales satisfactores materiales, morales, emocionales e intelectuales, es vivida por estos sujetos como impotencia, incapacidad, castración.

Partiendo de la concepción psicoanalítica tradicional, según la cual el psiquismo infantil se estructura a partir del triángulo edípico, el autor intenta presentar una visión más completa de

dicho proceso al postular que la constitución del triángulo mencionado se efectúa de acuerdo a determinantes sociales.

Según el autor, dichos determinantes refuerzan y/o transforman el patrón de conducta inicial, debido a las experiencias significativas de tipo emocional y cognoscitivo que el sujeto vivencia en las diferentes situaciones sociales en que participa.

Matrajt (op. cit.) cita a Pichon, para quien los futuros psicópatas sienten la exclusión en la situación edípica como una burla a su persona, sintiéndose objeto de desafío de parte del adulto.

De ahí que se le crea posteriormente una compulsión a invertir los roles. Esto es, una tendencia a recrear un triángulo edípico donde lo más importante consiste en transformarse él en el burlador, y poner al otro en la situación que el sujeto ocupó cuando niño, esto es, de burlado.

En otras palabras, en el psiquismo de estos pacientes la presencia de una figura de autoridad, o representante del super Yo, es equivalente al adulto que se burló de él en la situación edípica original.

De ahí que el placer máximo del psicópata consiste en molestar, fastidiar desde su posición de burlador, al representante de las normas, que según el caso, puede ser el padre, o algún sustituto. En la necesidad de venganza y en la compulsión de fastidiar a la figura que representa las normas, estaría dada la esencia del conflicto en estos sujetos.

La satisfacción de dicha necesidad alimenta su autoestima y organiza su narcisismo.

Esta sería una manera particular de vivir el complejo de Edipo que suele darse en el caso de los futuros psicópatas, el cual a su vez, está particularmente significado desde lo social.

El autor sostiene en su libro que el adicto, por haber sido tratado como cosa sin valor, asume un patrón de conducta defensivo consistente en cosificar a las personas y personificar las cosas.

Esto último implica una relación del sujeto con la droga, que suplanta todos los vínculos importantes que éste habría de tener con las personas significativas en su vida.

En otras palabras, sus relaciones humanas son sustituidas por la droga, debido a que ésta puede ser manipulada por el individuo sin exigir nada de él.

En la imaginación del adicto la droga es inagotable, y le permite desechar los proyectos a largo plazo para dar lugar al inmediatez.

Por tales motivos, y otros más, la droga le resulta más confiable que las personas.

En relación con el acto de drogarse, Matrajt (op. cit.) opina que éste posee un sentido doble y contradictorio. Por una parte, produce "satisfacciones maravillosas que son el objetivo idealizado de las pulsiones sexuales del adicto" pero, al mismo tiempo, debido al deterioro físico, psíquico y social que ocasionan, constituyen una forma de autocastigo, y el objetivo de las pulsiones de muerte del sujeto.

De lo antedicho, Matrajt (op.cit.) concluye que, tanto la adicción al alcohol como a las drogas son alternativas de elección de muchos sujetos depresivos, ya que la ingestión de estas sustancias les permite satisfacer un doble anhelo: por un lado su efecto antidepresivo, y por el otro, constituye un autocastigo que los libera de culpas.

Los puntos de vista teóricos que Matrajt (op. cit.) aquí plantea, pueden resumirse de la siguiente manera:

- 1- los deseos de los sujetos adictos han sido producidos por la sociedad.
- 2- las relaciones objetales tempranas, y el complejo de Edipo, se dan y se desarrollan en una determinada organización social, la cual les otorga a dichas relaciones las significaciones que poseen.
- 3- esta organización social implica determinaciones económicas, políticas e ideológicas, que se manifiestan a través de instituciones de las cuales la familia es una de las más importantes.
- 4- la estructura social en que vive el sujeto no deja de seguir influyendo en su psiquismo interno a través de nuevos grupos e instituciones, generando en el sujeto los sistemas pulsionales,

escala de valores y sistemas cognoscitivos determinantes de su comportamiento " sano " y /o " enfermo ".

5- finalmente, se ha visto que lo central de la conducta del adicto está constituido por su deseo de éxito, de placer, por su temor al fracaso que es vivido como una humillación, y por una cosmovisión totalmente consumista, individualista y clasista.

3.3.3 Factores familiares

Matrajt (op.cit.) sostiene que la familia del futuro adicto presenta rasgos muy característicos, pero diferentes de los sectores de bajos ingresos, en relación con los sectores de ingresos más elevados.

Las familias pertenecientes al primer grupo presentan como característica más frecuente la desintegración y la ausencia del padre, situación a la cual se suman la exclusión y segregación de que son objeto tales familias de parte del resto de la sociedad.

Su ubicación en el estrato social más bajo, y su noción de la existencia de una sociedad de clases es vivida como algo "natural". dice el autor, y por consiguiente, no ven una solución mejor que envidiar a los que gozan de una situación más ventajosa.

Un grupo familiar de este tipo se caracteriza por privaciones, miseria, exclusión social, y por dos figuras de identificación: una madre acosada por la miseria, privaciones, etc., no puede llegar a constituirse en una figura idealizada a la cual querer parecerse, y un padre abandonador, incapaz de amar, que sin proponérselo se transforma en el modelo de relación interpersonal y comportamiento básico.

Las familias de los futuros adictos que pertenecen a los sectores de mayores ingresos, son más integradas.

Matrajt (op. cit.) hace referencia a una investigación realizada por él y un grupo de estudiantes de Psicología de la Universidad de Morelos, hace 14 años, donde pudo observar que en tales familias el futuro adicto es víctima de una sutilmente encubierta

pugna entre sus padres que se disputan el control grupal, pugna que se expresaba principalmente en el terreno normativo.

En la investigación mencionada se analizó una serie de mensajes provenientes de familias de psicópatas.

Otra característica acusada por la investigación se refiere a la rigidez y estereotipia de todos los roles familiares, observada en las familias estudiadas, y la permanencia en el mismo rol era vivida inconscientemente por sus miembros como una necesidad homeostática de la totalidad del grupo familiar.

Tal estructuración se daba casi exclusivamente cuando se giraba en torno del par agresión-represión, o su equivalente poder-sumisión.

De la investigación se obtuvo que en el noventa por ciento de las familias en las cuales hay un miembro psicópata, se halla también un integrante depresivo severo.

Entre los hallazgos pudo observarse que la dinámica familiar adquiere caracteres patológicos, tales como los estereotipos, silencios, descalificaciones, rigidez de roles, vínculos, cuando el tema gira en torno al par agresión-culpa y al par éxito-fracaso, principalmente cuando está involucrado el miembro depresivo.

Finalmente, excluyendo el tema conflictivo, la dinámica familiar presenta caracteres semejantes al resto de las familias de la población.

Para explicar la existencia del fenómeno de la adicción y su relación con el medio social, Matrajt (op. cit.) plantea como tesis central que la clase baja de los países del tercer mundo, y en los sectores marginados de los países racistas de Norteamérica y Europa (minorías étnicas, religiosas o nacionales) la adicción a las drogas es un fenómeno producido y mantenido por la clase dominante, con el objeto de desfigurar y controlar la inconformidad social.

El autor dice que después de haber consultado estudios epidemiológicos de más de setenta países, seleccionó los datos más significativos que menciona a continuación.

La adicción a las drogas, como problema sanitario, es de reciente aparición y para su estudio establece tres sub-grupos muy diferenciados:

1- los sectores más bajos, y socialmente segregados en el tercer mundo, recurren predominantemente al uso de inhalantes de efecto destructor para el sistema nervioso central, debido a que prematuramente actúan sobre los lípidos que componen la mielina.

Le sigue en importancia el uso de la marihuana y los psicofármacos.

En México, las estadísticas acusan una adicción a inhalantes de 30 por 1000 habitantes, y en el altiplano andino la adicción a mascar coca llega al cincuenta por ciento de la población adulta. En los países de América Latina, productores de droga, la adicción se halla muy extendida.

2- en la pequeña y mediana burguesía, sobretodo la urbana, predominan la marihuana y los psicofármacos.

Las estadísticas arrojan altas cifras de consumidores en Colombia y Brasil. En México, la proporción es de 350 por 1000 consumidores no adictos.

Los datos proporcionados por la OMS para los países industrializados de Europa, acusan un franco aumento en los últimos 10 o 15 años.

En los EEUU las cifras generales de adictos son : 10 millones de personas adictas a la marihuana. 2 millones de personas adictas a las anfetaminas y a los barbitúricos.

La adicción a los psicofármacos y a los alucinógenos tiende a ser ocultada, debido a los grandes intereses en juego que se manejan.

Sin embargo, por el conjunto de datos indirectos que el autor ha logrado recopilar, éste estima que el quince por ciento de la población adulta de ese sector presenta algún nivel de adicción, y que una tercera parte de los mismos son altos consumidores.

3- en la alta burguesía y en la marginalidad metropolitana de los países más desarrollados, predomina el empleo de la heroína y de la cocaína.

En los EEUU se atienden anualmente doscientos cincuenta mil adictos que deben ser internados.

En síntesis, Matrajt (op. cit.) plantea las siguientes conclusiones:

1- la marginación constituye el antecedente de mayor importancia dentro del conjunto de causas determinantes de las adicciones.

Tal marginación puede implicar exclusión del mercado de trabajo, exclusión de las posibilidades de realización existencial, exclusión de acceso a satisfactores básicos, o de algún espacio de realización emocional.

2- la adicción a las drogas refleja una problemática que impregna la estructura social.

3- las adicciones constituyen, en los países del tercer mundo, la prioridad mayor a nivel de salud mental entre la población adulta.

4- finalmente, el autor concluye que las medidas terapéuticas individuales, tanto las de orientación psicoanalítica como las conductistas, resultan insignificantes para enfrentar este problema, ya que éstas suelen lograr excepcionalmente algunos cambios aislados a nivel individual, que en nada logran alterar la gran inercia que, en tal sentido, invade a la sociedad en que vivimos.

En México, de acuerdo a investigaciones socio-epidemiológicas de Matrajt (op. cit.) tenemos aproximadamente un índice de 55 por 1000 de alcohólicos severos.

Los estudios epidemiológicos de Matrajt abarcaron toda la población general, y no sólo la población escolar, porque está dando un índice de 16 por 1000 casos de alcohólicos en la edad entre 16 y 20 años.

Al ver que los hombres de la familia toman y no tienen realizaciones sociales, estos jóvenes también se dedican a tomar.

Matrajt manifiesta que la destrucción del sistema nervioso central por consumo de inhalantes es un tipo de concepción manejada de una manera más o menos general.

El mismo autor expresa que últimamente han surgido unos trabajos, particularmente en los países industrializados, donde parece ser que cuando existe buena alimentación, la destrucción no es tan prematura, ni tan intensa.

3.4 Tratamiento

3.4.1 Tipos de tratamiento (diferentes enfoques)

Existen diferentes formas de tratamiento de la f armacodependencia, que provienen de las diversas corrientes psicológicas actualmente en boga.

Cabe mencionar las psicoterapias cognitivo-conductuales que se centran en el síntoma, en este caso considerando la adicción como una conducta aprendida que ha sido reforzada a lo largo del tiempo, por lo que el tratamiento está enfocado a disminuir o eliminar la conducta adictiva a través de un reaprendizaje.

Otras terapias sintomáticas se basan en el llamado "counseling" o asesoramiento, que intentan la erradicación del trastorno mediante técnicas persuasivas o consejo.

Existen, además, otros tipos de tratamientos de desintoxicación basados en la supresión total de la droga, o en la dosificación y administración controlada de la misma, o en su defecto, en el suministro de una droga sustitutiva, por ejemplo, la metadona.

Las mencionadas terapias tienen como objetivo principal, la erradicación del síntoma y la reinserción social del individuo, sin incluir en la labor terapéutica el análisis de las causas que provocaron tal trastorno.

La terapia psicoanalíticamente orientada se propone una reestructuración integral de la personalidad del sujeto, que incluye el abandono de la adicción, el desarrollo de sus potencialidades y a través de un análisis profundo de su historia pasada, intenta conocer las causas y las circunstancias que determinaron su padecimiento.

Esto último nos lleva a una breve reflexión sobre el concepto de curación de estos trastornos, que no es el mismo en todas las terapias.

Se ha visto que para algunas de ellas, la curación consiste en el abandono de la adicción, de la delincuencia, y en la reinserción del individuo en el medio social.

Para las terapias de corte psicoanalítico, la curación significa un cambio profundo de la personalidad del sujeto, que incluye el abandono de la adicción.

El concepto de curación se torna más complejo si se analiza desde una óptica más amplia que la observada hasta ahora. Así, al hablar de curación, es necesario precisar desde dónde se está aplicando este término.

No es lo mismo curación desde una óptica médico-social, o familiar, que curación desde lo vivenciado por el individuo mismo, y el aprovechamiento o desarrollo de todas sus potencialidades.

Así por ejemplo, cuando un sujeto deja de consumir una droga que sustituye por otra dosificada y controlada por el médico, se puede hablar de curación desde una óptica médico-social.

Evidentemente, se trata de un progreso porque el sujeto deja de ingerir algo que daña a su organismo.

Goza de una mayor aceptación social, tiene la posibilidad de trabajar y de llevar una vida un poco mejor.

Desde el punto de vista médico-social se trata de un avance, pero desde lo vivenciado por el sujeto los criterios anteriores no bastan para hablar de curación.

Visto desde lo intrapsíquico, desde lo que el individuo siente, tal concepto correspondería a un estado de bienestar, de armonía interna, y de satisfacción que no puede alcanzarse manteniendo latente y sin resolver la problemática de fondo.

3.4.2 Encuadre psicoanalítico

La autora de esta Tesis utilizó un encuadre de dos sesiones semanales en días fijados de común acuerdo con el paciente, y cada sesión tenía una duración de 50 minutos.

Las entrevistas o sesiones, se efectuaban frente a frente, empleándose básicamente una técnica interpretativa.

3.4.3 Factores relacionados al éxito o fracaso del tratamiento

Resulta interesante hacer referencia al trabajo realizado por Newman y Tamerin (1971) que consistió en someter a un mismo tratamiento a un grupo de alcohólicos adultos y a otro grupo de adolescentes drogadictos, en un mismo establecimiento de tipo abierto.

Los resultados obtenidos de dicha experiencia llevaron a los autores a la postulación de la existencia de diferencias significativas entre ambos grupos, en relación al pronóstico.

Tal conclusión se desprende del relativo éxito en el tratamiento del adulto alcohólico, y resultado pobre logrado en el tratamiento del paciente drogadicto.

Esta experiencia fué llevada a cabo en la Fundación Silver-Hill; se trata de un establecimiento psiquiátrico privado sin fines de lucro, ubicado en una zona rural al suroeste de Connecticut y funciona como hospital abierto.

Esto implica internamiento voluntario por parte del paciente, y un rechazo del mismo cuando éste es conducido por coerción.

Del censo promedio de 55 pacientes, hay un treinta por ciento de sujetos adultos con problemas de ingestión de alcohol.

Lo medular del tratamiento de estos alcohólicos consiste, primero, en la desintoxicación y logro de la abstinencia.

El período de hospitalización pretende facilitar el desarrollo de defensas más adecuadas que permitan al paciente, en un futuro, enfrentar mejor las tensiones externas e internas y liberarse de su dependencia del alcohol para lograrlo.

En los últimos cuatro años se decidió realizar la experiencia de tomar en tratamiento a 22 adolescentes adictos a las drogas, que fueron tratados como parte de la comunidad del hospital.

Su tratamiento no consistió en programa especial de terapia, ni se introdujeron diferencias específicas en ésta.

Al igual que los otros pacientes de Silver-Hill, el programa de estos jóvenes consistía en una permanencia mínima de dos meses en el hospital, de participación activa general, consistente en tres sesiones semanales de psicoterapia

individual, terapia de grupo y actividades físicas y ocupacionales extensas.

Sin embargo, dicho programa no pudo cumplirse con estos pacientes cuyo comportamiento rebelde creaba dificultades, mostrando un separatismo casi estudiado del resto de la población de pacientes.

La actitud de estos adolescentes fué constantemente de desafío hacia lo establecido ("establishment"), incluyendo al hospital, personal y resto de los pacientes percibidos como agentes de lo establecido.

Para los autores de este trabajo, la rebeldía de dichos jóvenes en el hospital era resultado de una falta de motivación para seguir el tratamiento.

Su admisión en Silver-Hill se debía a un programa de emergencia para tratamiento de gente joven, con el fin de evitar la cárcel, o reformatorio.

En consecuencia, el proyecto con los adolescentes fracasó, y para Newman y Tamerin el principal motivo del fracaso en un establecimiento tipo hospital abierto, como Silver-Hill, fué el rechazo de estos jóvenes a dejar de consumir drogas.

Cabe señalar que la mayoría de estos sujetos no ingresó al hospital por su auténtico deseo de recibir un tratamiento para dejar las drogas, sino para rehuir la cárcel, y por consiguiente, la terapia no es tomada en serio por ellos.

De lo anterior se desprende que los adolescentes drogadictos que llegaron a Silver-Hill, gozaron de la facilidad de restablecer los contactos con la comunidad para surtirse de drogas, y su consumo por estos pacientes iba en aumento.

De tal modo, el manejo de éstos fué adquiriendo más carácter de seguridad y vigilancia que de problemas terapéuticos que usualmente se presentan en los pacientes psiquiátricos.

La experiencia realizada puso en evidencia que el tratamiento de adolescentes inmotivados para dejar las drogas, no tuvo éxito en un tipo de hospital abierto como lo es Silver-Hill.

En cambio, los adultos alcohólicos que ingresan a dicho hospital no toman, aún cuando la disponibilidad de alcohol es mucho mayor que la posibilidad de surtirse de drogas.

La explicación de la diferente actitud entre ambos grupos estaría, según los autores del trabajo, en la presencia de motivación del alcohólico para dejar de beber.

Finalmente, la experiencia realizada permitió observar que si en el caso de los adolescentes adictos prevalecía un tipo de situación totalmente distinta, (falta de motivación para dejar la droga), se habría requerido también un tipo de tratamiento diferente.

El contraste observado en Silver-Hill en el fracaso de un grupo, frente al éxito logrado con el otro, llevó al personal del hospital a efectuar una amplia comparación entre las características de ambos grupos, con el fin de explicarse la discordancia observada en los resultados.

Además, los autores esperaron identificar indicadores pronósticamente útiles para el tratamiento de hospital de trastornos adictivos de todo tipo, que posiblemente nos capaciten mejor para predecir qué alcohólicos tienen o tendrían mayor posibilidad para responder al tratamiento del hospital.

Sin embargo, los autores esperaron que la conclusión de su intento en Silver-Hill manifestara, en forma de pronóstico, los factores relevantes que pudieran, utilizar otras instituciones enfrentadas al problema de evaluar en la admisión, la probabilidad de un resultado positivo con cualquier tipo de paciente adicto, tanto a las drogas como al alcohol.

Lo esencial de este informe consistirá en una comparación entre adultos alcohólicos y 22 adolescentes drogadictos cuyas edades fluctúan entre los 15 y los 20 años, tratados en Silver-Hill, observando o considerando aquellos factores que los autores han llegado a sentir que son de mayor relevancia pronóstica.

Estos factores se dividen en cuatro áreas generales:

I- bases para el arribo y actitud hacia el problema

1) los autores señalan que en su experiencia, mientras mayor es la presión o motivación interna del sujeto para concurrir a tratamiento, mayores son las posibilidades de un resultado exitoso.

Los adolescentes drogadictos, en cambio, acudían a Silver-Hill por presión de los padres, y frecuentemente, a consecuencia de haber sido aprehendidos por la policía.

En tales casos, la mediación de un abogado lograba persuadir al juez que la permanencia en un hospital psiquiátrico podría ayudar al sujeto.

De esta manera, los adolescentes lograban posponer la sentencia, y llegaban a Silver-Hill con la idea de poder suspenderla del todo si observaban buena conducta en el hospital.

En síntesis, el informe revela que los alcohólicos ingresaban a Silver-Hill para someterse a tratamiento y rehabilitación, y los jóvenes drogadictos en cambio, lo hacían con el propósito de eludir el encierro en alguna institución carcelaria.

2) negación o aceptación del problema.

Pudo observarse que el alcohólico de Silver-Hill tenía conciencia de enfermedad y reconocía su necesidad de ser ayudado.

Contrariamente, el joven drogadicto del mismo hospital acusaba una carencia total de conciencia de enfermedad.

De ahí su incapacidad de reconocer la gravedad que el problema de la drogadicción tiene para él.

3) deseo de cambio.

El alcohólico autoreferido viene a Silver-Hill en busca de ayuda, que no sólo consiste en dejar el alcohol.

Este tipo de paciente desea, además, lograr cambios en su personalidad, en su estilo de vida, aliviar así su malestar.

El quisiera manejar sus sentimientos sin recurrir al alcohol.

Generalmente, el sujeto drogadicto ingresa a Silver-Hill en contra de su voluntad.

Su adicción a las drogas le resulta egosintónica, y por consiguiente se resiste a dejarlas.

El alcohólico no siente necesidad de beber cuando se halla relajado en el hospital.

El drogadicto, en cambio, sigue deseando la droga, aunque se sienta en paz en el hospital.

Esta característica es particularmente importante para los autores de este trabajo, quienes sostienen como impedimento

principal en el tratamiento de los adolescentes drogadictos de Silver-Hill, el consumo permanente de drogas durante su permanencia en el hospital.

II- historia previa de adaptación y factores de personalidad.

1) independencia vs dependencia.

El informe revela que el sujeto drogadicto es dependiente de sus padres, y su consumo permanente de drogas puede significar una manifestación de este carácter dependiente.

Contrariamente, el alcohólico de Silver-Hill que logra rehabilitarse posee una historia de considerable independencia, o que otros han dependido de él.

Por otra parte, la presión económica en el caso del adulto, cuando es sostén del hogar, representa un importante estímulo para desear el cambio.

2) realización vs no realización.

El informe revela que los alcohólicos que mejor respondieron al tratamiento, habían tenido generalmente logros y experiencias exitosas que deseaban recobrar.

Contrariamente, la mayoría de los adolescentess drogadictos no ha tenido nunca una adaptación exitosa, y a menudo consume droga para corregir lo que los autores del presente trabajo denominan " un malestar deficitario ".

De este modo, el uso de las drogas permitía al sujeto integrarse a una subcultura donde adquiría un status propio. Tal subcultura estimula el uso reiterado de las drogas y el desafío del medio habitual, dando lugar a un deficiente pronóstico de cambio en el medio hospitalario.

3) estructura de personalidad.

Un factor de importancia determinante del pronóstico diferencial entre los dos grupos de adictos estudiados en Silver-Hill, es la estructura de la personalidad subyacente del sujeto. En este caso, los autores se refieren al desarrollo del super Yo, o a la carencia de dicha instancia psíquica, como indicadores pronósticos.

A este respecto, fueron observados rasgos de personalidad antisocial, tales como el egoísmo, la insensibilidad, la irresponsabilidad, la incapacidad de aprender de la experiencia

y otros. Es decir, un severo defecto del super Yo caracterizaba a la mayoría de los adolescentes adictos de clase media alta, tratados en Silver-Hill.

En cambio, la estructura de personalidad y dificultad subyacente de la mayoría de los pacientes adultos alcohólicos tratados en la misma institución, consistía en una reacción depresiva en un sujeto pasivo-agresivo, pasivo-dependiente, u obsesivo.

Los alcohólicos con personalidad subyacente antisocial muestran notoria semejanza con los adolescentes adictos en su respuesta al tratamiento, y su pronóstico es igualmente desfavorable.

En síntesis, el informe acusa que los sujetos con un serio defecto en el super Yo no reaccionan favorablemente a la terapia de relativo breve plazo, en un hospital abierto.

III- relación con el centro de tratamiento.

1) relación con el terapeuta.

Se observó que uno de los factores pronósticos de mayor importancia en el éxito del tratamiento lo constituye la capacidad del sujeto para establecer una relación con el terapeuta.

El éxito obtenido con los adultos alcohólicos se explica en parte, por su capacidad de comprometerse en un contrato implícito con éste, para lograr cambiar los aspectos adictivos de su personalidad, y dejar el alcohol.

El adolescente drogadicto excepcionalmente establece una alianza terapéutica con su terapeuta, debido a que estos pacientes no suelen percibir a éste como a un aliado que desea ayudarlos, sino acostumbran verlo como un representante del "establishment", al cual hay que oponerse.

2) respuesta al medio.

Se observaron diferencias radicales entre la actitud de los alcohólicos y la de los adolescentes drogadictos, ante el trato cálido y considerado que ambos grupos de pacientes recibían en Silver-Hill.

Los primeros, dóciles, con sentimientos de culpa, y ansiosos por cambiar, respondieron particularmente bien al trato que recibieron en el hospital.

Los jóvenes drogadictos, en cambio, no parecían tener conciencia de las bondades del medio que los rodeaba, y su comportamiento no guardaba correspondencia con el nivel de consideración que se les mostraba.

IV- relación con los factores externos.

1) relación con la esposa y/o con el empleador.

Uno de los factores más importantes que influyen en el pronóstico, observados en esta experiencia, fué el temor a la pérdida.

El relativo éxito obtenido con los pacientes alcohólicos de Silver-Hill se podría explicar en parte, al encontrarse el sujeto ante la amenaza real de una pérdida, (esposa y/o trabajo) que constituye su único sustento.

Dicha amenaza suele ser una motivación muy eficaz para tomar en serio el tratamiento, sobretodo en el caso de alcohólicos que pertenecen a la clase ejecutiva, y que fueron referidos al hospital por sus Compañías, bajo la amenaza de despido.

Además de las causas mencionadas, el sujeto debe recibir una recompensa positiva, ligada con el cambio, consistente en recuperar la aprobación y aceptación del medio familiar y social.

El joven drogadicto, en cambio, al carecer de una buena situación en su trabajo y no tener ninguna relación interpersonal significativa, ni siquiera en su hogar, carece de motivación para dejar la droga.

En su situación siente que tiene poco que perder si persiste en el consumo de drogas, y poco que ganar si llegara a dejarlas.

Contrariamente a lo que ocurre con los sujetos alcohólicos antes mencionados, los adolescentes drogadictos experimentarán un sentimiento de pérdida que va a estar más relacionado con el abandono de la droga, que con la persistencia en su consumo. Sienten que pierden más si dejan la droga, que si la siguen usando.

Finalmente, los autores del trabajo intentan explicar los motivos del fracaso del tratamiento de los adolescentes adictos en el hospital de Silver-Hill, que según su experiencia, serían los siguientes:

1- la admisión de estos jóvenes en el hospital fué pseudo-voluntaria, debido a que acudían al establecimiento presionados por la agencia encargada de la ejecución de la ley, y no por motivación propia.

2- ausencia total de conciencia de enfermedad: tendencia a negar la seriedad y realidad de su problema.

3- rechazo a dejar de consumir drogas, y de cambiar para adaptarse mejor a una sociedad a la que se oponían.

4- presencia de un severo defecto del super Yo, y un patrón de conducta de notoria irresponsabilidad, incongruencia, y falta de consideración.

5- manifestaban una falta de interés para establecer una alianza de trabajo terapéutico, con sus terapeutas.

6- no apreciaban el ambiente beneficioso del hospital, y más bien, éste era percibido por ellos como una manifestación del "establishment".

7- estos pacientes sentían que el cambio de sus patrones de consumo de drogas, y consiguiente cambio de personalidad, no les producía ganancia alguna, y más bien, les ocasionaba pérdida.

8- a menudo estos sujetos se hallaban encerrados en una relación sado-masoquista con sus padres.

Los autores refieren algunos casos de adolescentes drogadictos que obtuvieron resultados exitosos en Silver-Hill.

Se trataba de jóvenes con ciertas características que sugerían un pronóstico más favorable, tales como: disposición hacia su trastorno, nivel previo de adaptación, estructura de personalidad, y una postura favorable hacia el programa de tratamiento o hacia los factores externos.

Finalmente, los autores mencionados recomiendan una evaluación del sujeto, previo ingreso a este tratamiento hospitalario, considerando cada uno de estos factores, con el fin de pronosticar la posibilidad de éxito en el tratamiento.

Con tal propósito, refieren haber desarrollado una escala valorativa que comprende los factores que parecen tener significación pronóstica en el tratamiento hospitalario de trastornos adictivos, y sugieren utilizar dicha escala en el momento de admisión de los pacientes, con el fin de comprobar cuantitativamente algunas de las hipótesis que aquí se han presentado.

Finalmente, la experiencia realizada en Silver-Hill reveló que uno de los factores de mayor importancia en el fracaso del tratamiento de pacientes drogadictos fué su falta de motivación a ser tratados, falta que obedecía a diversas causas que se analizaron en el trabajo mencionado.

Nir y Cutler (1978) observaron que tal renuencia al tratamiento se ha hecho extensiva a gran parte de los servicios que atienden a sujetos con trastornos emocionales, fenómeno que indujo a dichos autores a investigar y a analizar sus causas.

El así llamado "síndrome del paciente inmotivado" fué caracterizado por ellos por una actitud de rechazo del tratamiento, presentada por el paciente, acompañada de la consiguiente ausencia de deseo de cooperar en su propia terapia.

Los autores mencionados describen aquí sus experiencias con cinco grupos de pacientes que fueron considerados, que habían respondido pobremente al tratamiento psiquiátrico.

Los cinco grupos estudiados fueron los siguientes:

- 1- gente de bajo nivel socio-económico
- 2- delincuentes juveniles
- 3- adictos a narcóticos
- 4- sujetos alcohólicos, y
- 5- pacientes psiquiátricos militares

El estudio de estos cinco grupos de pacientes permitió a los investigadores realizar las siguientes observaciones, que son de relevante importancia:

- 1- pese a las diferentes etiologías, y a las diferentes patologías de síntomas específicos, presentadas por estos grupos de sujetos, un amplio sector de la población tenía en común una falta de motivación para desear el cambio y solicitar ayuda.

2- como causa de tal falta de motivación, los autores sostienen que se trata de una conducta multideterminada y vinculada con los problemas intrapsíquicos del sujeto, que revelan una extensa variedad de constelaciones defensivas, tales como la negación, la falta de discernimiento, egosintonía con los síntomas, temor al cambio, etc.

La falta de motivación para el tratamiento puede también no tener relación con los conflictos intrapsíquicos del sujeto, y reflejar de un modo cognitivo un prejuicio cultural, según afirmación de los autores.

De estos cinco grupos de pacientes investigados en el presente trabajo, me limitaré a una breve síntesis de las observaciones efectuadas en los grupos de bajo nivel socio-económico, y en los sujetos drogadictos respectivamente, debido a que los pacientes que integran la muestra de mi experiencia presentan justamente ambos elementos concentrados: bajo nivel socio-económico y adicción a las drogas.

En los grupos de bajo nivel socio-económico, los autores encontraron que, a pesar de la escasa homogeneidad en la naturaleza de esta población de pacientes, ellos poseen algunas características comunes que afectan el éxito de la psicoterapia.

Estas podrían ser, una cierta incapacidad para observarse a sí mismos, y una ineptitud para desarrollar una relación significativa con el terapeuta.

Las dificultades en el tratamiento de muchos pacientes de clases bajas, consistían en diferencias entre sus actitudes, objetivos, modos de comunicación, y de conocimiento, con los del psiquiatra.

Chess y Thomas (citados por Nir y Cutler, 1978) estudiaron este problema desde un punto de vista evolutivo, y enfatizaron la necesidad de reconocer que no todos los trastornos del comportamiento se relacionan con motivos inconscientes, sino también provienen de limitaciones de la capacidad.

Ejemplo: maduración incompleta, patrones de reacción intrínsecos, y patrones específicos de motilidad, de percepción, o disfuncionamiento bioquímico.

Desde un enfoque psicoanalítico, Applebaum (citado por Nir y Cutler, 1978) afirma que el deseo de cambiar depende de muchas actitudes aprendidas acerca de la conveniencia, la posibilidad, y el valor del cambio.

Mientras más rígida es la estructura de la personalidad del sujeto, más temor y pesimismo se experimenta en relación al cambio.

Como resultado de estos hallazgos, se desarrollaron métodos de tratamiento que se dirigen específicamente a los modos perceptuales, cognitivos, y comunicativos de la población de pacientes.

Estas técnicas más nuevas toman en consideración las constelaciones particulares de los mecanismos de defensa del Yo que se caracterizan por una actitud negativa hacia el cambio.

Como instrumentación práctica de estas construcciones teóricas, los autores mencionan las técnicas de Minuchin de "living room therapy", la terapia de aprendizaje reparadora y terapia familiar.

Pavenstedt (citado por Nir y Cutler, 1978) hizo extensivo este enfoque a niños pre-escolares.

Por su parte, Love y cols. (citados por Nir y Cutler, 1978) concentraron sus esfuerzos terapéuticos en niños escolares de bajos estratos socio-económicos.

Afirman los autores que uno de los enfoques modificados consistió en proveer de información directa y consejo al padre de bajo nivel socio-económico, si se lo compara con el enfoque de un asesoramiento no directivo, empleado con el padre de un mayor nivel socio-económico.

Adictos a narcóticos.

Los autores refieren haber encontrado en los sujetos que abusan de las drogas, las mismas amplias variaciones en circunstancias sociales y factores de personalidad que habían notado en los pacientes escasamente motivados, en los grupos de bajo nivel socio-económico, y en los delincuentes juveniles.

Manifiestan que numerosos autores han investigado la corriente epidémica del abuso de drogas, con un enfoque en la influencia del muy anunciado uso del alcohol, y drogas de mostrador.

Entre ellos se puede mencionar a Davis (citado por Nir y Cutler, 1978) quien sostiene que la gente que se vierte hacia las drogas es principalmente aquella que se siente derrotada, desmoralizada, rechazada y deprimida.

En este grupo se incluyen también los jóvenes que sienten la insensatez de la lucha de sus padres en la carrera por escalar ("carrera de ratas"), y quienes alguna vez han intentado, con la ayuda de alucinógenos, romper los patrones, modo de vida, y la estructura cognitiva de sus padres.

Glatt y Khantzian (citados por Nir y Cutler, 1978) sostienen que los estudios de las características de personalidad de los sujetos adictos han acusado la gran dificultad que sus historias revelan para manejar su agresión y su narcisismo, debido a la patología de su carácter, o a perturbaciones del Yo.

Estos sujetos se vierten al uso de los opiáceos, como un recurso para ayudarlos a manejar sus crisis evolutivas, su tensión y privación, debido a su fracaso para desarrollar otras soluciones efectivas y adaptativas.

Existen numerosas diferencias de opinión en cuanto a enfoques de tratamiento apropiado; así, mencionando a Margoles, los autores expresan que las terapias que dependen de cierto nivel de motivación o fortaleza del Yo no han sido exitosas, y el problema de comprender este grupo, aparentemente inmotivado, es de las interrogantes básicas a ser contestadas.

La terapia individual, grupal, y familiar, ha tenido poco éxito con el adicto a la heroína.

El manejo coercitivo de adictos ha despertado mucha controversia.

No obstante, Glatt (citado por Nir y Cutler, 1978) acepta el tratamiento forzado como una alternativa humanística opuesta a permitir a los adictos a llevar vidas destructivas, hasta estar dispuestos a aceptar ayuda.

Los autores manifiestan que Glatt sostiene que el tratamiento compulsivo en un ambiente libre de drogas, permite el desarrollo de mejores controles del Yo, hasta haber ganado suficiente fortaleza, demostrando confianza en aquellos que desean ayudarlo, y el tratamiento compulsivo, en un medio libre de drogas, capacita a los adictos a tomar parte en un tratamiento psicoterapéutico.

En este tipo de terapia se usan medidas de apoyo para animar al adicto a desarrollar sus capacidades.

Se ha informado acerca de resultados de otros enfoques psicoterapéuticos: psicoterapia de confrontación y psicoterapia directiva, y casas a medio camino con abstinencia total de drogas.

Asimismo, se han reportado tratamientos conductistas tales como el condicionamiento aversivo, entrenamiento de relajación, y esfuerzo casual o emergente.

Finalmente, los autores concluyen señalando la necesidad de una investigación más extensa al respecto, y de un seguimiento sistemático de estos métodos.

Los comentarios finales de los autores del presente trabajo, se sintetizan de la manera siguiente: los programas de tratamiento para pacientes inmotivados parecen estar fragmentados, y no se dirigen hacia la actitud principal subyacente de resistencia al cambio por parte del sujeto.

Actitud que debería percibirse, no sólo como un reflejo de su psicopatología individual, sino dentro de un contexto social y cultural más amplio.

Explorar este síndrome constituye una urgente necesidad de nuestra sociedad.

La falta de motivación de estos pacientes puede revelar un conflicto intrapsíquico, y/o estar relacionada con un modo cognitivo, o con un prejuicio cultural.

Los autores sostienen que existen fuerzas dentro de nuestra sociedad, que poseen un interés creado en mantener el estado actual de cosas, sobre la base de consideraciones económicas y étnicas.

Estos factores turbadores, sumados a la falta de reconocimiento de la extensión de la enfermedad mental en los Estados Unidos, tienden a minimizar aún más la necesidad de una intervención más efectiva, que permita llegar hacia un sector más amplio de la población.

Tal situación se traduce en un descuido del paciente inmotivado, y consiguiente carencia de suficientes servicios de atención de sujetos que manifiestan interés en recibir ayuda.

Finalmente, los autores postulan la necesidad de centrarse en el síndrome del paciente inmotivado, a falta de motivación para el cambio, rasgo que constituye el denominador común de estos sujetos.

Tal medida facilitaría una mejor comprensión del fenómeno, y promovería el desarrollo de intervenciones más efectivas, y de nuevas técnicas que llevarían a un mejoramiento de los servicios de atención de un mayor número de personas que necesitan tratamiento.

Supuestamente, el presente estudio se realizó por intermedio de las instituciones mencionadas, ya que en el trabajo mismo no hay referencia a ninguna otra institución.

Efectividad del tratamiento

El Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE UU, publicó un informe sobre la eficacia de los programas de tratamiento de abuso de drogas en los EE UU, que se basa en los hallazgos disponibles hasta el año 1980 sobre esta materia.

El presente informe fué impreso por primera vez en 1981 y reimpresso en 1984.

La mayoría de los trabajos considerados para tales fines, se refiere al tratamiento de adictos a la heroína, aunque también se dieron a conocer resultados de muestras que comprenden consumidores de otras drogas.

Por razones de espacio, se intentará aquí hacer un breve resumen del informe mencionado, recomendando al lector

interesado remitirse al documento original, en el cual se presentan los trabajos que sustentan los resultados obtenidos.

El informe refiere que en la investigación de la eficacia de los programas de tratamiento de la adicción a las drogas, se contemplaron cuatro modalidades terapéuticas que lograron amplia difusión en la década de los sesentas. Estas fueron las siguientes:

- 1- mantenimiento con metadona
- 2- comunidades terapéuticas
- 3- tratamiento ambulatorio con abstinencia de drogas, y
- 4- desintoxicación.

Como medidas de eficiencia de estos programas, se emplearon tres criterios de éxito que han tenido amplia aceptación en los EE UU, y son los siguientes:

- 1- disminución del consumo de drogas
- 2- reducción del crimen
- 3- aumento de la actividad productiva.

Tales criterios presentan la ventaja de permitir una evaluación de la conducta del individuo durante y posteriormente al tratamiento.

Las cuatro modalidades terapéuticas investigadas se describen brevemente de la siguiente manera:

1-comunidades terapéuticas: consisten en programas de tiempo completo que incluyen residencia del sujeto, abstinencia de drogas, y desempeño de funciones ocupacionales en el seno de dicha comunidad.

Estos programas proporcionan al paciente el apoyo de sus pares, asesoramiento, confrontación, y a la vez, intentan persuadirlo a que abandone su conducta antisocial y autodestructiva.

El período aproximado de permanencia en la comunidad es de un año, o más.

2- mantenimiento con metadona: consiste en la sustitución de la heroína por metadona, que es un opiáceo sintético, con el objeto de lograr que el paciente alcance un grado de estabilidad fisiológica, que le permita buscar formas alternativas de funcionamiento.

Esta modalidad requiere administración de dosis diarias de metadona, que generalmente se efectúa en forma ambulatoria, y su duración suele ser de un año, o más.

Esta forma de tratamiento, combinada con un asesoramiento rehabilitativo, suele ser una eficaz ayuda.

3- tratamiento ambulatorio con abstinencia de drogas: consiste en pláticas " intensivas ", relativas al problema de la adicción del sujeto, y en asesorarlo en sus problemas personales, cuando éste lo solicita.

Esta modalidad incluye además, los programas que operan como comunidades terapéuticas de día.

4-desintoxicación: su objetivo principal es eliminar la dependencia fisiológica del sujeto de la heroína, por medio de la metadona, y de otras sustancias.

A partir de 1974, estos programas no pueden, por disposición legal, exceder los 21 días.

El informe destaca que todos los estudios en él contenidos, y sus correspondientes resultados, se basaron en la evaluación del comportamiento del sujeto después del tratamiento, por considerarse a este último factor, como la prueba decisiva de cualquier programa de este tipo.

Asimismo, se enfatiza que el resultado de un tratamiento es producto de una serie de factores que han intervenido en él, tales como: variables comunitarias (disponibilidad de empleos), características personales del paciente (historial de arrestos).

Las primeras investigaciones sobre los efectos del tratamiento de abuso de drogas en los EE UU, se realizaron antes de 1970, y algunas de ellas aparecen en este informe bajo el título de "Tempranos hallazgos en la investigación de la eficacia del tratamiento".

Por razones de espacio, se han omitido en este resumen los trabajos en que se dan a conocer los resultados de estas primeras investigaciones que, en su mayoría, acusan frecuentes recaídas, seguidas de períodos de abstinencia de muy variable duración.

El informe observa que los estudios que aparecen bajo el título de "Hallazgos contemporáneos en la investigación de la

eficacia del tratamiento", intentan poner de relieve los rasgos significativos de los principales trabajos de evaluación durante la pasada década.

Se llevaron a cabo investigaciones que manejan una sola modalidad terapéutica, y estudios que, con fines comparativos, contemplan varias formas de tratamiento, algunos de cuyos resultados se reseñan a continuación.

1- comunidades terapéuticas: el informe refiere que esta modalidad ha sido una de las más importantes para tratar la drogadicción durante la última década.

Numerosas investigaciones realizadas coinciden en que la comunidad terapéutica es un programa que requiere un tiempo largo de tratamiento, por lo cual se espera que los sujetos que permanecen en el seno de dicha comunidad durante un período más prolongado, obtengan mejores resultados.

El informe se refiere a un estudio de Colliere e Hijazi (citado en NIDA, 1981, 1984) publicado en 1974, concluye que al efectuarse el seguimiento, el 84 por ciento de los pacientes que habían completado el tratamiento, obtuvo resultados positivos, de acuerdo con los tres criterios de éxito ya mencionados.

Estos autores observaron también, que los sujetos de más edad, (entre 25 y 30 años), demostraron un mejor nivel de aprovechamiento del tratamiento, que los menores.

El informe indica que un estudio posterior realizado por De León en 1979 (citado en NIDA, 1981, 1984)destacó que el progreso tendía a ser mayor en los pacientes que habían permanecido durante un tiempo más prolongado en tratamiento.

El mismo estudio reveló que, aproximadamente un 76.4 por ciento de pacientes reaccionó bien en los años posteriores al tratamiento, y que el período crítico parece ser un año después. Vale decir que, aproximadamente un 15 por ciento de los pacientes que completaron su tratamiento, se mantuvo bien durante un año, al cabo del cual recayó en la drogadicción.

2- mantenimiento con metadona: es la modalidad de tratamiento que reviste mayor importancia en los casos de adicción a la heroína.

Los estudios de seguimiento realizados sostienen mayores logros en los pacientes que permanecen en tratamiento por períodos más prolongados, y han permitido observar una reducción drástica en el empleo de la heroína, en el curso aproximado de un año de admisión.

El informe menciona a Dole y Nysewander (citados en NIDA, 1981, 1984) que han señalado que esta modalidad terapéutica puede facilitar la rehabilitación social, pero no previene al sujeto del consumo de opiáceos después del tratamiento. Vale decir, que el mantenimiento con metadona y la correspondiente rehabilitación social, no previene el abuso de opioides después que el tratamiento ha finalizado.

Los autores mencionados indican el mantenimiento continuado con metadona, con énfasis en la rehabilitación social, para los sujetos con una historia de varios años de adicción, previos al tratamiento, y con problemas sociales, y recomiendan la desintoxicación manejada adecuadamente para los casos de pacientes jóvenes con breve historia de empleo de heroína.

El presente informe da a conocer numerosos trabajos realizados, que prueban la eficacia de esta forma de tratamiento, observada en disminuciones significativas del consumo de opiáceos, en altas mejorías en las tasas de empleo y en espectaculares reducciones de las tasas de arrestos.

Todos los autores de las investigaciones que aparecen en este informe, coinciden en que el período de duración del tratamiento constituye el factor de mayor influencia en su éxito.

Esto es, a mayor tiempo de permanencia en él, tanto mejores son los resultados obtenidos.

Entre los estudios realizados, caben mencionar los de Maddlux y Mc Donald; Gearing, D' Amico, y Thompson, así como el de Stimmel y cols. (todos ellos citados en NIDA, 1981, 1984).

3- los programas ambulatorios, con abstinencia de drogas: atienden a una variada población de pacientes que incluye a los consumidores de opiáceos, y a los adictos a otros tipos de drogas.

Algunos programas se ocupan de dar atención solamente a los sujetos jóvenes que abusan de sustancias no opioides, y otros en cambio, aceptan a individuos de todas las edades.

La mayoría de estos programas se basa principalmente en el consejo, o asesoramiento, pero varían en contenido y duración.

En relación con esta modalidad terapéutica, el informe da a conocer dos estudios que plantean puntos de vista opuestos.

El primero de ellos es una investigación de Sells, Demaree y Hornick, publicada en 1979 (citada en NIDA, 1981, 1984) según la cual se pone en duda la efectividad de estos programas en el caso de los adictos a los opiáceos.

El segundo es un trabajo realizado por Simpson Savage y Sells, publicado en 1980 (citado en NIDA, 1981, 1984) que sostiene la eficacia de este tratamiento, tanto para los que consumen opiáceos, como para los sujetos que emplean otras drogas.

El presente informe manifiesta que los estudios de seguimiento basados exclusivamente en esta modalidad terapéutica, son relativamente escasos en la literatura, y que éstos se encuentran más frecuentemente en los trabajos de evaluación de diversas formas de tratamiento.

4- la desintoxicación con metadona o con otra medicación: llevada a cabo durante 21 días, ha demostrado ser exitosa en la eliminación de la dependencia fisiológica a los narcóticos.

No obstante, se ha observado una alta tasa de reincidencia de pacientes que se someten solamente a esta modalidad terapéutica.

En atención a estos resultados, se realizaron estudios que determinaron la conveniencia de incluir a los pacientes de desintoxicación, en programas de tratamiento y rehabilitación más prolongados.

Estudios que comprenden más de una modalidad de tratamiento.

En la presente sección, el informe presenta numerosos trabajos sobre diferentes grupos de pacientes sometidos a los diversos tipos de tratamiento mencionados, cuyos resultados permiten evaluar la eficacia de estas modalidades terapéuticas.

De tales estudios, se darán a conocer aquí los resultados obtenidos de una de las más importantes investigaciones de seguimiento realizadas en los EE UU, por el Instituto de Investigaciones Comportamentales de la Universidad Cristiana de Texas, empleando una amplia población de pacientes tratados, que fueron admitidos al sistema DARP, durante los años 1969 - 1973 (citado en NIDA, 1981, 1984).

El DARP, o " Drug Abuse Reporting Program ", es un sistema de información y de localización de pacientes, establecido bajo el patrocinio del Instituto Nacional de Salud Mental, en 1968, siendo transferido posteriormente al Instituto Nacional de Abuso de Drogas.

Se obtuvieron muestras representativas de pacientes que fueron entrevistados de cuatro a seis años después de haber dejado el tratamiento, las cuales incluían las cuatro modalidades terapéuticas previamente mencionadas, y un grupo de comparación formado por sujetos que no fueron tratados, debido a que sólo se presentaron en la admisión.

Los resultados de esta investigación revelaron progresos espectaculares en los patrones de empleo de drogas, y en el funcionamiento social de una amplia muestra de pacientes, a nivel nacional, tratados en programas antidrogas de la comunidad.

Se observó que, particularmente en las modalidades terapéuticas de más larga duración, tales como el mantenimiento con metadona, comunidad terapéutica, y tratamiento ambulatorio con abstinencia de drogas, es muy probable que gran parte del progreso sea consecuencia del tratamiento recibido.

El informe indica que la mejoría fué tan sorprendente, que resulta difícil pensar que ésta podría lograrse con un grupo de control de sujetos dependientes de drogas que no ha recibido tratamiento, y que el progreso observado fuera sólo consecuencia del curso normal de los acontecimientos.

Esta última afirmación fué corroborada por las significativas diferencias obtenidas en cuanto a grado de mejoría por

pacientes tratados, comparado con aquellos que no tuvieron tratamiento.

Conclusión.

El presente informe mostró algunos de los más importantes hallazgos realizados en la investigación sobre la eficacia del tratamiento del abuso de drogas.

Generalmente, tales hallazgos sostienen que el tratamiento contra el abuso de drogas, en sus tres principales modalidades : (mantenimiento con metadona, comunidad terapéutica, y el tratamiento ambulatorio con abstinencia de drogas) ha tenido una importante influencia en la rehabilitación de un número significativo de sujetos adictos, y ha proporcionado una considerable ayuda a estos individuos, para emprender una vida útil y productiva.

Entre las conclusiones del informe, se destaca que la efectividad del tratamiento contra el abuso de drogas ha sido evaluado posteriormente a su cese o término, empleando los tres criterios de éxito mencionados en los diferentes estudios.

Primero: disminución del consumo ilícito de drogas.

Segundo: mejores condiciones ocupacionales.

Tercero: reducción del comportamiento criminal.

Finalmente, se acepta la utilidad de los programas de desintoxicación, como medios para liberar al sujeto de la dependencia fisiológica de las drogas, pero se rechaza su eficacia a largo plazo.

El informe concluye enfatizando la necesidad de desplazar a los pacientes de desintoxicación hacia las otras modalidades terapéuticas, y como punto final, recomienda una mayor atención a los esfuerzos que se realicen en tal sentido.

La validez e importancia de este método, ha sido demostrada por algunos autores que se han dedicado a su estudio, y cuyos puntos de vista se darán a conocer más adelante.

CAP. IV.

METODOLOGIA

4.1 EL METODO CLINICO

El fenómeno de la deserción en el tratamiento de la fármaco-dependencia, objeto de esta investigación, ha sido estudiado utilizando el método clínico o estudio de casos, cuyas características esenciales se analizarán en el presente capítulo.

La validez e importancia de este método ha sido demostrada por algunos autores que se han dedicado a su estudio, y cuyos puntos de vista se darán a conocer más adelante.

No es propósito del presente trabajo desarrollar una polémica sobre la eficacia del método clínico, ni plantear la controversia sobre su valor epistemológico y metodológico. Tales problemas han de remitirse a los estudios especializados al respecto.

Son varios los autores que se han ocupado de analizar el método clínico, entre los cuales cabe mencionar a Lagache (1982) Bleger (1974) y Pasternak (1975).

Lagache (1982) sostiene que el método clínico es lo específico de la Psicología Clínica, definida como una disciplina psicológica basada en el estudio profundo de casos individuales, y que tiene por objeto estudiar la conducta humana individual y sus condiciones, (herencia, maduración, condiciones fisiológicas, patológicas e historia del sujeto).

En otra palabras, este autor establece que la Psicología Clínica se ocupa del estudio de la personalidad total "en situación".

El objeto del método clínico es el estudio de casos individuales, o el estudio de cada caso en particular.

Este método se interesa básicamente en el detalle, y en la reconstrucción del todo, a partir del estudio profundo de las articulaciones entre cada una de las partes, y cada uno de los detalles, con la idea de que los todos que reconstruye, son absolutamente diferentes los unos a los otros.

Este autor también sostiene que el método clínico se ocupa de la singularidad, de la minucia, del detalle, y de los matices, elementos que son claves en él.

Su especificidad radica en la naturaleza de las operaciones con las que el psicólogo clínico enfoca la conducta humana, que se caracteriza por el predominio de la observación orientada hacia la totalidad de las reacciones del ser humano concreto frente a una situación vital.

El exámen clínico, propiamente dicho, es la observación hecha por el psicólogo en un contacto personal y directo con el examinado, que le permite al primero obtener dos fuentes de datos.

Por una parte, observar el comportamiento del sujeto frente a la situación del examen, y la relación que establece con el examinador, y por otra, adquirir conocimiento de su historia pasada a través del relato que el mismo sujeto hace de ella, elemento este último indispensable para penetrar en la singularidad de cada caso.

Asimismo, el examen clínico permite observar la actitud del individuo frente a su situación y problemas actuales, frente a sus actos, y a los acontecimientos de su vida.

La exploración de la historia del pasado del sujeto es susceptible de llevarse a cabo por medio de técnicas históricas que consisten en información obtenida del testimonio de algún familiar cercano del individuo, y en la técnica documental: trabajos escolares, artísticos, literarios, cartas, etc.

A la observación y al estudio de los antecedentes biográficos del sujeto se agregan otras técnicas de exploración psicológicas, utilizadas por el método clínico, de las cuales se hará mención solamente de los Tests Psicológicos, la Grafología, la Morfopsicología y la Técnica Psicoanalítica.

Debido al método utilizado en la presente investigación, que consistió en una Psicoterapia de Orientación Psicoanalítica, las

técnicas empleadas fueron entrevistas de exploración y entrevistas terapéuticas.

Las primeras permitieron indagar sobre los principales síntomas del sujeto, obtener una visión de su problemática actual, y la forma como éste la percibe.

La historia pasada del paciente fué obtenida por el relato que él mismo hiciera de ella. Asimismo, fué posible observar la relación que éste estableció en sus primeros contactos con la terapeuta, su comportamiento durante las entrevistas, y se tomaron en cuenta los sentimientos contratransferenciales iniciales que el paciente despertó en la terapeuta.

Posteriormente, en las entrevistas terapéuticas, se trabajó con la metodología psicoanalítica, desde la cual se ha hecho la elaboración teórica de los casos.

Así, el método clínico logra penetrar en la singularidad y en lo más profundo de un fenómeno, dando lugar a circunstancias imposibles de repetirse idénticamente.

Bleger (1974) coincide con Lagache, al señalar que este método consiste en un estudio detallado y profundo, basado en la observación directa y en la historia del sujeto, factores por cuyo intermedio es posible lograr un enfoque global del paciente estudiado.

Para este autor, el método clínico se caracteriza por el contacto directo y personal que logra el investigador con el sujeto estudiado.

Podría afirmarse que su principal ventaja consiste en un intento de analizar más profundamente cada caso, ya que permite introducirse en la historia de cada sujeto y en la compleja particularidad de su problemática.

Lagache (op. cit.) enfatiza que el método clínico es el más apropiado para el estudio de la conducta humana, porque sugiere una hipótesis, permite su verificación y plantea la psicoterapia a ser llevada.

Pasternak (op. cit.) afirma que el método clínico y el experimental presentan un punto de contacto que es la observación, y que ambos pueden ser vistos como dos formas de observación diferenciadas por la relación inversa que muestran entre el número de variables consideradas y el número de sujetos en que se las estudia.

Para este autor, la experimentación es como una observación rigurosa que pretende conocer las variaciones de una sola característica en un elevado número de sujetos, mientras que el método clínico trata de registrar la observación del mayor número de variables en un solo individuo.

El método experimental en Psicología y en Psicología Social, pretende establecer una serie de reglas generales, o llegar a generalizaciones utilizando, a veces, las encuestas de exploración, de diagnóstico, y el método estadístico cuantitativo que ofrece la seguridad de una generalización.

El método clínico, en cambio, no pretende establecer conclusiones basadas en resultados estadísticos.

Bleger (op. cit.) afirma que la observación con el método experimental se realiza en condiciones artificiales, porque el investigador produce y reproduce a voluntad el fenómeno que desea observar, controlando los factores que intervienen en el mismo, y tratando de reducir las variables al mínimo posible.

En consecuencia, señala este autor, el método experimental clásico no deduce necesariamente consecuencias inmediatas aplicables de sus observaciones, que son resultado de la artificialidad de las condiciones de laboratorio en que fueron realizadas.

Con respecto a la relación entre Psicología Clínica y Psicoanálisis Clínico, Lagache (op. cit.) expresa que en la investigación clínica el psicoanálisis se destaca como técnica clínica por su mayor profundidad, mayor capacidad de enriquecer la psicología de las conductas patológicas, y porque sus descubrimientos han ejercido vasta influencia en el desarrollo de la conducta.

En otras palabras, Lagache establece que el Psicoanálisis Clínico está comprendido en la Psicología Clínica, agudizando las características metodológicas esenciales de esta última.

Sin embargo, el mismo autor señala que el Psicoanálisis Clínico no es lo mismo que Psicología Clínica, estableciendo dos importantes diferencias entre ambos:

1) La Psicología Clínica se funda en datos más heterogéneos que pueden incluir técnicas fisiológicas y psicológicas no psicoanalíticas, simultáneamente, y la investigación psicoanalítica, en cambio, se basa exclusivamente en la observación de la conducta.

2) La observación clínica en el sentido clásico, se desarrolla en lo posible con la ayuda de buenas relaciones entre el psicólogo y el sujeto, donde el primero trata de establecer y mantener una transferencia positiva con el segundo.

La característica más específica de la investigación psicoanalítica, en cambio, es servirse de la transferencia para la observación directa del pasado en el presente.

Desde el punto de vista metodológico, Bleger (op. cit.) afirma que el psicoanálisis plantea el objeto de estudio de la psicología de otra manera, y lo hace con un método nuevo que es el método del psicoanálisis, basado en la comprensión y en la interpretación. Esta última sería un instrumento para usar en forma adecuada la comprensión.

Desarrollando esta línea de pensamiento, Bleger señala que el psicoanálisis plantea un objeto de estudio con la introducción de la transferencia, que ha llevado a investigar lo que ocurre durante la sesión analítica desde el punto de vista de la relación interpersonal.

Este autor manifiesta que por ser esta última una relación bipersonal, involucra también el estudio de lo que ocurre en el psicoanalista.

Más específicamente, Bleger indica que la introducción de la transferencia hizo extensivo el objeto del estudio del psicoanálisis

clínico a la investigación de la contratransferencia y a la de la contraidentificación, fenómenos cuyo análisis ha permitido ampliar el campo de estudio psicoanalítico, y por consiguiente, innovar el estudio de la Psicología Clínica.

Se dice que el método clínico se basa en impresiones y en apreciaciones subjetivas del observador, más que en mediciones.

En otras palabras, partiendo de lo observado, el observador realiza una serie de inferencias articuladas de una manera muy particular para llegar a la conclusión.

Por consiguiente, desde el punto de vista de la metodología de las ciencias exactas y ciencias naturales, el método clínico carece de la objetividad necesaria para otorgarle el carácter de científico, debido a la alta cuota de subjetividad que contiene. Esto es, pese a que el método clínico se basa en impresiones, en inferencias y en cosas que no son medibles ni cuantificables, ni reproducibles, la realidad ha mostrado que las observaciones más profundas, los conocimientos más sutiles sobre el funcionamiento del psiquismo humano provienen de este método.

Lo antedicho no descarta la frecuente posibilidad de cometer errores. Sin embargo, el conocimiento aparentemente más insondable de la vida psíquica del individuo o de su subjetividad fué adquirido por medio de este método.

Lo hasta aquí expresado no invalida la fragilidad de los argumentos epistemológicos y metodológicos lanzados en defensa del método clínico, ya que éstos se basan centralmente en impresiones subjetivas, proyecciones, intuiciones, y en una serie de medios de penetración en el psiquismo humano que no son confiables.

No obstante, podría afirmarse que en este último siglo, lo mejor que se ha podido saber, lo más profundo, lo más sutil y lo más detallado de la vida psíquica del hombre, proviene de este tipo de aproximaciones, y cabe agregar que éstas últimas no se emplean exclusivamente en Psicología Clínica, pues también se

utilizan en la investigación antropológica y en otras disciplinas que estudian al ser humano.

El método clínico, y más específicamente el método psicoanalítico, permite comprender mejor el funcionamiento de las relaciones de objeto importantes, pasadas y presentes del individuo, y por consiguiente, permite plantear hipótesis acerca de dicho funcionamiento, desde las etapas más tempranas de la vida del individuo.

En la presente tesis se relatará una experiencia realizada con un número determinado de sujetos farmacodependientes sometidos a un tratamiento de orientación psicoanalítica, y desde una óptica estrictamente clínica, se tratará de analizar en profundidad sus circunstancias y los factores determinantes de su deserción.

Cabe señalar que se utilizó este método para realizar comparaciones o establecer semejanzas entre los pacientes estudiados, que se refieren siempre a aspectos cualitativos y no a elementos cuantitativos.

Asimismo, en el presente trabajo se eludieron los grupos de control, las conclusiones basadas en resultados estadísticos, y se ha prescindido de instrumentos de validación, tales como los Test Psicológicos, aparatos, etc.

Finalmente, el método de estudio de los pacientes empleado en esta tesis, consistió en analizar solamente lo que la terapeuta pudo observar, captar, y percibir en cada uno de ellos, tomando en cuenta los sentimientos contratransferenciales que éstos le despertaban.

4.2

DESCRIPCION DE LA MUESTRA (Sujetos)

La muestra de estudio consta de 20 sujetos del sexo masculino, con problemas de fármacodependencia, que desertaron del tratamiento. Sus edades fluctúan entre una mínima de 14 años y la máxima de 28, siendo las más frecuentes aquéllas que se

hallaban entre los 18 y 24 años, siendo 20 años la edad promedio.

En cuanto a escolaridad, trece de estos sujetos habían alcanzado el ciclo medio que algunos de ellos habían finalizado, y siete sujetos lo dejaron inconcluso al nivel del 2º año de secundaria. Cinco sujetos se habían quedado en el quinto y sexto año de primaria, y los más jóvenes seguían estudiando.

Se observó una escasa afición por las carreras técnicas o vocacionales, encontrándose en la totalidad de la muestra un solo sujeto que, además de trabajar junto a su padre como enyesador, estudiaba mecánica automotriz.

Un rasgo sobresaliente es la ausencia total de analfabetismo, sumado a un alto grado de desocupación independiente del nivel de escolaridad de cada sujeto, y la mayoría de ellos atribuía este hecho de la pérdida o abandono del trabajo, a la drogadicción.

De los que trabajaban, se ocupaban en labores informales, no tenían oficios calificados y realizaban tareas eventuales, tales como vender tarjetas de Navidad, paletas, boleadores, etc. En otras palabras, el grupo presentó carencia total de obreros calificados, con algún oficio, o que estuviese en proceso de aprendizaje de alguno para aprender a desempeñarse solo.

El estudio de la muestra reveló que las drogas de mayor preferencia y consumo eran la marihuana y los inhalantes. En menor grado les siguen las anfetaminas, el peyote, y los barbitúricos.

Llamó la atención la presencia de seis casos de fármacodependencia múltiple, y aunque estas cifras carecen de valor estadístico, constituyen un importante indicador de una mayor tendencia entre los jóvenes a hacer combinaciones de drogas con los efectos letales que este fenómeno puede tener.

La mayoría de los sujetos consultaba por primera vez, y no había recibido tratamiento previo, viéndose algunos casos que después de haber abandonado un tratamiento anterior en la misma institución, regresaban con el fin de reiniciar o retomar la terapia.

Unos pocos integrantes de la muestra venían derivados de otras instituciones, principalmente del Hospital Fray Bernardino Alvarez, donde algunos de ellos habían permanecido internados y luego derivados al centro para tratamiento de la drogadicción.

La mayoría de los pacientes no recibió tratamientos concomitantes con la psicoterapia, exceptuando dos de ellos, que fueron canalizados con el psiquiatra de la institución para medicación por insomnio en un caso, y para medicación por fuerte ansiedad en el otro.

El tiempo promedio de adicción en este grupo podría estimarse de dos o tres años según la información proporcionada por los mismos sujetos, siendo dos meses el período más breve, y 13 años el más prolongado. Cabe señalar que el promedio mencionado no es matemático, ni fué estadísticamente calculado, y se trata solamente de una aproximación con el objeto de poder ubicarnos cuantitativamente, poder definir la muestra, y lograr que el lector pueda orientarse con respecto al tipo de pacientes con que se ha trabajado.

No se utilizó ninguna prueba psicológica de exploración de daño cerebral causado por los inhalantes, ni se realizó ninguna otra indagación especial con tales fines. Solamente cabe mencionar que la observación efectuada durante las entrevistas no reveló síntomas sospechosos de tal trastorno en ningún paciente.

Entre los problemas de delincuencia y policiales más frecuentes que se observaron en el grupo, fueron los de los sujetos que se dedicaban a repartir drogas y por su contacto con los narcotraficantes.

Es importante señalar que un considerable número de sujetos que acuden al centro vienen con la fantasía persecutoria de que existe contacto entre la policía y la institución, y que ésta última tendría como propósito captar a todos los drogadictos de la zona para enviarlos después a la cárcel.

Otros sujetos vienen con la fantasía de que en el centro se los castigará físicamente por consumir drogas. Cabe destacar que ninguno de los integrantes de la muestra era enviado directamente por la policía.

A este respecto, es importante señalar que los Centros de Integración Juvenil poseen contacto con diversas instituciones tales como escuelas, Centros de Salud, Policía, etc., con fines de derivación para tratamiento de sujetos consumidores de drogas, y/o sorprendidos drogándose.

Otro rasgo que vale la pena mencionar es que aproximadamente un tercio de la muestra ingería alcohol además de la droga.

La iniciación en el consumo de drogas es referida por la mayoría de los sujetos de la muestra, como por influencia de las amistades, por curiosidad, y por el deseo de experimentar.

De la indagación del motivo que los lleva a ingerir drogas se destacan respuestas relacionadas con el aumento de la potencia sexual, como una defensa en contra de la homosexualidad, y con un mayor flujo de fantasías sexuales durante la masturbación.

Para un importante número de estos sujetos, la droga ejerce una función "tranquilizante" que, según ellos, les permite un mejor control de sí mismos, e inhibir o refrenar sus impulsos agresivos.

Para la mayoría de estos pacientes, las drogas ejercen un efecto estimulante sobre su carácter y comportamiento.

Fueron frecuentes las respuestas de sujetos que afirmaban que con la droga adquirían una mayor agilidad mental y una gran sensación de bienestar. En tales casos, la droga desempeñaba una función desinhibidora, observada en respuestas tales como: "me da más ánimo", "me pongo más conversador", "sin droga mi carácter es muy serio", "con droga pinto mejor", "me ponía más alegre, y seguro de mí".

De acuerdo con la clasificación de fármacodependencia enunciada por la O.M.S., la muestra observó un predominio de adictos del tipo disfuncional seguidos por adictos funcionales. No se dieron casos de sujetos experimentadores, ni de consumidores de drogas ocasionales.

Se observó que la mayoría de estos sujetos pertenece a familias de clase baja e integradas en su generalidad al medio social, con la excepción de tres casos en los que no se da esta última condición. Un importante número de estos pacientes es hijo de

padre alcohólico y en sus historias se registran con frecuencia tempranos abandonos de padre y/o madre, ya sea por separación, muerte, o alguna otra causa, circunstancias que sumadas a otras, han determinado una desintegración o deficiente integración del medio familiar al cual estos sujetos pertenecen.

Exceptuando algunos casos, más de la mitad de los familiares de los sujetos estudiados no se manifestó interesada en el tratamiento de estos pacientes.

Aproximadamente la mitad de los sujetos de la muestra presentó patologías concomitantes de mayor y de mediana gravedad. Es así como se registraron un caso de psicosis previa a la inhalación, y otro de perversión sexual.

Se observaron dos casos de drogadicción disfuncional acompañados de intento de suicidio con pastillas, y un caso de prostitución masculina.

Se registró un caso de despersonalización con temor al suicidio, y otros síntomas aparentemente concomitantes con la ingestión de marihuana y alcohol.

La muestra reveló dos casos cuyas historias registran violación homosexual durante la infancia y temprana pubertad, y finalmente fué posible observar algunos casos de drogadicción asociados a impotencia sexual.

La mitad restante del grupo de estudio observó la drogadicción como síntoma más llamativo, hasta donde fué posible explorar, debido a la deserción.

Merece un comentario especial la ausencia total en el grupo de integrantes del sexo femenino, aunque la presente muestra carece de representatividad.

A este respecto caben las siguientes reflexiones. Primero, las mujeres que habitan en este amplio sector se drogan menos que los hombres porque existen allí más inhibiciones culturales, y no porque las mujeres hayan resuelto mejor sus conflictos.

Pareciera que en el sector estudiado la drogadicción estuviera culturalmente facilitada para los varones.

Segundo, las mujeres que consumen drogas tienden a concurrir menos al Centro en busca de ayuda, que los hombres.

En otras palabras, las mujeres de esa zona eluden el Centro por existir allí una mayor presión socio-cultural sobre la mujer, y por diferentes motivos dicha presión es menor en el caso de los varones. En consecuencia, la total ausencia de mujeres en la muestra estaría aquí determinada por ambos factores, que serían:

1º Las mujeres que habitan dicha zona cercana al Centro se drogan menos que los hombres, y 2º, de las mujeres que se drogan, tienden a concurrir menos al Centro en busca de ayuda.

La exploración de las fantasías de estos sujetos con respecto a su hábito de drogarse, reveló en casi todos ellos una disociación ideoa- afectiva muy marcada entre su adicción, que es el síntoma por el cual consultan, y la problemática emocional asociada y/o subyacente a dicho síntoma.

Ante el intento de la terapeuta de hacerles ver la relación que existe entre su adicción a las drogas y algunos de sus problemas emocionales, que deberán analizarse en el curso del tratamiento, los sujetos se resisten a aceptar tal relación, manifestando cierto escepticismo algunas veces, y otras, cierto resentimiento encubierto por una aparente sumisión, reacciones que en los desertores se traducen en un no querer volver definitivo.

Su conciencia de enfermedad, generalmente, suele circunscribirse al síntoma, manifestado aquí por la drogadicción, excluyendo o negando la problemática emocional asociada a este trastorno.

El sujeto adicto diagnosticado con un grado 4 de fármacodependencia (es decir, un adicto disfuncional) que consulta por primera vez, dice estar consciente de su dificultad para dejar la droga, y con frecuencia suele escucharse la frase : " quiero dejarla y no puedo ".

A menudo estos sujetos atribuyen a su adicción la pérdida de su ocupación, su fracaso escolar, y la falta de desempeño de una actividad útil y productiva, independientemente de la egosintonía o egodistonía de su trastorno.

La indagación de los motivos por los cuales dicen querer dejar las drogas revela un sentimiento de rechazo y de marginación de parte del medio familiar y social. Existe también un temor a volverse "locos", o "tontos", particularmente en el caso de los inhaladores, debido a la idea tan difundida que los solventes causan daño al cerebro.

Otros pacientes manifiestan temor a contraer enfermedades físicas graves, aniquilantes, que los pueden llevar a la muerte, debido a la anorexia que según dicen les causa la droga.

Con respecto al tratamiento, piensan que éste consiste en pláticas durante las cuales se les darán consejos para dejar las drogas.

Generalmente, la terapeuta es percibida como una figura superyoica, prohibitiva y persecutoria en lo que a consumo de drogas se refiere.

Algunos sujetos, y también sus familiares, vienen con la fantasía según la cual el tratamiento consistirá en la administración de algunos fármacos, "tónicos", o "vitaminas" que les quitarán definitivamente el deseo de drogarse.

Con respecto al período de duración del tratamiento, la mayoría de los sujetos pensó que duraría alrededor de los 2 o 3 meses.

Sus fantasías de tarea terapéutica y de curación tienen que ver exclusivamente con el abandono de la droga o curación del síntoma, excluyendo todo aquello que implica análisis de la problemática emocional, reestructuración de la personalidad y elaboración de un nuevo proyecto de vida. A esto último cabe agregar frecuentes fantasías de cura mágica.

A menudo se observó que los pacientes dejan de venir cuando por un tiempo logran la abstinencia de drogas, o al menos así lo dicen, pese a las previas advertencias de la terapeuta de posible reincidencia en caso de discontinuar el tratamiento.

La transferencia permitió observar una figura materna devaluada, débil, prostituida a veces y carente de autoridad.

Otros casos revelaron madres manipuladoras, castradoras y abandonadoras.

La composición social de la población que consulta al Centro comprende en su mayoría a sujetos pertenecientes a la clase baja, en la cual se incluyen pacientes que, según ciertos criterios, presentan algunos rasgos de marginación social.

Este último concepto merece aquí un breve comentario, asimismo los criterios empleados para definir la presencia de tal condición en los pacientes integrantes de la muestra de estudio.

En términos generales, el concepto marginalidad significa no ser considerado por la sociedad como perteneciente a ella.

Para definir la condición de marginación social de nuestros sujetos se tomaron en cuenta, en el presente estudio, algunos puntos de vista básicos utilizados con tal propósito.

La marginación puede considerarse desde la ubicación geográfica dentro de la ciudad, dependiente de la zona. En este sentido cabe mencionar los cinturones de miseria, o asentamientos en zona no urbanizada que se forman por gente que emigra del campo a la ciudad en busca de trabajo, o vienen porque hay trabajo.

Así, la marginación en una ciudad sería un concepto basado en un criterio geográfico que generalmente coincide con otras características que se ubican en el área laboral.

El segundo criterio sería entonces el laboral, en el cual se incluye un sector que carece de trabajo de planta y desempeña trabajos temporales, ocasionales, de infraestructura, mal pagados, sin protección social, y que vive una situación de miseria.

A veces, la marginación puede ser un fenómeno de tipo socio-cultural generacional y responder a la anti-normatividad.

En nuestro caso, nos referimos a pandillas de jóvenes que forman una especie de sub-cultura, que se discriminan o son discriminados por el resto básicamente por un problema de normatividad que incluye a delincuentes juveniles que se dedican a pasar droga, mantienen contacto con narcotraficantes y cometen robos de menor cuantía.

En síntesis, los criterios de marginalidad son varios, pero los mencionados fueron los que aquí se aplicaron para estimar la condición de marginación social de los sujetos estudiados.

La exploración de tal condición se llevó a cabo aplicando los criterios y puntos de vista descritos en cada uno de los sujetos que integraron la muestra de estudio. Sin embargo, no fué posible efectuar tal indagación en forma exhaustiva, sobretodo en el aspecto concerniente a la localización y condición de vivienda, debido a una serie de factores que lo impidieron tales como el tiempo, la distancia, insuficiente conocimiento de la zona y consiguiente dificultad para ubicar los domicilios, circunstancias que impidieron obtener un conocimiento más cabal del tipo de vivienda en que habitaba cada uno de nuestros pacientes.

Por tal motivo, nuestro juicio a este respecto se basó en los datos proporcionados por la trabajadora social del Centro y en los que indirectamente nos proporcionaban los mismos pacientes durante las entrevistas,debiendo así recurrir a nuestro propio criterio basado en la observación de estos sujetos.

Con tales medios, aplicamos en cada paciente los diversos criterios de marginalidad anteriormente mencionados.

Aunque reconocemos su insuficiencia y sabemos que nuestro procedimiento podría conducirnos a emitir juicios erróneos llevados por nuestra propia subjetividad, y por carecer de más datos objetivos, sólo nos queda la alternativa de expresar aquí tal insuficiencia y dar a conocer los resultados obtenidos.

La exploración realizada con las limitaciones mencionadas permitió observar lo siguiente:

1) La mayoría de los pacientes que integraron la muestra habita en una amplia zona popular que rodea el Aeropuerto con todas sus dependencias, donde existen numerosas industrias, y en cuyas proximidades se encuentra la institución de consulta. (Centro de Integración Juvenil).

Por tratarse de una zona urbanizada y reconocida, no se considera marginal. No obstante, el área referida se caracteriza por ser habitada, en su mayoría, por una población de muy bajos ingresos y con grandes dificultades tanto de subsistencia, como de conseguir un trabajo estable.

2) Desde el criterio laboral podría asumirse que gran parte de los sujetos que comprenden la muestra presenta rasgos de

marginación, ya sea por desocupación de muchos de ellos, o por carecer de un trabajo de planta y desempeñar tareas eventuales o temporales, de infraestructura y mal pagadas. Un importante número de estos sujetos realiza actividades que se incluyen en la categoría del sub-empleo, y que son carentes de todo tipo de previsión social.

3) Desde el punto de vista socio-cultural generacional, tomando en cuenta exclusivamente el pandillerismo, cabe destacar que con la excepción de dos casos, este fenómeno no fué observado en la muestra de estudio.

4) Uno de los principales rasgos observados en este grupo de pacientes consistió en una cierta uniformidad en las características socio-culturales que manifestaron poseer, y que al parecer presentaban también sus respectivos familiares.

Entre las particularidades idiosincráticas que fué posible observar en la mayoría de estos sujetos está el sentimiento de arraigo a la ciudad. En consecuencia, por sentirse integrados social y étnicamente a su medio, los integrantes de la muestra demostraron poseer identidad social y desde ese punto de vista, no han de ser considerados marginales.

Lo recién expresado se contradice con lo observado en el presente trabajo, y también con lo que desde antes sabíamos acerca de la marginación que sufre el drogadicto, tanto en su medio familiar como social, aún cuando no sea objeto de discriminación étnica de parte de su entorno.

Es sabido que tanto los estratos bajos, como los sectores medios y altos, condenan severamente a los sujetos que se drogan.

En el primer caso, la sanción podría deberse a temores basados en falta de conocimientos, y a una insuficiente conciencia de que la drogadicción es un trastorno o enfermedad.

En los sectores de mayores ingresos existiría otro tipo de motivaciones para tal rechazo.

En general, se observa que los drogadictos son satanizados por su medio, son objeto de desprecio, repudio, burla, y muchas veces considerados desechos de la sociedad.

Por tales motivos y otros más, el individuo que padece de drogadicción no puede integrarse social ni laboralmente a su

medio, por sufrir el rechazo de este último y de la sociedad en que vive.

Finalmente, cabe destacar que además de los criterios que se emplean, se agregaron otros conceptos utilizados por los trabajadores que laborábamos en el Centro para considerar a estos sujetos socialmente marginados.

Aún cuando se tratara de sujetos integrados a la economía, pese a que habitaran en vecindades en miserables condiciones o en otro tipo de viviendas deterioradas y hacinadas, entre los trabajadores de los Centros de Integración Juvenil existía un consenso en considerar a estos sujetos que viven en estas condiciones, sumadas a una desorganización caótica de la familia, como socialmente marginados, adoptando quizás un criterio psico-social en este aspecto.

La muestra observó varios casos de desorganización familiar que fueron incluidos en un solo concepto que posee diversos matices, y que es el de desorganización caótica de la familia.

El caso de Mario constituye un ejemplo que ilustra lo que se ha querido explicar en este concepto.

Mario es un paciente drogadicto de 25 años de edad, hijo de padre alcohólico y enfermo mental, que sufrió un temprano abandono de su madre quedando él y una hermana mayor a cargo de la abuela paterna.

A la edad de nueve años, Mario conoció por primera vez a su madre, y refiere haber sentido odio hacia ella en aquella ocasión por haberlo abandonado.

Su relación con la abuela, a quien el paciente considera "posesiva y mandona", fué siempre muy conflictiva. Su padre hacía mucho que había dejado de trabajar y pasaba constantemente embriagado, desvariando, y lanzándole insultos a Mario.

Según este último, la enfermedad mental y el permanente estado de embriaguez del padre causaban violentas disputas entre ambos.

El paciente refiere que la abuela tenía siempre una actitud sobreprotectora hacia el padre, castigando a Mario y culpándolo de todo lo ocurrido.

En la adolescencia, cuando Mario ya se drogaba, se fué a vivir un tiempo al lado de su madre quien, para ese entonces, ya se había unido con otra pareja y formado un nuevo hogar con hijos de esa segunda pareja.

Mario refiere que por conducto de su hermana mayor, que siempre mantuvo contacto con su madre, toda la familia se hallaba enterada de su drogadicción y, por consiguiente, desde un comienzo Mario fué objeto de segregación, de rechazo y de burla por sus propios hermanos.

Por otra parte, la actitud de la madre no le era favorable. Esta solía ponerse en su contra y mantenía una conducta vigilante, como tratando de evitar que Mario contaminara a sus hermanos y los convirtiera también en drogadictos. Así, ella evitaba los supuestos conflictos y reproches que le haría su compañero y padre sus otros hijos, que mantenía económicamente el hogar, por haber introducido a la casa a un individuo capaz de contagiar a los suyos con ese terrible mal, circunstancia que podía tener pésimas consecuencias para todos.

El caso de Mario constituye un ejemplo de lo que hemos denominado desorganización caótica de la familia, que es un concepto que nos permite una mejor comprensión de las circunstancias en que vive una gran mayoría de los sujetos que acuden a este Centro y, por consiguiente, nos ayuda a entender mejor el tema de esta tesis.

Pero, cabe destacar que no constituye nuestro propósito plantear aquí un concepto sociológico que no es el tema central de nuestro trabajo, que básicamente se refiere a las causas inconscientes de la deserción del tratamiento de los sujetos drogadictos.

4.3. DESCRIPCION DE LA INSTITUCION(Escenario)

El presente trabajo se llevó a cabo en uno de los Centros de Integración Juvenil de la capital, cuyas características particulares se detallarán a continuación.

"Centros de Integración Juvenil", A.C. (C.I.J.) son una institución de servicio social de carácter privado y no lucrativo.

Sus actividades están dirigidas a la prevención de la fármacodependencia, a la atención de los problemas ocasionados por la misma, y a la promoción de la salud mental.

Estas actividades se efectúan mediante programas específicos de trabajo en zonas estratégicas del país, por medio de la investigación social y epidemiológica.

La institución mencionada comprende numerosos centros de atención comunitaria para enfrentar el problema de la fármacodependencia.

Tales centros se hallan igualmente constituidos en cuanto a dotación de personal, normas que rigen su funcionamiento, tipo de atención que proporcionan, y objetivo fundamental que persiguen.

La mayoría de estos centros se encuentra ubicada en las zonas más populares de la capital, y también en algunas ciudades de provincia, donde se ha hallado un significativo y peligroso aumento del problema de la fármacodependencia, tales como: Monterrey(Edo. de Nuevo León); Acapulco (Edo. de Guerrero); Cuernavaca (Edo. de Morelos); León (Edo. de Guanajuato); Tijuana (Edo. de Baja California Norte), y otras ciudades que se encuentran en la frontera norte de México.

Cabe señalar que el número de Centros de Integración Juvenil en el país se ha multiplicado en el curso de estos últimos veinte años, durante los cuales el porcentaje de población joven que consume drogas se ha acrecentado considerablemente.

Entre los trabajos desarrollados por los C.I.J. se destacan la labor de prevención en sus tres niveles, la investigación de diversos aspectos de la fármacodependencia y otras actividades.

La prevención primaria se realiza por medio de visitas a la comunidad, que tendría como objetivos llevar a cabo una labor de enseñanza y divulgación a través de pláticas a los maestros, padres de familia y otras personas interesadas, de los conocimientos básicos pertinentes a la prevención de la fármacodependencia. Esto es, sobre la forma en que se origina y los medios que se disponen para evitarlo.

El programa de prevención primaria también contempla promover actividades y encuentros que integren los diferentes sectores de la comunidad, (jóvenes, adultos, etc.), y desarrollar así una labor constructiva con las instituciones del medio ambiente (escuelas, iglesias, centros de salud, clubes sociales, deportivos, etc.).

La prevención primaria es también llevada a cabo por los Centros de Integración mediante diferentes servicios que dichos centros prestan a la comunidad.

La prevención a nivel secundario y terciario realizada por estos centros, consiste básicamente en un tratamiento ambulatorio que se proporciona a los sujetos drogadictos que vienen a consultar. El tratamiento puede ser de psicoterapia individual, familiar o grupal, que ocasionalmente se acompaña de una psicofarmacoterapia prescrita y controlada por el médico psiquiatra del centro correspondiente.

El presente estudio se efectuó en un Centro de Integración Juvenil ubicado en una zona industrial y popular situada en las proximidades del aeropuerto de la capital y rodeado en su periferia de numerosos cinturones de miseria.

La composición social de la población que acude a dicho centro comprende en su mayoría a sujetos pertenecientes a los sectores de más bajos ingresos, con trabajo inestable y con bajo nivel de escolaridad.

La investigación que nos ocupa se inició a fines del año 1978 en el Centro de Integración recién mencionado, gracias a las facilidades que su entonces Director me otorgó para llevarla a cabo.

El estudio se realizó de acuerdo con las disposiciones vigentes en la institución en la época de su inicio, siendo algunas de éstas las siguientes:

- 1) Tiempo de tratamiento ilimitado.
- 2) Sistema de admisión grupal que reunía a los pacientes que consultaban y a sus acompañantes en un grupo denominado "Grupo de Admisión", donde bajo la coordinación de tres o cuatro miembros del equipo técnico constituido por un psiquiatra, un psicólogo y una trabajadora social, los interesados exponían sus motivos de consulta, sus problemas, sus dificultades y otros antecedentes.

Previa deliberación, el equipo coordinador establecía de acuerdo con su criterio, la modalidad de tratamiento y derivación más adecuada para cada sujeto que posteriormente era canalizado con los respectivos terapeutas del centro.

Las diversas modalidades de tratamiento eran las siguientes: psicoterapia individual, psicoterapia de grupo, psicoterapia familiar, psicoterapia de pareja y psicoterapia vincular.

Cabe destacar que a pesar de la modificación radical que sufrieron posteriormente las disposiciones mencionadas, extensivas a todos los Centros de Integración Juvenil, el presente trabajo mantuvo las mismas condiciones que se habían establecido en su inicio, en cuanto a modalidad terapéutica y a tiempo de tratamiento ilimitado.

4.4 **PROCEDIMIENTO(Contexto institucional, control, supervisiones)**

Los pacientes que integraron la muestra estudiada debían cumplir con los siguientes requisitos:

1) Consultar por consumo de drogas, independientemente de que presenten o no otros síntomas.

2) Indicación de terapia individual y canalización de estos pacientes con la terapeuta y autora de esta tesis.

En otras palabras, la muestra estudiada se constituyó sólo con los sujetos consumidores de drogas que me fueron referidos para tratamiento individual, quedando excluidos de la muestra los pacientes que en las mismas condiciones fueron canalizados con otros terapeutas del centro.

No se tomaron en cuenta los casos derivados a terapia familiar, grupal o de pareja, ya que tal circunstancia implicaría una multiplicidad de variables por controlar, lo cual dificultaría y complicaría considerablemente este intento de aproximación clínica al problema de la deserción a nivel de tratamiento.

4.4.1

CONTEXTO INSTITUCIONAL

Las sesiones se llevaron a cabo en una amplia sala donde fue posible trabajar, la mayoría de las veces, en condiciones favorables y gozar de cierta privacidad.

Encuadre. (ver Encuadre Psicoanalítico).

Trabajo con entrevistas familiares. Estas no solían ser frecuentes, ni ser solicitadas por la terapeuta por tratarse de casos de terapia individual.

Su ocurrencia solía ser espontánea, sin previa cita y ocasional.

En circunstancias en que el paciente acudía a las citas, generalmente a comienzos del tratamiento, acompañado de algún familiar cercano, se le consultaba a éste si deseaba la presencia y participación de dicho familiar durante la sesión.

El acompañante era invitado a pasar sólo cuando la respuesta del paciente era afirmativa, y no se le daba acceso cuando éste contestaba negativamente o respondía en forma dudosa.

Sólo en un caso, cuyo historial se verá más adelante, acudieron por su propia iniciativa a entrevistarse con la terapeuta, la madre y el tutor del sujeto, con el objeto de enterarse de las causas que motivaron la deserción de este último.

En términos generales cabe destacar que la elección de terapia individual obedeció a pautas pre-establecidas por el equipo coordinador del grupo de admisión, las que estaban determinadas por los siguientes factores:

- 1) Cuando el caso revestía gravedad y por lo mismo, el paciente sería un desertor en potencia.
- 2) Cuando el sujeto consultaba solo y no se podía contar con la cooperación de sus familiares para asistir a terapia familiar.

También solía darse el caso que la familia ignorase lo concerniente al consumo de drogas del sujeto, y que él no deseara que ésta se enterase.

- 3) Cuando sumados los dos factores anteriores, se encontraba la contraindicación de psicoterapia de grupo llevada a cabo por personas autorizadas que formaban parte del equipo técnico del grupo de admisión del centro.

Cabe señalar que el grupo de pacientes estudiados no conforma una muestra representativa desde el punto de vista estadístico. O sea, su representatividad no se determinó estadísticamente.

Con fines de diagnóstico de fármacodependencia se utilizó la clasificación de los consumidores de drogas establecida por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), y adoptada por los Centros de Integración Juvenil, que se basa en el grado de intensidad y gravedad de dicho trastorno.

Tal clasificación divide a los adictos en los siguientes grupos:

- a) Experimentadores: como su nombre lo indica, estos sujetos sólo han probado la droga una sola vez, con el fin de tener la experiencia o experimentar con ella.

b) Usuarios sociales y ocasionales: son aquellos sujetos que consumen droga ocasionalmente y suelen hacerlo en reuniones sociales.

c) Fármacodependientes funcionales: son los sujetos que habitualmente se drogan, pero ello no les impide mantenerse activos, ya sea trabajando y/o estudiando.

d) Fármacodependientes disfuncionales: son los adictos propiamente tales que por su dependencia a la droga no trabajan ni estudian, permaneciendo todo el tiempo inactivos y su única preocupación es la obtención de la droga.

e) Ex-adictos.

Todos los sujetos que integraron el grupo de estudio fueron tratados con psicoterapia individual de orientación psicoanalítica, cuya base teórica se encuentra explicitada en el capítulo correspondiente a la Enunciación del Marco Teórico, en el presente estudio.

4.4.2 CONTROL INSTITUCIONAL DE LOS PACIENTES

El primer contacto del paciente con la institución se realizaba a través de la trabajadora social, quien después de tomar los principales datos del sujeto le daba una cita para presentarse al grupo de admisión. El paciente podía asistir sólo o acompañado de otras personas.

Posteriormente se le abría un expediente que se manejaba dentro de la institución, cuyo control se hallaba a cargo la trabajadora social.

En la mayoría de los casos la terapeuta solía llevar una segunda historia de cada paciente en la cual manejaba datos muy íntimos, que por tal motivo no incluía en el expediente oficial.

4.4.3

SUPERVISIONES

Durante la mayor parte del tiempo en que se realizó la experiencia se contó con algunas asesorías circunstanciales, y otras más regulares.

Desafortunadamente no fué posible supervisar a todos los pacientes de la muestra, y sólo unos pocos tuvieron esta oportunidad.

A este respecto fué posible observar que las supervisiones de estos pacientes lograron clarificar la óptica de la terapeuta en cada caso, y permitieron a ésta ver mejor qué ocurre dentro de cada sujeto. Sin embargo, podría afirmarse que durante la presente experiencia, las supervisiones, aunque valiosas, no ayudaron a evitar el fenómeno de la deserción.

No obstante, lo aquí observado no nos permite sostener qué influencia tuvieron las supervisiones en el tratamiento de estos pacientes durante el transcurso del presente estudio, ya que no todos los sujetos que integraron la muestra pudieron ser supervisados. Sabemos también que tales supervisiones carecían de una periodicidad regular, que no eran frecuentes, y que no se hallaban a cargo del mismo supervisor en todos los casos.

Si bien el fenómeno de la deserción fué también observado en los sujetos que fueron supervisados, cabe considerar que por haber sido unos pocos los que contaron con tal posibilidad y por las limitaciones mencionadas que éstas tuvieron, no podría concluirse en base a estos antecedentes que las supervisiones no contribuyen a detener la deserción del tratamiento de estos pacientes.

Tal vez la influencia de las supervisiones habría podido ser mejor observada si hubiesen tenido acceso a ellas todos los pacientes de la muestra en las mismas condiciones, y en circunstancias menos limitantes, difícilmente posibles de llevar a la práctica.

Durante el curso del tratamiento hubo interrupciones por un período más o menos precisado y convenido entre paciente y

terapeuta, teniendo como acuerdo explícito la reiniciación de la terapia en un momento acordado.

Las interrupciones, así definidas, solían tener como motivo las vacaciones, generalmente dos o tres veces al año.

La terapia podía también interrumpirse por razones de otra índole, que no son del caso mencionar aquí.

4.4.4 **DEFINICIONES OPERACIONALES**

El presente estudio ha tomado en cuenta la definición de fármacodependencia formulada por la O.M.S. en 1971 que declara lo siguiente:

"La fármacodependencia es un estado psíquico, y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco".

"Se caracteriza por ciertas modificaciones en el comportamiento y por otras reacciones que comprenden un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos, y a veces para evitar el malestar causado por la privación. La dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia (a la privación)".

Fueron considerados desertores los pacientes que abandonaron el tratamiento sin común acuerdo con la terapeuta, y sin que se hayan cumplido los objetivos que el paciente traía, ni los que la terapeuta propuso.

Finalmente se mencionará lo sostenido por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1971), que dice lo siguiente :
" La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades ".

De acuerdo a tal definición, sostiene este organismo, "no se pueden considerar sanas a las personas dependientes de fármacos de los tipos especificados anteriormente, y en

consecuencia, es preciso organizar diversos servicios sociales y sanitarios para darles ciertas posibilidades de mejorar su situación".

CAP. V. RESULTADOS OBSERVADOS

5.1 ALGUNOS RASGOS COMUNES OBSERVADOS EN LA CASUÍSTICA

1) Empleando los mecanismos de disociación y negación, estos sujetos han logrado mantener separado su problema de drogadicción de los demás conflictos emocionales que los aquejan, observando así una marcada resistencia para aceptar una relación de causa efecto entre su adicción a las drogas y los mencionados conflictos.

Esos sujetos no vienen con ganas de aprender sobre sí y descubrir qué les pasa para mejorar, sino vienen para calmar un poco las cosas, y esa parece ser la norma en todos los adictos. Su fantasía inicial es la de un tratamiento que se circunscribirá a quitarles el hábito de drogarse, prescindiendo de la necesidad de analizar los problemas emocionales íntimamente relacionados con dicho hábito.

Ej: el caso de Ricardo: cuando la terapeuta interpretó su dependencia infantil del padre, el sujeto respondió que no había pensado que en el tratamiento se tocarían sus" problemas personales".

Otro ejemplo es el caso de León, quien imaginaba la terapia como una clase en la cual se le mostraría un mapa del cerebro donde se le enseñaría cuáles son las partes afectadas por las drogas, prescindiendo de abordar su problemática emocional.

La presencia de tales mecanismos, tan frecuentes en estos sujetos, obedece a su necesidad de defenderse de la intensa ansiedad persecutoria que sentirían si llegaran a tomar conciencia de los problemas que los precipitaron a la drogadicción.

El tratamiento, basado fundamentalmente en el análisis de sus problemas psíquicos, despierta en estos sujetos fuertes ansiedades persecutorias y afecta aún más su narcisismo, desde antes considerablemente dañado.

Al constatar que en forma inesperada deben enfrentarse a emociones dolorosas que los futuros desertores no pueden tolerar, experimentan una gran frustración y recurren a todos los medios para sustraerse a ellas.

En algunos casos se valen de actuaciones deliberadas, y/o inconscientemente motivadas, tendientes primero a dejar de asistir regularmente a las sesiones y después, al abandono definitivo del tratamiento.

Otros pacientes desertaron súbitamente al cabo de unas pocas sesiones. De éstos había sujetos que lo hicieron sin aviso previo, y otros lo atribuyeron a supuestos desacuerdos con alguna interpretación de la terapeuta.

Lo observable en el fondo de sus actuaciones son los desesperados intentos que hacen estos pacientes de rehuir todo enfrentamiento con emociones indeseables que los llevan a desvalorizar el tratamiento, para justificar después el abandono que de él hacen.

En consecuencia, el fenómeno de la deserción aparece, entre otros factores que la determinan, como una defensa contra las fuertes ansiedades persecutorias que la terapia les despierta, y que estos sujetos no pueden tolerar.

De lo expresado se desprende una pequeña hipótesis, según la cual, las ansiedades persecutorias que manifiestan los pacientes drogadictos en el tratamiento serían las mismas que los llevaron a la drogadicción.

A los factores resistenciales mencionados, es preciso agregar otros que se dan sobretodo en los pacientes provenientes de los estratos sociales más bajos.

Ellos tienen que ver con la imposibilidad real que existe en el contexto social de estos sujetos, de permitirles el acceso a otro tipo de satisfacción que les ayude a superar su problema.

El medio socio-económico y cultural que los rodea les es muy adverso, negándoles la posibilidad de acceder a soluciones diferentes, realidad que estos pacientes no ignoran del todo.

Existe en ellos una semi o proto-conciencia de esa realidad que deberán afrontar, lo cual refuerza en ellos la resistencia a ser tratados.

Vagamente perciben que aunque dejen la droga, el medio social permanecerá inalterable para ellos y no les concederá la oportunidad de una salida más gratificante de sus conflictos.

El sujeto drogadicto que proviene de los estratos bajos no sólo se angustia y resiste por encontrarse con algunos contenidos reprimidos, sino también por la vaga conciencia que tiene de la hostilidad reinante en su medio hacia él.

En cierta forma percibe que, aunque rehabilitado, dicho medio le será igualmente desfavorable y le impedirá el acceso a mejores posibilidades de superación.

Si, por ejemplo, Tomás no hubiera desertado del tratamiento y en su transcurso se hubiese dado cuenta que se siente el más relegado de su familia, si se hubiese percatado que él se está tratando de escapar de una desvalorización que se le hace imposible de tolerar y que él se siente un inútil socialmente porque no puede conseguir nada. Si se hubiese podido dar cuenta que él está lleno de odios y de fantasías omnipotentes, y si hubiese tenido la fortaleza suficiente para elaborar todos esos contenidos, igualmente su contexto social le habría impedido el paso a realizaciones que le hubieran permitido superarse.

Tomás tiene una semi-conciencia que, aunque deje de drogarse, seguirá siendo el hazmereír de su familia y que le será muy difícil conseguir un trabajo por carecer de antecedentes laborales, y tener el de haber sido drogadicto.

Tal vez llegue a obtener una ocupación muy mal remunerada, donde reciba maltrato y no vea perspectivas de mejorar su presente ni su futuro.

Para no enfrentarse con sus conflictos reprimidos y con los elementos que forman parte de la realidad social en que vive, Tomás refuerza su resistencia al tratamiento y opta por seguir drogándose.

Los pacientes de clase media y alta que logran vencer sus resistencias a encontrarse con sus contenidos reprimidos y poder elaborarlos, tienen las posibilidades que su medio social les ofrece de acceder a ciertas realizaciones que les permitirán superar sus problemas.

Además de su natural resistencia a enfrentarse con conflictos reprimidos, los sujetos de clase baja se resisten también a tomar mayor conciencia de las dificultades que les opone su medio social para encontrar una salida diferente a sus problemas, y que sólo unos pocos logran superar.

De acuerdo con la concepción psicoanalítica convencional que incluye los puntos de vista freudianos, de la escuela kleiniana y de la Psicología del Yo, influidos por el pensamiento ideológico político de la alta burguesía, los problemas del sujeto son exclusivamente de él y su superación depende de si logra enfrentarse con ellos, fortalecer su Yo, y perseverar en su lucha por vencerlos.

Ello implica que los cambios internos que experimenta el individuo a través del análisis, determinarán en él conductas más maduras y más adecuadas. Estas le permitirán modificar más eficazmente ciertos aspectos de su realidad externa, que lo conducirán a una solución más satisfactoria de sus problemas.

Tal afirmación resulta válida cuando el medio socio-económico y cultural que rodea al sujeto favorece y estimula los cambios en él operados, ofreciéndole diversas alternativas de superación de sus problemas.

Constituye un error, a nuestro juicio, hacer extensiva esta afirmación a la gran mayoría de los pacientes provenientes de los más bajos estratos sociales, donde las posibilidades de acceso a otro tipo de satisfacción les son negadas y constituyen una rara excepción para una escasísima minoría.

La imposibilidad que existe dentro de ese contexto social para encontrar una salida más positiva a sus conflictos, es real y no fantaseada por estos sujetos.

El ascenso social es un mito, y no una realidad en estos casos.

Su condición de formar parte de un grupo que se halla abajo en la escala social, no es consecuencia de un problema de

carácter o de debilidad yoica, aunque ellos presenten estos trastornos, sino resultado de haber crecido y vivido siempre en un medio que por sus características los predispone a estar mal. Finalmente, pese a todas las limitaciones existentes, es preferible brindarles la oportunidad a estos sujetos de un esclarecimiento de sus problemas, en vez de la alternativa de solución artificial y autodestructiva a que conduce el consumo de drogas.

2) Junto con el motivo de consulta manifiesto, consistente en la demanda de curación de su adicción a las drogas, se observa que la asistencia a tratamiento de estos pacientes obedecía además, a ciertas expectativas mágicas de cura.

Estaría presente en ellos la fantasía de ser transformados mágicamente por la terapeuta en algún personaje muy idealizado por estos sujetos, desde el placer.

En otras palabras, estos sujetos aspiran a alcanzar por medio de la terapia el estado de su Yo ideal y de su ideal del Yo, prescindiendo de la necesidad de hablar y de analizar los problemas que motivaron su trastorno. Ellos esperan desempeñar un rol pasivo en su tratamiento, rehusan toda tarea que entrañe un esfuerzo y actividad de su parte y depositan esta responsabilidad en la terapeuta. Esta deberá hacerse cargo de la solución de sus problemas, y llevar a cabo la transformación tan anhelada por ellos.

Los casos de Ricardo y de Tomás ilustran muy bien lo recién expresado.

Ricardo, paciente de 19 años de edad, de baja estatura, y disconforme con su apariencia física general, vino a tratamiento con expectativas que la terapeuta le prescribiría "un tónico para el apetito", que tuviera las virtudes maravillosas de cambiarlo físicamente y transformarlo mágicamente en un sujeto esbelto, con figura atlética y sobresaliente en los deportes, con el fin de hacerlo más aceptable ante los demás y ante sí mismo.

El otro caso es el de Tomás, paciente de 28 años de edad, cuya expectativa de curación es la de ser transformado por la terapeuta en uno de los objetos de sus alucinaciones. Esto es, ser en la realidad el sujeto en el cual se convierte en la fantasía, cuando está drogado.

Tomás anhela llegar a convertirse en un individuo socialmente aceptable y poder sentirse bien sin ingerir drogas. Pero, lo mágico de tal expectativa estaría en su presunción fantaseada que la transformación a que aspira podrá ser lograda por la terapeuta, pasando por alto el análisis de las ansiedades y conflictos que lo condujeron a la drogadicción.

Podría decirse que en un comienzo, el tratamiento es para estos pacientes objeto de una idealización bosquejada desde una concepción delirante y alucinatoria por la droga.

A lo anterior cabe agregar que el ideal del Yo aparece en estos sujetos con caracteres absolutamente inalcanzables en la realidad, y que solamente pueden lograrse en estado alucinatorio bajo el efecto de las drogas.

La imposibilidad de realizar las excesivas e irreales aspiraciones de su ideal del Yo determina en estos sujetos una permanente baja en su autoestima, ya que su Yo se siente muy pequeño ante el gigantesco ideal del Yo que han erigido y que en la realidad nunca lograrán alcanzar.

Por tal motivo, además de tener su ritual colectivo, el adicto también se droga cada vez que siente una desarmonía entre su Yo y su ideal del Yo que le producen ciertas situaciones. Tales situaciones son vividas por él como un aumento de las exigencias externas, a las cuales teme no poder dar cumplimiento.

Este sería el caso del sujeto que se droga cuando debe competir en ciertos deportes, o tiene que ir a solicitar un trabajo. Pero lo que los pacientes conceptualizan como aumento de las demandas externas, corresponde a exigencias internas de su ideal del Yo, que ellos proyectan sobre las figuras que imponen las normas y valores en la familia.

En otras palabras, se produce un incremento de la distancia entre el Yo y el ideal del Yo, (que es parte del Super Yo), donde el primero se siente muy débil para enfrentar a este último, proyectado en la realidad externa.

Como ejemplo extremo de esta problemática está el caso de Ricardo, de 19 años de edad, adicto a las drogas, que no desempeña actividad alguna. (Ver historial N°1).

Uno de los importantes elementos que integran su ideal del Yo es el de ser, como textualmente él lo dice, "el más chingón" de sus hermanos. Él quisiera superarlos en todos los aspectos y sobretodo, poder competir y derrotar en logros a su hermano mayor por quien siente fuerte envidia.

Ricardo piensa que sólo estas realizaciones le permitirán obtener el afecto, la aceptación y admiración de su medio familiar y social en el cual se siente desvalorizado, rechazado y perseguido.

En otras palabras, el sujeto proyecta en los miembros de su familia las excesivas exigencias que su ideal del Yo le formula, y al no poder dar cumplimiento a ellas, disminuye su autoestima con los consiguientes sentimientos de desvalorización y de rechazo de sí mismo.

Las irreales aspiraciones de Ricardo son resultado de una necesidad fantaseada por él, que tiene que ver con su historia infantil, y que lo lleva a imaginarse a sí mismo como poseedor de condiciones superiores que lo harán sobresalir entre sus hermanos.

Quizás esta fantasía le permita a Ricardo alimentar su autoestima muy disminuída, pero en ningún caso se trata de una exigencia proveniente de su medio familiar.

Posiblemente este último haya ejercido presiones inadecuadas sobre él para que deje las drogas. Tal vez le ha exigido se comprometa seriamente en un proyecto de vida para el futuro, que contemple una actividad productiva, pero dicho medio no le demanda alcanzar el grado de competitividad fantástica a que el sujeto aspira.

Ricardo proyecta en su medio las exigencias que él mismo se hace, diciendo que su padre lo explota con exceso de trabajo y escaso pago. Se queja que en su familia todos le piden favores y no le dan tiempo para estudiar, etc..

En general, el sujeto intenta transmitir una sensación de sobreexigencia de parte de su medio familiar, que él percibe como hostil hacia él, pero que a un nivel inconsciente consistiría en una hostilidad de Ricardo hacia su medio.

En consecuencia, ante la imposibilidad de aventajar a sus hermanos en la realidad, Ricardo desarrolla una identidad negativa. Esta le permite desafiar y agredir así a su medio, e intenta realizar las aspiraciones de su ideal del Yo en forma alucinatoria mediante el empleo de drogas.

En síntesis, ante una situación de exigencia irreal e inalcanzable, aumenta la tensión y distancia entre el Yo e ideal del Yo del sujeto, en desmedro de su Yo que cada vez se siente más disminuído.

Para no sentir la consecuente desvalorización, Ricardo intenta disminuir esa distancia acercando su Yo a su ideal del Yo, y lo logra artificialmente bajo el efecto de la droga.

La explicación psicodinámica del proceso que tiene lugar en este paciente podría sintetizarse de la siguiente manera:

La droga produce en el adicto un estado casi maniaco en el cual el Yo se confunde con el ideal del Yo, y por consiguiente, lleva al sujeto a alucinar la realización total de sus aspiraciones, causándole una fuerte sensación de omnipotencia.

Desde el punto de vista teórico, el estado maniaco así alcanzado podría conceptualizarse como una identificación entre el Yo y el ideal del Yo que se produce a nivel inconsciente.

En otras palabras, la droga distorsiona ciertas capacidades del Yo y por consiguiente, el sujeto tiene que modificar su lectura de la realidad y de cuáles son sus propias realizaciones, condición única para que se pueda identificar con un ideal tan inalcanzable. Esto sólo puede lograrlo obnubilando la realidad y la pobreza de su Yo.

Por otra parte, el tratamiento que recibe el sujeto está orientado a romper todos los mecanismos que intentan juntar al Yo con el ideal del Yo y a hacerle tomar conciencia a éste, de la enorme distancia que existe entre las verdaderas realizaciones de su Yo, y las desmesuradas exigencias de su ideal del Yo.

Si la terapia es efectiva, tratará de impedir esa unión artificial entre el Yo y el ideal del Yo y conducirá al sujeto a establecer la verdadera distancia entre ambas entidades.

En consecuencia, tendrá que provocarle un estado casi melancólico, o sea, una situación totalmente opuesta a la que

logra a través de la droga y que a los desertores les resulta imposible de tolerar.

En síntesis, un importante factor de deserción sería el derrumbe de las expectativas mágicas de curación de estos pacientes, que se produce al constatar en la realidad que el tratamiento no responde a lo que ellos esperaban de él y consiste en algo muy diferente a sus fantasías.

En esta forma, llegan a percatarse que en vez de transformarlos mágicamente en el objeto de sus alucinaciones, la terapeuta los va llevando gradualmente a enfrentarse con todos los problemas que los angustian y les producen malestar.

Al ver frustradas sus expectativas acerca del tratamiento, reaccionan con enojo y desengaño. Desde su óptica sienten que la terapeuta, en vez de ayudarlos, contribuye a empeorar su estado, que por resultarles imposible de sobrellevar, se escapan de él desertando del tratamiento.

3) Una característica observada con cierta frecuencia en estos pacientes fué la presencia de ansiedades claustrofóbicas que se manifestaron en el consultorio, en un rechazo consciente o inconsciente de los sujetos a permanecer dentro de éste con la puerta cerrada. En contraste con ellos, los pacientes que no presentaban este trastorno solían preferir que las sesiones transcurrieran a puerta cerrada, con el fin de salvaguardar su privacidad.

Tal diferencia de comportamiento permitió identificar el rasgo observado como ansiedad claustrofóbica.

Los comentarios e interpretaciones que hacía la terapeuta a los sujetos que al entrar al consultorio dejaban la puerta abierta, eran decodificados por éstos de diferente manera, dando lugar a diversos tipos de respuestas.

Así, algunos pacientes parecían sentirse reprochados cuando la terapeuta intentaba hacerles notar mediante alguna insinuación, que habían dejado la puerta abierta, y tratando de justificarse solían responder: "Se me olvidó cerrarla."

Otros sujetos decodificaron el comentario de la terapeuta como una observación en la que se les ordenaba cerrar la puerta, motivando en ellos respuestas como: "Si quiere la cierro".

Cuando la terapeuta solía preguntar al comienzo de la sesión: "¿Prefieres estar con la puerta abierta"?, había pacientes que sin querer comprometerse, sumisamente respondían: "me da lo mismo".

Tomás expresó manifiestamente su deseo de mantener abierta la puerta de la sala de sesiones durante el transcurso de estas últimas, diciendo textualmente: "Me siento sofocado y encerrado como en una prisión".

La afirmación de Tomás refleja con bastante claridad el modo de vivenciar estas ansiedades en muchos de estos pacientes.

Cabe destacar como una característica ritual de los jóvenes fármacodependientes de las clases bajas, su tendencia a congregarse de preferencia en espacios abiertos para hacer su consumo de drogas.

Tal inclinación posee una estrecha relación con las ansiedades mencionadas, y no necesariamente se deben a dificultades económicas para encontrar espacios cerrados. De ahí que este rasgo observado en estos pacientes resulte tan significativo.

Independientemente de que los pacientes presenten también los mismos temores en contextos diferentes, nos abocaremos aquí sólo al análisis de sus ansiedades claustrofóbicas dentro del ámbito terapéutico y a su estudio como factores de deserción.

Vistas desde ese ángulo, las ansiedades que sienten los adolescentes marginados de permanecer encerrados dentro de un contexto físico, corresponden a su temor de ser encerrados en un conjunto de normas que significa para ellos la situación terapéutica.

En otras palabras, estos pacientes hacen una ecuación simbólica, donde el encierro en una habitación equivale al encierro en un conjunto de normas sentidas por ellos como medidas opresoras. Tal vivencia es en parte arcaica, pero ha sido reforzada durante toda su vida por los representantes de esas normas con quienes los sujetos viven en permanente conflicto.

Llevada esta problemática a la relación terapéutica, la terapeuta es vista por estos pacientes como una representante

de esas normas dentro de las cuales ella los pretenderá encerrar contra su voluntad.

Este sería uno de los temores que subyace a las ansiedades claustrofóbicas de los sujetos, y constituye un importante factor de deserción.

Pero tales síntomas se hallan también relacionados con el temor al espacio cerrado de una relación comprometida que implica una relación terapéutica. En otras palabras, dichos síntomas estarían conectados con el temor a la vivencia de un compromiso afectivo, que por motivos vinculados a su historia personal, se resisten a contraer. Ej: ver el apartado correspondiente del caso de Tomás.

5.2 ALGUNOS PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN EN LA RELACION PACIENTE TERAPEUTA, DERIVADOS DE LAS DIFERENCIAS SOCIO-CULTURALES QUE SE DAN ENTRE AMBOS.

En el presente trabajo se observaron ciertas peculiaridades en la relación paciente- terapeuta, provenientes del marcado contraste socio-cultural, económico y educacional, existente entre ambos, que son importantes de señalar.

Tal contraste se ve más acentuado en la medida en que desciende el estrato social del sujeto, y suele tener una repercusión negativa en la relación terapéutica.

En esta relación se enfrentan dos personas que pertenecen a medios culturales diversos, determinados principalmente por la diferencia de clases sociales.

Tal diferencia implica una acentuada desigualdad económica, socio-cultural, educacional, de escala de valores, etc., que como se verá más adelante, incrementa los aspectos negativos de la relación.

A diferencia de lo que ocurre con estos sujetos, en las capas medias y altas se dan un proyecto y una cosmovisión compartidos entre paciente y terapeuta, que están fuera de discusión. De ahí que los problemas de estos pacientes se ven como posibles de resolver con la ayuda del terapeuta.

En otras palabras, el horizonte de expectativas del paciente coincide con el del terapeuta, y ninguno de ellos plantea cosas que el otro no puede resolver.

Por las particularidades del medio en que vive, el sujeto proveniente de los estratos bajos ha desarrollado algunos rasgos de personalidad que lo llevan a mantener cierta distancia del terapeuta y a utilizar las diferencias que percibe entre ambos, en favor de la resistencia. Por el contenido de su discurso, el sujeto comunica en parte la miseria general del medio en que habita, pero al mismo tiempo, se muestra renuente ante el terapeuta que pretende captar mejor ese medio ya que demostrar pobreza representa para estos individuos una condición vergonzante.

Así, el paciente establece una especie de barrera psicológica que al terapeuta le resulta difícil de franquear, y se crea una situación en la que dos personas pertenecientes a mundos diametralmente diferentes, se unen para realizar una tarea común, que tiene por finalidad la supuesta rehabilitación de una de ellas, que en este caso es el drogadicto de clase baja. En tanto que el segundo integrante de la pareja presta sus servicios profesionales que permiten tal rehabilitación.

Al manifestar que las diferencias que se dan entre estas dos personas suelen influir en la relación terapéutica, cabe señalar la conveniencia de atenuar sus efectos negativos, analizando con el paciente en su momento oportuno los problemas que de tal situación derivan.

Dentro de un ámbito de tolerancia y comprensión, ha de brindársele al paciente la oportunidad de expresar, sin sentirse censurado ni juzgado por el terapeuta, sus sentimientos, ideas y emociones, por percibir a éste en una situación más ventajosa que él. Excluir el examen de este problema de la tarea terapéutica cuando ésta no se ve malograda por una temprana deserción, constituye escotomización o negación de una realidad por una parte, y por otra, un obstáculo para el desarrollo de una mayor apertura en la relación paciente- terapeuta, y llegar a ser un motivo más de abandono del tratamiento.

Frecuentemente, estos pacientes suelen recelar del terapeuta y de la ayuda que él puede prestarles. Aunque los motivos de fondo de

su incredulidad sean sus propios núcleos paranoides, recurren a ciertos mecanismos de defensa que les permiten racionalizar su desconfianza, porque aluden precisamente a ese contraste socio-económico y cultural que, en efecto, no deja de ser una realidad. Existen otros elementos de fundamental importancia que se dan en la relación terapéutica, y que son altamente influyentes en el fenómeno de la deserción.

Nos referimos aquí a la fantasía inconsciente básica de la tarea y de curación del paciente, que no coincide con la fantasía parcialmente inconsciente básica de tarea y de curación del terapeuta, dando lugar a un fenómeno que Pichon denominó el "malentendido básico".

En otras palabras, paciente y terapeuta tienen ideas diferentes con respecto a la tarea por emprender y en qué consistirá la curación del primero.

Tal "malentendido" da lugar a algunos choques entre ambos integrantes de la pareja debido a que uno ignora lo que hace el otro.

Un análisis somero de las fantasías de tarea y de curación, tanto del paciente como del terapeuta, permite reparar en la presencia de determinantes sociales discrepantes que influyen en cada una de ellas.

Así, es posible que la tarea que se le propone al paciente encierre una contradicción insoluble, con algunas de sus características psicológicas y de inserción social.

En otras palabras, si estos sujetos, ya sea por su misma patología y por las características de su clase social, presentan un particular manejo del tiempo por una parte, y la terapia les propone tiempos que no son los que ellos pueden pensar por la otra; si la terapia le plantea al sujeto una forma de integración social que éste puede considerar, y no sin cierta razón como algo irrealizable, se produce ahí un choque irresoluble entre ambos integrantes de la pareja.

De este modo, el paciente suele preguntarse hacia dónde lo está llevando este tratamiento que le causa una sensación de ser arrastrado hacia un precipicio, o hacia un laberinto sin salida.

Hay sujetos que suelen plantearse dudas acerca de qué van a hacer una vez rehabilitados, debido a que no se hallan en

condiciones de efectuar una lectura real, madura y sana de sus posibilidades. Por consiguiente, ven su horizonte de alternativas limitado, determinado, y tal circunstancia les produce un choque muy importante.

Por su parte, la fantasía de curación, parcialmente inconsciente del terapeuta, consiste en lograr que el paciente deje la droga, que estudie y/o que trabaje, con el fin de dejar de ser un sujeto total o parcialmente marginado y pueda alcanzar un ascenso social.

Cabe señalar que tal fantasía está pensada desde un esquema de bienestar y de salud mental, para el cual el terapeuta aplica una ideología proveniente de su propia clase social.

La terapia así concebida consiste en darle un instrumento al individuo para que sane, madure y progrese. Pero tal propósito sólo es posible de ser logrado en contados casos que vendrían a ser la excepción.

Vista así, la solución que propone la terapia se basa en una ideología liberal e individualista que sólo puede ser exitosa en casos aislados, pero que no constituye una solución a nivel social nacional que permita erradicar el problema de la fármacodependencia en los estratos bajos.

Para la mayoría de estos sujetos la proposición del terapeuta aparece como improbable, porque la sociedad no proporciona la posibilidad de tener un trabajo para todos.

Por consiguiente, desde la óptica del terapeuta, el paciente que se droga cae en la autodestrucción y si no se rehabilita, su condición le augura el peor de los futuros, que posiblemente lo llevará hacia la muerte, lo cual no deja de ser una verdad.

Desde la óptica del paciente, el terapeuta se propone una tarea irreal e imposible de llevar a cabo porque considera que él, como muchos otros, no tiene escapatoria y aunque lo quisiera, ve como improbable la alternativa de ascender socialmente.

Sin embargo, la experiencia con estos sujetos permitió observar que sin ser tal la propuesta de esta terapeuta y autora de esta tesis, los pacientes solían atribuirle la intención de desear cambiarlos, que para ellos lleva la connotación de someterlos,

adaptarlos acriticamente a la sociedad, y de transformarlos en individuos de clase media.

A este respecto, cabe destacar que en el presente trabajo la terapeuta se propuso como tarea con estos pacientes, los siguientes objetivos:

1) Llevar a la conciencia del sujeto los problemas inconscientes y las circunstancias internas y externas que lo condujeron a la enfermedad y a la drogadicción. Lograr un entendimiento acompañado de vivencias del individuo, de la función que desempeña, de las necesidades y de las carencias que éste satisface mediante el empleo de la droga.

2) Lograr una visión exacta y completa de su realidad psíquica interna que lo lleve a reflexionar sobre sus problemas intrapsíquicos, y adquirir así un conocimiento más profundo de sí mismo.

3) Proporcionarle los elementos que le permitan tomar una mayor conciencia y obtener una visión más objetiva de su realidad externa y medio social, que al interactuar con su problemática interna lo capaciten para comportarse eficaz y realísticamente en el medio externo.

4) Lo anterior tiene como finalidad alcanzar un grado de madurez emocional que permita al sujeto hacer una lectura real, madura, objetiva y sana de sus posibilidades y del horizonte de alternativas que el medio le ofrece. Sólo alcanzando la madurez emocional, el paciente estará en condiciones óptimas para elegir responsable y realísticamente su futuro.

5) La terapia aplicada y llevada a término, tiende hacia un verdadero crecimiento que implica una reestructuración de fondo de la personalidad del sujeto, y como consecuencia, se establece una relación dinámica y de crítica de éste hacia su medio.

Así, los cambios internos experimentados y una visión más objetiva de la realidad lo llevan hacia una actitud más crítica que tiende a intentos de modificar algunos de esos aspectos del medio social que no le parecen aceptables.

Finalmente, los objetivos terapéuticos enunciados no consisten en una adaptación pasiva, sumisa, de obediencia ciega o de acatamiento a las normas del medio social de parte del sujeto, sino como ya se dijo, estos objetivos tienden hacia el

establecimiento de una relación dialéctica y crítica entre el sujeto y su entorno social.

Todos estos aspectos son de relevante importancia y deben ser analizados con el sujeto al inicio del tratamiento. Es preciso aclararle la tarea por emprender y en qué consistirá su curación con el objeto de evitar el citado "malentendido" a que alude Pichon, ya que debido a estos diversos conceptos de la realidad externa de la terapia y de la curación que posee cada uno de los integrantes de la pareja terapéutica, se establece entre ambos un tipo de relación que más bien parece un diálogo de sordos.

De tal divergencia surge en el paciente la idea de asociar la terapia con una suerte de magia que lo lleva a pensar en la posibilidad de que ésta, milagrosamente y dentro de un breve lapso, le permitirá progresar y ascender socialmente.

Al constatar que el tratamiento carece de esas virtudes maravillosas, que su duración es prolongada, y que más bien tiende a confrontarlo con su cruda realidad, el sujeto sufre una gran decepción ya que la terapia no es lo que él pensaba y generalmente la abandona.

A las señaladas, cabe agregar otras características observadas en la relación con estos pacientes: concretamente, los silencios del terapeuta les provocaban una sensación de hallarse en una situación caótica, desconocida, desconcertante, por falta de estructuración de la misma y por consiguiente, generadora de ansiedad.

Tal particularidad también se presenta, pero en forma más atenuada, en sujetos de clase media y alta.

Otra característica observada en estos pacientes fué su dificultad para comprender algunas intervenciones de la terapeuta, pese a que éstas fueron formuladas en un lenguaje simple y accesible a ellos. Esta particularidad se atribuye al predominio del pensamiento concreto y al escaso desarrollo de la capacidad de abstracción que presentan estos sujetos como consecuencia de una insuficiente estimulación intelectual, causada por las restricciones derivadas de su medio ambiente.

5.3

EL UNIVERSO DE PACIENTES**ALGUNOS RASGOS SOCIO-CULTURALES QUE CARACTERIZAN EL UNIVERSO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS, QUE INCIDEN EN SU TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO.**

La mayoría de los sujetos que consultan el Centro proviene de los estratos más bajos, debido en gran parte a la ubicación geográfica de dicho Centro que colindaba con amplias zonas marginales de la capital, y por consiguiente los pacientes que allí concurren presentan algunos rasgos de marginación, condición cuyos criterios se explicaron en un capítulo anterior del presente trabajo.

Se mencionarán aquí algunas características peculiares que presentan estos sujetos, que dificultan el tratamiento, y por consiguiente influyen en forma importante en el fenómeno de la deserción.

Una de estas características consiste en la dificultad que presentan estos pacientes para tolerar ciertas situaciones básicas que forman parte del encuadre terapéutico, tales como la constancia y la consistencia.

La primera se refiere a la tolerancia de un contrato prolongado que contempla una asistencia regular, en días y horas fijas. La segunda consiste en la posibilidad de elaborar un proyecto de vida, y de tomar el ámbito terapéutico como un espacio donde el paciente puede elaborar las resistencias que surgen en el curso del tratamiento.

Estos dos factores, determinantes primordiales de todo tratamiento psicoterapéutico, les son difíciles de lograr a estos sujetos que, por su condición, nunca han sido considerados como personas en su medio, y como consecuencia, siempre han carecido de constancia y de consistencia en sus proyectos. En otras palabras, nunca han recibido una oferta de constancia y de consistencia de la sociedad, con la cual identificarse.

Con respecto a su imposibilidad de tolerar la constancia, se destaca la dificultad de estos pacientes para el manejo psicológico del tiempo.

Tal particularidad constituye un rasgo característico de los sectores de bajo nivel socio-cultural y económico, que se presenta de un modo más acentuado en los grupos marginales y en aquellos que solo muestran trazos de marginación.

Esta dificultad podría describirse como un desvanecimiento de las nociones del presente, del futuro, y del pasado, que experimentan estos sujetos, y que sólo se limitan a vivir en un presente atemporal que se inscribe en el inconsciente.

La noción de constancia se encuentra totalmente ligada a la noción del tiempo. En otras palabras, la idea de que existe un presente, un pasado y un futuro, y que el individuo es capaz de discriminar etapas dentro de su futuro.

Tal noción del futuro, visto desde el punto de vista de lo subjetivo, se desarrolla a lo largo de la vida, en la medida en que el individuo va adquiriendo conocimiento y experiencia que le permiten construirlo, a la vez que aprender a diferenciar las diversas nociones de futuro. Esto es, aprender que seis meses no es lo mismo que un año, y un año no es lo mismo que dos.

Esta capacidad de diferenciación viene a ser la compensación de haber podido esbozar dentro de uno, lo que implica la noción de tiempo.

En síntesis, cabe señalar que en relación a la constancia, puede hablarse de dos factores: el primero se refiere a la dificultad de estos sujetos de poseer una noción del tiempo, y el segundo apunta hacia una característica observada en estos individuos que consiste, dada su experiencia pasada, en desconfiar del futuro y en creer que lo único real es el presente concebido desde el placer. Así, el futuro resulta ser una utopía que no corresponde a su experiencia cotidiana.

Esta manera peculiar de medir el tiempo que presentan los sujetos provenientes de los sectores mencionados, se convierte en una característica de la adicción, más generalmente de las psicopatías, que consiste en una intolerancia para manejar la demora, la espera, la frustración, porque hay una convicción de que la satisfacción anhelada no existe.

Lo mismo podría decirse respecto a la posibilidad de estos sujetos de elaborar un proyecto. Su experiencia diaria les muestra que el

único proyecto de vida posible para ellos es pensar en sobrevivir, tarea de por sí muy difícil que debe resolverse en cada momento, y por consiguiente estos individuos no pueden comprometerse en proyectos más complejos.

En síntesis, podría afirmarse que los sujetos que integran los estratos sociales más bajos, se ven permanentemente en situaciones y problemas de sobrevivencia que les impiden planear proyectos a largo plazo.

Otras particularidades observadas en el universo de los sujetos provenientes de estos sectores tienen que ver con variables antropológicas y sociológicas de la marginación, en la medida en que dichas variables determinan gran parte de las pautas psicológicas de la personalidad de estos individuos.

Así, muchos de ellos son nacidos o criados en el D.F., pero sus padres son emigrantes del campo a la ciudad, en busca de mejores posibilidades. Las consecuencias de este cambio repercuten en los hijos, quienes resienten con mayor intensidad los efectos del desarraigo de los padres, y el choque cultural experimentado por el proceso de aculturación o transculturación.

El Diccionario Enciclopédico Espasa (1989) define el fenómeno de aculturación como un " término con que se designa el conjunto de fenómenos que resulta del contacto directo y continuado entre grupos de personas de distinta cultura y los cambios y modificaciones culturales que se producen en uno u otro grupo, o en ambos a la vez ".

De tal manera, estos sujetos son extranjeros en la ciudad, por ser hijos de campesinos, y extranjeros en el campo por no conocerlo, no saber cómo se trabaja, ni cómo están dispuestas las cosas. En otras palabras, carecen de esquema referencial.

En la ciudad, gran parte de estos sujetos, se mueve en una situación de pobreza extrema, por falta de un oficio o de una preparación escolar básica, circunstancias que les cierran todas las posibilidades de inserción en la sociedad.

Esta situación lleva a estos individuos a consumir drogas que les permiten reemplazar en forma alucinatoria las posibilidades reales a las que no tienen acceso.

A ésto cabe agregar la influencia de los medios masivos de comunicación, principalmente la de la televisión que, mediante avisos comerciales de productos suntuarios de alto costo, accesibles sólo a las clases altas y a determinadas capas de la clase media, genera en tales sujetos un ideal del Yo absolutamente inalcanzable. Ya que para ser exitoso, hay que imitar al personaje de la televisión que maneja un auto deportivo último modelo, que fuma cierta marca de cigarrillos y que se viste con determinado tipo de trajes que lo hacen verse tan elegante y atractivo, que lo convierten en un individuo capaz de conquistar a las mujeres más bellas, como las modelos que aparecen en los anuncios.

En consecuencia, se plantea al sujeto un ideal del Yo imposible de alcanzar, ya que éste carece de las posibilidades económicas y culturales, ni posee el tipo físico del hombre que anuncia el comercial.

Por consiguiente, el Yo de estos individuos se colapsa, se derrumba, y como una última alternativa recurren a la droga con el fin de realizar en forma alucinatoria ese deseo tan anhelado. En muchos casos, los sujetos caen en prácticas delictivas con el fin de poder agenciar esos satisfactores a sus deseos inmediatos y a la vez, gratificar de este modo su necesidad de valoración, ya que desde su subjetividad, para valer algo, es preciso igualar a los personajes de la televisión y tener lo que ellos tienen.

Finalmente, cabe señalar que los pacientes drogadictos pertenecientes a los estratos más bajos son objeto de una doble marginación. Primero, por ocupar un lugar marginal en las relaciones sociales de producción. Esto es, permanecer en la condición de sub-empleo, como vender chicles, billetes de lotería, lavar autos, etc., lo cual los convierte en marginados sociales.

Segundo, por ser usuarios o adictos a las drogas sufren de una segunda marginación dentro de su propio medio que los hace objeto de una satanización, burla, y de rechazo de parte de sus familiares, de su entorno social y de la sociedad en general.

5.4 ESTUDIO PORMENORIZADO DE TRES CASOS CLINICOS

5.4.1 Historial N° 1.

Nombre: Ricardo. Edad: 19 años

Escolaridad: Cursa 1er. año de secundaria, retomado recientemente, y que había dejado cuatro años atrás.

Descripción física: Ricardo es un sujeto de baja estatura, tez morena y de contextura delgada. Presenta un desarrollo excesivamente musculoso de los hombros y brazos, en proporción con su baja estatura. Es desaseado, y descuidado en su apariencia personal.

Todos los antecedentes del paciente fueron proporcionados por él mismo durante las entrevistas sostenidas con él, tanto los referentes a los motivos de consulta, como los antecedentes familiares, historia infantil, antecedentes escolares y laborales, hasta donde fué posible lograrlo, considerando la irregular asistencia del paciente a las sesiones y su temprana deserción.

Motivos de Consulta

- 1) Fuma marihuana desde hace cuatro años, y dice hacerlo con una frecuencia de un cigarrillo cada dos o tres días.
- 2) Afirma haber inhalado cemento e ingerido pastillas, sin precisar en cuántas ocasiones, ni con qué frecuencia.
- 3) Dice drogarse porque " simplemente " se siente bien cuando lo hace.
- 4) La droga le permite una mayor facilidad para hablar, pero quiere dejarla porque sabe que le hace mal.

Otros síntomas.

Se observaron algunos fenómenos confusionales en una parte de la primera entrevista, y que se manifestaron en un relato inconexo de algunos episodios.

Estos presentaron ciertas alteraciones de forma y contenido, que revelaron la presencia de un estado de confusión mental cuyas causas se verán más adelante.

El sujeto mostró tener ideas delirantes de contenido persecutorio, consistentes en sentirse frecuentemente observado, criticado y envidiado por sus amigos por ser dueño de un coche, de una motocicleta, y por tener siempre dinero que le da su padre.

También se observaron convicciones delirantes según las cuales, hay gente que busca causarle daños y perjuicios. Así, piensa que algunas personas de su medio le toman su moto con el fin de destruirla, y que otras le desinflan las llantas del carro.

Refiere que su hermano mayor trató de impedirle la compra de la moto pues la quería para él.

Instrumentos: los instrumentos manejados fundamentalmente, en esta tesis, fueron :

- 1) historia clínica, y
- 2) sesiones o entrevistas

Antecedentes familiares

Ricardo es el cuarto de seis hijos, y al igual que sus hermanos nació en el D.F. Sus padres, de origen campesino, son oriundos de Oaxaca, y se encuentran radicados en la capital hace aproximadamente 30 años. El padre es propietario de un taller de hojalatería, en sociedad con el hijo mayor. Este último tiene 28 años de edad, es casado, y de profesión es Ingeniero Mecánico titulado.

Gracias al esfuerzo de los padres y posteriormente de los hijos mayores, la familia ha alcanzado un cierto nivel de prosperidad. Los padres, de origen humilde, carecieron de oportunidades educacionales, alcanzando sólo un elemental grado de escolaridad y un bajo nivel socio-cultural.

En consecuencia, Ricardo es el miembro enfermo de una familia integrada que no presenta rasgos de marginación social ya que posee identidad, estabilidad y trabajo.

El paciente manifiesta que su problema es no haber tenido nunca una buena comunicación con su padre, quien jamás se preocupó por conversar con sus hijos, y que pasaba absorbido por su trabajo. Refiere que cuando eran niños, solía darles órdenes sin enseñarles previamente cómo hacer las cosas, y frecuentemente los golpeaba cuando éstas no resultaban como él quería.

Ricardo deposita en el padre toda la responsabilidad, y lo culpabiliza de lo que a él le ocurre. Con respecto a la madre, el sujeto afirma que ésta trata de dominarlo, que frecuentemente lo regaña y lo acusa al padre cuando él no hace lo que ella desea.

Ricardo se siente marginado y rechazado por su familia a causa de su drogadicción.

Historia del paciente

De la historia infantil del sujeto sólo pudieron registrarse algunos episodios relatados de un modo confuso por él. De éstos, cabe mencionar que dos años atrás su madre le contó que su padre siempre había pensado que Ricardo no era su hijo, y que en aquella ocasión el sujeto respondió que si su padre pensaba eso, probablemente era cierto. Agrega que posteriormente, éste último se violentó con la madre al enterarse que ella le había comunicado eso a Ricardo.

La historia del paciente registra un episodio de ausencia de la casa por tres semanas, ocurrido dos años atrás, a causa de una disputa con su padre. En aquella ocasión dice haberse dedicado a robar y a cometer asaltos para subsistir, en compañía de otros muchachos, hasta que fué encontrado por su padre en una estación del Metro.

Antecedentes escolares

Hace cuatro años abandonó los estudios de 1º de secundaria por haber sido expulsado de la escuela a causa de su mala conducta, ya que dice ser muy "peleonero".

Cabe señalar que el paciente no hace mención de su afición a las drogas como motivo de su expulsión. Sin embargo, no puede pasarse por alto el antecedente de que su inicio en éstas se produjo en la misma época.

Este último dato, obtenido sin más detalles, resulta insuficiente como para establecer una relación de causa-efecto entre la expulsión de la escuela y la drogadicción, o a la inversa, entre ésta última y la expulsión.

Por consiguiente, sólo nos limitaremos aquí a señalar la coincidencia en el tiempo de ambos sucesos.

Ricardo carece de un proyecto de vida para el futuro, elaborado desde un punto de vista realista y concordante con su edad cronológica. No manifiesta un auténtico interés por trabajar o estudiar, ni por independizarse responsablemente de su familia, resultando más alarmante aún su falta de interés y de preocupación por el problema.

El sujeto parece haberse quedado en una etapa infantil de su vida en la que sólo busca jugar, comprar cosas y divertirse.

Sus intereses giran alrededor de jugar fútbol y otros deportes, ver televisión, viajar y pasearse en moto o en su coche con el fin de exhibirse ante sus amigos. Afirma que le agradaría ser mecánico para trabajar en el taller del padre; también dice que le agradaría llegar a ser "policía de tránsito" porque le gusta andar en moto y porque "el uniforme es bonito".

Antecedentes laborales

Ricardo dice haber trabajado como socio en el taller de hojalatería, junto a su padre y a su hermano mayor, pero éste último lo despidió por " incompetente ".

Rasgos de carácter

Se trata de un paciente con marcadas defensas paranoides, que consisten en poner todas sus dificultades fuera de él y en proyectar sus propios conflictos en otras personas.

En relación con ésto, podría decirse que hay en Ricardo una especial aleación entre la persecución y la sobrevaloración. La primera se manifiesta en su permanente sensación de ser observado por sus amigos, y objeto de burla y de murmuración por parte de éstos.

La sobrevaloración se manifiesta en su afán de desafiar a sus amigos paseándose ante ellos en su moto o automóvil, como manera de obtener su autoestima.

La idea de sobrevaloración se encuentra allí fijada en la posesión de objetos materiales, y de exhibirlos. En otras palabras, él vale por su moto o por su coche, pero tal sobrevaloración aparece como muy hacia el exterior ya que en el fondo se siente muy devaluado por su baja estatura, apariencia física general y por un sentimiento de inadecuación en los deportes y demás actividades que realiza.

Este mecanismo de algún modo es equivalente a la castración, pues él siente que no tiene nada.

Otro rasgo de carácter observado es su gran susceptibilidad ante cualquier comentario que se le haga, y en tal caso, manifiesta su agresividad adoptando una actitud desafiante.

Ricardo es muy demandante y sus exigencias tienden a ser infantiles y poco realistas; en la relación terapéutica solía hacer repetidos intentos de presionar a la terapeuta para que ésta lo "curase rápido", pese a las reiteradas explicaciones que se le dieron en el sentido de que ello no era posible y que su tratamiento sería prolongado.

Es manipulador y tiende a mentir.

Se trata de un sujeto platicador y animado al hablar. Aunque su humor no refleja tristeza aparente, en el fondo pueden haber fuertes sentimientos depresivos por sentirse rechazado por los demás. Es desaseado y descuidado en su apariencia personal, e impuntual en su asistencia a las citas.

Finalmente, los rasgos de carácter observados apuntan hacia una estructura psicopática con marcadas defensas paranoides, como partes importantes de la patología de este sujeto.

Problemática actual

Se destaca la fuerte dependencia infantil del padre, y que percibe la figura paterna como omnipotente y poseedora de recursos inagotables. Pero al mismo tiempo, el padre representa una imagen desvalorizada por su origen campesino y por su escasa educación, por quien Ricardo siente odio y fuerte envidia.

Desea agotar sus recursos materiales con incesantes demandas de dinero, despojarlo de todos sus bienes para quedarse con ellos, y fantasea con llegar a ser el heredero universal a la muerte de su padre, por voluntad de este último.

Ricardo se halla en constante conflicto con su padre a quien acusa de explotarlo en el taller, de darle mucho trabajo y de pagarle poco para sus gastos. Su actitud es de permanente reclamo de dinero que, según éste, el padre le adeuda y administra.

Por otra parte, Ricardo manifiesta conformidad con tal situación, pues dice no sentirse lo bastante maduro para manejar su propio dinero, y cree que debe permanecer más tiempo junto a su padre con el fin de "aprender más a su lado" y finalmente, no quiere dinero para no comprar más drogas.

Ricardo se siente marginado y rechazado por su familia que lo culpa y descalifica en todo, a causa de su drogadicción.

Actualmente el sujeto no realiza una tarea estable en el taller, ni tiene horario y sueldo fijos. Más bien, Ricardo se dedica a manejar el coche y a conducir al padre a los bancos, o a otras oficinas donde suele efectuar trámites comerciales.

Hace poco, el paciente retomó sus estudios de 1° de secundaria, obteniendo un rendimiento deficiente en ellos.

Diagnóstico de fármacodependencia:
multifármacodependencia. Grado 4. Disfuncional.

Evolución

Se inicia una terapia de orientación psicoanalítica con un encuadre de dos sesiones semanales de 50 minutos cada una.

Ricardo asiste regularmente a las primeras 5 sesiones, durante las cuales dice no haber estado tomando drogas y que se siente mucho mejor.

El contenido central de su discurso es de constante demanda de dinero a su padre y de descontento por el trato que éste le da; no lo manda a un colegio pagado y es avaro hasta en la alimentación. En una de las primeras entrevistas, Ricardo pregunta si esta institución cobra por la consulta o es gratuita, con lo cual Ricardo quisiera saber si es "buena" (en el caso de ser pagada), o de lo contrario, sería "mala".

A este respecto, cabe aquí el siguiente comentario:

Obsérvase en esta familia una situación contradictoria, porque a pesar de contar con medios económicos, el padre acude a una institución que atiende a personas de escasos recursos, restándole la oportunidad de recibir atención a otro paciente más necesitado en el lugar que se le otorga a su hijo.

Al parecer, se trata aquí de un patrón de conducta familiar que se lleva a cabo también en otros contextos y que consiste en "sacar a otros lo más que se pueda", aunque no le corresponda, y que posee el significado de ser "listos".

Tomando este mismo patrón de conducta aprendido en la familia, Ricardo lo reproduce en su actitud de querer despojar al padre de lo que tiene, "sacarle todo lo que pueda", y convertirse en su heredero universal.

En otras palabras, Ricardo hace con el padre lo que este último hace con la institución, porque es el modelo que el paciente incorporó del código valorativo de la familia, que le ha estimulado tal conducta para con los otros, pero no entre los miembros de la misma familia.

El problema es que el sujeto lo hace con todos, con la familia inclusive y principalmente es "listo" con su padre.

Más adelante aparecen fantasías de viajes, durante los cuales el padre le suministra el dinero a Ricardo para financiarlos.

Se le empieza a trabajar su dependencia infantil con el padre y su percepción de éste como una figura de recursos inagotables. Al parecer, tal interpretación fue sentida por Ricardo como un reproche que le hacía la terapeuta, y por consiguiente, vivida en forma persecutoria, causándole un cierto enojo.

En la sesión siguiente el paciente refiere que su padre manifiesta dudas de su asistencia al centro, y piensa que éste va a drogarse con sus amigos en vez de ir a la sesión. Por tal motivo, le asigna tareas en el taller en las horas de cita, o bien, se manifiesta dispuesto a acompañarlo.

Ricardo dice sentirse molesto por la desconfianza, y que se ha negado a esta petición, respondiendo que prefiere ir solo.

Después de esta sesión Ricardo deja de asistir a tratamiento por un espacio de tres semanas, entre las que se incluyen las vacaciones de Navidad y Año Nuevo.

Es posible que su ausencia se haya debido a dos factores. Por una parte, a un deseo de rebelarse en contra del control absoluto que el padre intenta ejercer sobre él queriendo acompañarlo al Centro, y por otra, a un afán de eludir la confrontación que para este sujeto representarían las interpretaciones de la terapeuta tendientes a enfatizar, y a "reprocharle" su dependencia del padre.

Posteriormente, Ricardo acude a la cita, previo llamado telefónico de parte de la institución. En tal ocasión manifiesta, intentando burlarse de la terapeuta, que como ésta le indicó que él dependía de su padre como un niño pequeño y que pensaba que éste tenía una fortuna inagotable, insistió tanto con su padre, que logró que éste le diera dinero para comprarse un carro.

Esto último fué relatado en tono de risa.

En la misma sesión Ricardo afirma haber vuelto a fumar marihuana, por el coraje que le provocó su padre al desconfiar de él y pensar que traía droga en el bolsillo. Dice no saber cómo reincidió, y expresa que cuando le ponen delante la marihuana él se olvida de todo y "pierde la voluntad".

La terapeuta le manifiesta que su enojo no es sólo con el padre, sino también con ella por haberle señalado su dependencia

infantil de éste, y que ha vuelto a fumar marihuana para desafiar y enojar a su padre y a la terapeuta.

Expresa que la gente lo critica diciéndole que su padre le da todo. La terapeuta le sugiere que él piensa que también ella lo critica. Ricardo responde que él cree que ésta no lo valora porque le dijo que él depende de su padre, y que pensaba que éste tenía una fortuna inagotable.

El paciente dice sentirse rechazado por sus compañeros del equipo de fútbol por su baja estatura, por ser drogadicto e incompetente en el juego. Luego expresa una fantasía en que por el tratamiento él dejará la marihuana y será un buen jugador de fútbol, con lo cual se ganará la aceptación de sus compañeros.

Posteriormente se observa que Ricardo intenta presionar a la terapeuta para que ésta lo cure rápido, sin dar crédito a lo que se le dijo previamente al respecto. Así, expresa una fantasía de curación mágica, manifestando el deseo de visitar a una adivina que dice conocer y pedirle que lo cure pronto.

Afirma que esta persona sabe lo que él piensa y se da cuenta cuando él la insulta, aunque está lejos. Tal fantasía es interpretada en la transferencia y se le dice que la adivina es la terapeuta, a quien el sujeto exige lo cure rápido y a quien este insulta en su pensamiento porque ella le dice cosas que "le caen gordas". La reacción de Ricardo ante esta intervención fue de risa.

Es posible que su premura de ser curado prontamente sea una defensa contra la ansiedad intolerable que estaba sintiendo al tomar cierta conciencia de algunos de los problemas que él deseaba eludir. Cuando se le hace notar esto último, el paciente recurre a la racionalización diciendo que él pensó que el tratamiento sería breve, y que no se tocarían los problemas familiares.

Cabe señalar que, desde un comienzo, Ricardo estaba informado de que su terapia no sería breve y que su drogadicción guardaba una estrecha relación con sus problemas personales y familiares.

No obstante, el sujeto manifiesta no establecer ninguna conexión entre su afición a las drogas y sus problemas, y que la única dificultad que se le plantea es no tener dinero cuando quiere drogarse, o al encontrar a algún amigo, no resistir la tentación de hacerlo o cuando debe estudiar. Dice no saber por qué carece de "fuerza de voluntad".

La terapeuta le responde que eso le pasa porque él tiene problemas que tal vez no los conoce bien, no está consciente de ellos y por eso no sabe por qué no resiste la tentación de drogarse.

En la exploración de su relación con la madre, Ricardo afirma no llevarse bien con ella porque él no hace lo que ella quiere; expresa que ésta intenta dominarlo y que suele acusarlo al padre quien le da siempre la razón a la madre, y agrede a golpes e insultos al sujeto.

Es posible que Ricardo piense que también la terapeuta desea dominarlo, y sienta temor de que igualmente ésta lo acuse ante su padre.

Después de haber faltado a la sesión siguiente, el paciente se presenta a la subsiguiente, llorando, y dice haberse ido de su casa. Refiere haber sido visto por su madre en compañía de un amigo "cementero"; que ella se lo comunicó al padre quien por tal motivo lo golpeó duramente. En esta circunstancia, Ricardo manifiesta haberse ido de la casa. Se observa muy afligido; dice llevar dos noches durmiendo en el auto y que apenas le alcanza el dinero para la gasolina. Impresiona como un niño desamparado, muy temeroso del padre, y pensando que así logrará presionar a la terapeuta; afirma no desear volver a la casa hasta no estar curado. Solicita a ésta interceda ante su padre para que él le permita regresar a la casa.

Tal comportamiento revela en el sujeto un psiquismo infantil dependiente y falta de sentido de realidad, por imaginar que la terapeuta puede, pero no quiere, sanarlo con la rapidez con que él quisiera.

Es posible que tal deseo se vea reforzado por las acusaciones, regaños y golpizas del padre.

La terapeuta propone una sesión conjunta con el padre, situación que Ricardo elude sistemáticamente, posponiéndola, faltando a la cita siguiente o poniendo el rechazo en el padre debido a que la terapeuta "no lo peló" cuando vinieron a la primera entrevista con ella.

La actitud del paciente fué interpretada como un temor suyo a que la terapeuta, igual que su madre, lo acuse ante su padre y éste a su vez, se queje ante ella de su conducta.

El sujeto trata de hacer aparecer al padre como una figura devaluada, que debido a su edad ya está casi ciego, y que a consecuencia de un pelotazo recibido en la cabeza hace años atrás, ha perdido la memoria. Manifiesta que su padre es muy arbitrario, gritón y le asigna tareas que no son de su agrado.

Con respecto a los días que estuvo fuera de la casa, Ricardo dió dos versiones que no coinciden: según la primera, solía comer unos tacos e irse sin pagar, o comprar unas tortas en la escuela con dinero de sus compañeras. Según su segunda versión, no se alimentó y solamente tomó vino.

Cabe señalar aquí que Ricardo culpabiliza a su padre por no haberse alimentado, y haber tomado solamente vino durante los días que permaneció fuera de la casa. Esto permite observar su necesidad de responsabilizar a los que lo rodean y manejarlos con la culpa; en este caso, a su padre, de todas las cosas malas que pasan, y su rechazo a asumir cualquier responsabilidad en ellas.

Durante el tratamiento el sujeto fué en dos ocasiones a Oaxaca. La primera vez visitó a la virgen de esa ciudad, a la que le pidió tener buena salud y ganas de trabajar, ya que dice estar convencido de que esa virgen "hace milagros". La segunda vez manifiesta haber hablado con un sacerdote que le aconsejó continuar con el tratamiento y tener mucha fé.

No se observa progreso ni ningún intento serio de trabajo, resistiéndose a hacerlo con la familia, pues piensa que ésta sólo desea explotarlo. Pero a la vez, Ricardo no demuestra deseos de independizarse de ésta, fantaseando siempre con estar junto a su padre y ser su único heredero.

Después de faltar a tres sesiones consecutivas previo aviso telefónico, asistió nuevamente y dice haberse comprado otro coche. Atribuye sus ausencias al trabajo en el taller, con el objeto de que su padre justifique el gasto de la compra del auto. Manifiesta haber venido con el padre que lo espera en el vehículo, pero el sujeto se niega a que éste pase y participe en la sesión; por consiguiente, no se ejerce sobre él ningún tipo de presión en tal sentido.

Se constata que a partir de la última sesión, Ricardo viene acompañado del padre a las sesiones siguientes y que éste siempre lo espera en el coche.

De acuerdo con lo visto anteriormente, la terapeuta conjetura que la presencia de éste último obedece a su deseo de ejercer un control absoluto sobre el sujeto y que allí se cierra el círculo vicioso.

En la sesión siguiente pide permiso para retirarse media hora antes, aduciendo el hecho de que debe ir a hacer compras con su padre ya que más tarde se irán a Oaxaca.

Posteriormente, la terapeuta le manifiesta que al parecer él se siente muy molesto por tener que venir acompañado del padre. Ricardo responde que éste sólo viene porque él lo lleva al Banco a efectuar trámites comerciales. El sujeto no desea que la terapeuta piense que su padre desconfía de él. Esta última le reitera que él necesita tratamiento porque teme comprometerse en tareas de hombre adulto y sólo busca distracciones. Se le manifiesta que si realmente él desea mejorarse, debe asistir más regularmente a las sesiones; se le reitera que allí no se presiona, ni obliga a dejar bruscamente las drogas.

Se le explica una vez más que él padece de una enfermedad, de la cual sólo podrá recuperarse dentro de un tiempo prolongado. Finalmente, la terapeuta le hace ver que ella comprende el enojo que le causa el tener que concurrir al centroacompañado de su padre.

Posiblemente por motivos aplacatorios, Ricardo accede espontáneamente a revelar el contenido de las alucinaciones o "alucines" que tiene bajo la acción de la droga que hasta el momento se había resistido en dar a conocer.

El sujeto hace un relato fluido de cada uno de ellos y pide a la terapeuta le diga su significado. Refiere haber visto a su abuelo materno saliendo de la iglesia con la Virgen de la Soledad de Oaxaca. También manifiesta haber visto a la Virgen con un niño en brazos.

Expresa que suele alucinar que está en su habitación y ve a una pequeña prima fallecida hace tiempo atrás en Oaxaca, a la edad de dos años, dentro de una urna de cristal.

Dice ver al abuelo materno recomendándole "desquitarse" con el padre, con los que le pegan, diciéndole: "no dejes que te la hagan". En esta misma alucinación, Ricardo dice oír voces de mujeres que le dicen "marica".

El sujeto relaciona este último contenido con un incidente en el que fue golpeado por un muchacho del cual no se defendió. El motivo de la disputa fué haber acompañado a la novia de éste a su casa.

El paciente hace un relato muy confuso del episodio y de su agresor, del cual manifiesta no haberse defendido porque no quiso hacerlo.

En otras ocasiones, manifiesta oír la voz del mismo abuelo diciéndole que él debe ser más "chingón" que sus hermanos. Ricardo relaciona este contenido con una circunstancia en que este mismo abuelo lo vió trabajando en el taller y le comentó a su padre que él iba a ser el más "chingón" de sus hijos.

Ricardo afirma escuchar voces que le dicen que él debe trabajar y que pagó demasiado dinero por el coche. Refiere escuchar al abuelo materno diciéndole: "a caballo robado, hombre muerto". Expresa que el abuelo le recomienda ir más a la iglesia; el paciente revela otro contenido en el cual ve a un pequeño sobrino de dos años, quien lo llama por su apodo: "Cheve". También afirma oír a su abuelo sugiriéndole que cuando se case no lo haga sólo por el civil, sino también por la iglesia.

En esta sesión no se le interpretó al paciente el contenido de todas sus alucinaciones, debido al factor tiempo, y se dejaron para la sesión siguiente las asociaciones relacionadas con el contenido de las alucinaciones restantes. Pero,

desafortunadamente, ésto no pudo llevarse a cabo por la deserción de Ricardo, quien después de esta sesión no volvió a presentarse.

Por consiguiente, sólo fué posible darle a conocer en forma general el sentido de algunas de sus alucinaciones. Así, se le interpreta que la voz del abuelo que le recomienda ser más "chingón" que sus hermanos corresponde a un deseo suyo de superar a éstos en su rivalidad con ellos. Al no poder realizar tal deseo en la realidad, por lo cual el sujeto se siente muy frustrado, él intenta satisfacer dicho deseo en forma alucinatoria.

Se le indica que las voces que oye, que le sugieren que él debe trabajar y que pagó en exceso por el coche, son posibles reproches que alguna vez le hicieron otras personas. Tales reproches fueron internalizados por Ricardo y se convirtieron en autoreproches que inconscientemente él se hace, y bajo los efectos de la droga los escucha como voces que reprueban su conducta.

Se le señala que la visión de su abuelo materno que le aconseja no dejarse agredir, y las voces de mujeres que le dicen "marica", alude a su dificultad para defenderse de las agresiones de otros, y a su tendencia a racionalizar esta dificultad diciendo que no se defiende porque no quiere.

Es posible que, a causa de su problema Ricardo haya sido objeto de burla, y recibido el trato de marica por parte de algunas mujeres con las que dice no llevarse bien en general. En consecuencia, esta alucinación revela que el paciente ha internalizado y sabe que debe responder a la agresión de otros, pero no puede. Inconscientemente atribuye esta imposibilidad a una supuesta falta de hombría de la cual se reprocha a sí mismo, y que al alucinar pone en voces femeninas que le gritan "marica".

A partir de esta sesión Ricardo deja de venir definitivamente.

Nota: previamente se le había informado al paciente, sin tono ni intento de amenaza, que si él dejaba de venir, cualquiera fuera el motivo, la institución tenía el compromiso de notificárselo a su padre por haber sido éste último quién lo llevó al Centro a

consultar por su problema, y por haberse presentado como persona responsable del paciente.

Con tal propósito, se intentó posteriormente una comunicación telefónica con el padre del paciente, pero en esta ocasión el mismo sujeto respondió el teléfono y dijo que su padre se oponía a que él continuara asistiendo al centro.

En otro intento posterior se logró una comunicación con el padre de Ricardo, quien manifestó que éste había dejado la terapia por rechazar su compañía para asistir a ella; agregó que su hijo se sentía muy disgustado por la desconfianza que él le demostraba.

Finalmente, expresó que su insistencia en no permitirle dirigirse solo al centro tenía como objetivo evitar que Ricardo fuera a drogarse con sus amigos en vez de asistir a tratamiento.

Como se recordará, los fenómenos confusionales observados durante la primera entrevista, no volvieron a presentarse posteriormente.

Tal característica permitió descartar la existencia de una causa orgánica de origen traumático o tóxico para los fenómenos mencionados, que parecen indicar la presencia de un trastorno psicótico disociativo del sujeto. En tal caso, los trastornos confusionales se explicarían por la aparición de una angustia incontrolable provocada por una situación particular, que podría ser la angustia de la primera entrevista, sentida por el paciente. Este podría ser el factor que desencadenó la presencia de estos trastornos.

Durante el transcurso de la entrevista mencionada, se observó que los fenómenos confusionales desaparecieron en tanto Ricardo logró restablecer la calma y disminuir su monto de angustia.

La reciente anotación permite establecer una relación directa de causa efecto entre angustia y este tipo de manifestaciones.

En casos de raíz orgánica, la relación establecida no suele ser tan directa como la recién observada, y ante una situación muy angustiante el trastorno se vuelve mayor y tiende a mantenerse. Tales rasgos permiten diferenciar este fenómeno confusional del anteriormente examinado.

Discusión

Se ha visto que el medio familiar de Ricardo ha estado promoviendo el ascenso social a nivel de la educación y del esfuerzo en el trabajo, valores que ocupan lugares prioritarios en esta familia. Así, puede verse que el hermano mayor es Ingeniero y socio del padre en un taller de hojalatería.

Observado dentro de este contexto, Ricardo se ve en el polo negativo y contrario a tales valores, ya que es el único miembro de la familia que no estudia, no trabaja y consume drogas; en otras palabras, el paciente ha asumido lo que E. Erikson ha denominado identidad negativa.

Según este autor, tal concepto se refiere a una hostilidad desafiante del sujeto hacia los roles que se le presentan como adecuados y deseables en la propia familia o en la comunidad inmediata.

Esta identidad aparece en el sujeto muchas veces, como una necesidad de encontrar un refugio contra las excesivas demandas provenientes de personas de su medio que se hallan en una posición de superioridad respecto a él. La identidad negativa en el caso de Ricardo pudo haber sido resultado de los siguientes factores:

1. Su dificultad para competir con el hermano mayor e imposibilidad de tolerar la frustración que tal situación le produce.
2. Una relación muy conflictiva con el padre consistente en: a) un vínculo muy simbiótico de tipo infantil de carácter homosexual por una parte, y b) fuerte ambivalencia debida aparentemente al carácter difícil y violento del padre a quien Ricardo no desea gratificar, por la otra.
3. Su necesidad de diferenciarse para no sentirse tragado ni sometido por la familia.

Tales problemas generan en el paciente una intensa ansiedad difícil de tolerar, de la cual necesita defenderse adoptando una identidad negativa. Esta le sirve a los fines de desafío y enfrentamiento con la familia.

En otras palabras, Ricardo no se ha independizado ni diferenciado de su familia, sino que permanece simbióticamente unido a ella, motivado por su necesidad de reñir con ella.

De tal manera, su identidad negativa sólo se justifica en presencia de la familia, sin la cual dicha identidad pierde toda su razón de ser.

En consecuencia, el núcleo patológico de este paciente estaría fincado en su identidad negativa, y en la compulsión autodestructiva a consumir drogas.

Este último trastorno se explicaría desde un punto de vista psicodinámico, por un sentimiento de derrota en la competencia con el hermano y por la sensación de incapacidad para cubrir un rol social, como por ejemplo: ser buen estudiante y trabajar eficientemente.

Su imposibilidad de manejar adecuadamente las ansiedades que tales situaciones le despiertan lo conduce a la drogadicción, que le permite la realización alucinatoria de sus deseos, al mismo tiempo que representa un acto de rebeldía hacia su familia.

En síntesis, el cuadro general que Ricardo ofrece, y las dificultades que representa, permiten sostener que su enfermedad no empezó con el consumo de drogas, ni el día en que se enteró que su padre había llegado a pensar que él no era su hijo.

Tales hechos pudieron haber sido importantes en el desarrollo posterior de su enfermedad, pero el problema de Ricardo tenía raíces anteriores, o ya tenía antecedentes.

Pareciera que, a partir de su nacimiento, este sujeto no recibió de su medio la estimulación suficiente que le hubiera permitido hacerse un lugar para el cual posteriormente no se siente capacitado.

Podría suponerse que desde sus primeros días de vida, Ricardo no recibió la atención ni estimulación necesarias para haber tenido un desarrollo evolutivo normal, causando más bien una impresión de haber sufrido una constante dificultad en las diferentes etapas de su desarrollo evolutivo, impedimento que se convierte en una debilidad del Yo para conseguir determinados

logros, el que se hace cada vez más patente y se manifiesta posteriormente en una cadena de fracasos, tanto escolares como laborales, y en la vida social.

En otras palabras, a causa de su debilidad, Ricardo parte en situación de desventaja con respecto a sus padres, lo cual lo pone gradualmente en inferiores condiciones para competir.

Su inmadurez psicológica determina que sus deseos y su ideal del Yo, como los medios para lograrlo, se forjan desde una concepción infantil que debido a su sustento poco realista, llevan al sujeto a fracasar en sus primeros intentos para lograr algo que él imaginaba alcanzaría con el menor esfuerzo.

En consecuencia, la drogadicción representa para Ricardo la realización alucinatoria, y por consiguiente fácil, de sus deseos.

ANÁLISIS DE LA DESERCIÓN DE RICARDO

La deserción de este paciente fué resultado de la interacción de diversos factores que influyeron en diferente grado y forma en el desencadenamiento de este fenómeno, cuyo análisis se intentará desde los siguientes ángulos:

1) Desde la fantasía de tratamiento.

Ricardo viene a terapia con la fantasía de un tratamiento centrado sólo en quitarle el hábito de la droga, durante el cual no se tocarán sus problemas emocionales que le provocaron tal trastorno. Vale decir, el paciente niega la relación de causa y efecto que existe entre la presencia de problemas psíquicos profundos dentro de él, y su adicción a las drogas.

Esta fantasía revela que Ricardo ha logrado mantener separados ambos problemas mediante el mecanismo de disociación y negación, obedeciendo a su necesidad de defenderse de la intensa ansiedad que sentiría si llegara a darse cuenta del estrecho nexo que existe entre ambos.

Al constatar posteriormente que, contrariamente a su fantasía inicial, el tratamiento que recibe se centra en su problemática emocional, circunstancia que le despierta ansiedades

persecutorias que él no puede manejar, experimenta una frustración, ya que el tratamiento no es lo que él había imaginado.

Tampoco pensó que su duración sería prolongada, pese a que esto último se le había comunicado.

En consecuencia, Ricardo intenta rehuir su ansiedad persecutoria asistiendo cada vez con menor frecuencia a tratamiento, hasta que el intenso temor de enfrentarse a ésta lo lleva a desear abandonar la terapia.

En síntesis, en este caso la deserción actuó como defensa contra las ansiedades persecutorias intolerables que se le estaban despertando al paciente.

De lo aquí expresado se desprende una pequeña hipótesis, según la cual las ansiedades persecutorias que surgieron durante el tratamiento habrían sido las mismas que causaron la drogadicción de este paciente.

En consecuencia, la discrepancia observada entre la fantasía de tratamiento del paciente y lo que éste experimentó durante la terapia, constituyó aquí un factor de deserción.

2) Desde su fantasía de curación.

Junto a su demanda de curación de su adicción a las drogas, Ricardo solicita se le prescriba "un tónico" para el apetito, que le ayude a un mejor desarrollo físico, y a un mayor rendimiento en los deportes.

En otras palabras, el motivo de consulta manifiesto del paciente es dejar la marihuana, pero tal demanda viene acompañada de otra a nivel latente, basada en un anhelo de experimentar un cambio físico con aumento de peso, tendiente a mejorar su actual apariencia con la que Ricardo parece no estar muy conforme.

De ahí que inicia el tratamiento con la fantasía latente, según la cual la ingestión de un tónico o elixir maravilloso prescrito por su terapeuta producirá en él cambios drásticos y mágicos tan favorables, que lo harán más aceptable ante los demás y ante sí mismo.

De esto se desprende que el tratamiento era objeto, por parte del paciente, de una idealización bosquejada desde una concepción delirante y alucinatoria por la droga, respecto a los beneficios fantásticos que la terapia le proporcionaría instantáneamente.

Al comprobar que los tan anhelados cambios que él esperaba del tratamiento, no se producían, siente un desengaño y enojo, adoptando una actitud de desvalorización de la terapia. Nuevamente aquí, la discrepancia observada entre la fantasía de curación del paciente y la concepción de la terapeuta, fué un factor que influyó en la deserción.

3) Desde su concepción de salud, enfermedad.

Ricardo piensa que su problema se limita sólo al consumo de drogas, y no está consciente que su mal va mucho más allá de este trastorno. El no percibe que su enfermedad radica principalmente en su falta de desempeño en alguna actividad que él sienta útil. Ricardo no estudia, no trabaja, y no tiene un proyecto de vida para el futuro. Su ausencia de preocupación por todas estas carencias, sobretodo por esta última, es lo que determina su falta de verdadera conciencia de enfermedad.

En su lugar Ricardo desplaza todo sobre la droga, que afirma querer dejar, sólo porque le han dicho que hace daño.

Este paciente no ha podido elaborar un proyecto de vida debido a su incapacidad de manejar el tiempo, y porque carece de noción del futuro.

Tales rasgos psicopatológicos, propios del drogadicto, lo hacen vivir siempre en un presente atemporal, y le impiden pensar en forma realista en lo que puede pasar.

Su carencia de verdadera conciencia de enfermedad es producto de una concepción infantil de la vida, en la que Ricardo permanece instalado.

Su deseo de llegar a ser policía del tránsito porque el uniforme es bonito, no podría ilustrar mejor este rasgo con mayor claridad.

El deseo de crecer, de madurar y de comprometerse en la elaboración de un proyecto de vida a largo plazo, está excluído

de la concepción de salud de Ricardo. Su concepción infantil de la vida le impide adquirir una verdadera conciencia de enfermedad y por consiguiente, no puede comprender la necesidad de involucrarse en un tratamiento que le permitirá elaborar un proyecto de vida para el futuro, factor indispensable para su salud mental.

Finalmente, la falta de verdadera conciencia de enfermedad fue en este caso una causa de deserción del tratamiento.

4) Desde una fantasía paranoide forjada en presunta relación triangular establecida en la situación terapéutica.

En su fantasía, Ricardo temía a una supuesta relación de complicidad entre su padre y la terapeuta, constituidos en una pareja que lo dejará de lado, se burlará de él y tratará de hacerle daño. Tal fantasía sería la reviviscencia de un viejo vínculo nodular del sujeto, en el cual éste aparece como un niño pequeño frente a una pareja de adultos que lo excluye y se mofa de él. En la relación terapéutica, este temor fantaseado de Ricardo posee varias implicaciones:

Por un lado estaría el vínculo simbiótico con el padre que el sujeto teme perder al quedar excluido, y por otro, el vínculo simbiótico que éste querría establecer con la terapeuta, del cual también teme quedar excluido al unirse ésta con su padre.

Perseguido por el temor a que tales fantasías lleguen a confirmarse en la situación terapéutica, Ricardo elude sistemáticamente, mediante manipulaciones, todo contacto entre la terapeuta y su padre, quien solía permanecer en el coche durante el transcurso de la sesión.

(Ver en el historial lo correspondiente a evolución del paciente.)

La ansiedad persecutoria resultante del fantaseado vínculo entre la terapeuta y su padre, aliados en su contra, y el temor a que tal fantasía llegue a confirmarse en la relación terapéutica, desencadenan en Ricardo una reacción de rebeldía y de protesta anticipada, consistentes por una parte en intentos de presionar a la terapeuta para que lo "cure rápido", y por otra, en

frecuentes y prolongadas inasistencias, indicadoras de su deseo de escaparse del tratamiento.

5) Desde el vínculo patológico entre padre e hijo.

Como se recordará (Ver Evolución), el padre de Ricardo ponía en duda su asistencia al tratamiento y pensaba que en vez de concurrir al Centro, Ricardo iba a drogarse con sus amigos.

Con el fin de evitar que esto ocurriera, el padre insistió en acompañar al paciente a la terapia, topándose con la negativa de éste, que prefería asistir solo a las sesiones.

A partir de este incidente la asistencia de Ricardo a tratamiento se vuelve menos regular, siendo difícil determinar si tal irregularidad fué en parte una consecuencia de la desconfianza del padre, o a la inversa, tal desconfianza tenía algún fundamento en la realidad.

Se recordará también que Ricardo concurrió a la últimas sesiones previas a su deserción, acompañado de su padre que lo esperaba dentro del coche.

Es probable que el sujeto haya aceptado finalmente la compañía del padre con la condición de que éste no salga del vehículo, evitando así cualquier comunicación posible con la terapeuta.

Muy posteriormente, la terapeuta se informó en una breve comunicación telefónica con el padre, que Ricardo había desistido de continuar el tratamiento ante la condición impuesta por éste de acompañar al sujeto a su terapia, y poder así controlar su conducta. El padre agregó que Ricardo solía molestarse por la desconfianza que éste le mostraba, y que rechazó su compañía para asistir a tratamiento.

Aquí cabe la siguiente reflexión:

La actitud del padre aparece como posible factor desencadenante de la deserción de Ricardo, pese a que en primera instancia, éste promueve el tratamiento del hijo, toma la iniciativa de llevarlo al C.I.J. para que su problema sea atendido; demuestra preocupación, interés y deseos de colaborar en la recuperación de Ricardo.

No fué posible esclarecer si la desconfianza del padre se hallaba bien fundada, o si fué producto de su propia paranoia, de la cual Ricardo llegó a ser objeto.

Si esto fuera así, ya que la duda del padre surge en una etapa del tratamiento en que el sujeto estaba asistiendo regularmente, el padre aparece como sugiriéndole al hijo la conducta que tanta desconfianza y enojo le despiertan, saboteando así de un modo inconsciente la labor terapéutica.

Esto último pudo observarse en que, a partir de la duda del padre, Ricardo deja de asistir regularmente al tratamiento.

Por su parte, la posible sensación de Ricardo de falta de identidad, de valoración por el control que ejerce el padre al traerlo al Centro, al esperarlo, y tratarlo como a un niño ante los demás, los enojos desde hace años acumulados habrían generado en el sujeto la necesidad de mostrar su rebeldía ante el padre, absteniéndose de asistir a la terapia.

Es posible que a nivel inconsciente, el padre tema que en el tratamiento puedan destaparse algunas cosas, que la terapeuta llegue a enterarse de ellas y de algunos de sus aspectos que él no desea se sepan.

En tal circunstancia, el mismo padre pudo haber generado la resistencia de Ricardo por la forma probablemente autoritaria en que aquél manejó la situación de acompañar al hijo al Centro, desencadenando en éste una actitud de defensa.

En estas condiciones, el padre se convirtió en un factor que obstaculizó el tratamiento y desencadenó la deserción del sujeto, debido a su propia problemática que lo llevó a depositar su paranoia sobre el miembro más débil de la familia, que es su hijo Ricardo.

Como se recordará, en la sesión final (Ver Evolución), Ricardo da a conocer a la terapeuta el contenido de algunas de sus alucinaciones, después de la cual deja de venir definitivamente.

No deja de llamar la atención que después de una sesión en que el paciente baja radicalmente su nivel de persecución, y se decide a comunicar a la terapeuta algo tan íntimo como lo es el contenido de sus "alucines", éste abandone definitivamente la terapia.

Tal hecho nos lleva a pensar en la existencia de una relación entre la deserción de este sujeto y el acto de haber revelado los contenidos mencionados.

Llama la atención que las alucinaciones reveladas por Ricardo poseen casi todas, exceptuando una o dos, contenidos persecutorios desagradables. (Ver Evolución, sesión final.).

Por tal característica, guardan notoria semejanza con las alucinaciones de los pacientes psicóticos que constantemente alucinan contenidos desagradables.

Las alucinaciones de los psicóticos se asemejan a las reveladas por Ricardo en que carecen de partes gratas. Así, le resulta muy doloroso oír que lo llamen "marica".

Asimismo, le es muy desagradable alucinar con las numerosas exigencias y reproches que le hacen sus mayores.

Sin embargo, ha de pensarse que no todas las alucinaciones de este sujeto son desagradables, y que también suele tener otras que le deben ser muy gratas y placenteras, pues de otro modo no se drogaria.

Por algún motivo que se dará a conocer más adelante, el sujeto se limita a revelar en sesión solamente sus "alucines" de contenido persecutorio, que son básicamente los que lo perturban y preocupan.

Considerando el carácter predominantemente persecutorio de las alucinaciones reveladas, y la presencia de síntomas confusionales en su discurso, observados en la primera entrevista, se sostiene la presencia en este paciente de una parte psicótica subyacente en su personalidad.

En otras palabras, la ingestión de la droga suele producirle sensaciones placenteras, pero en ocasiones hace aflorar a la superficie esta parte psicótica que se asoma por momentos, que lo atemoriza o espanta, sin que el sujeto pueda controlar su aparición. De alguna manera éste la percibe como algo psicótico que él posee dentro de sí, ya que le causa asombro e ignora de dónde le salió todo eso.

De esto último se desprende una hipótesis según la cual, la asistencia de este paciente a tratamiento se debía, entre otras cosas, al profundo temor que le generaba su parte psicótica.

Ya se dijo que esta última no solo apareció en las alucinaciones del sujeto, sino también en la forma y contenido patológicos de su discurso al inicio de la primera entrevista (Ver apartado correspondiente a "Otros Síntomas"), rasgos que no se repitieron en ese grado tan extremo a lo largo de todo el historial.

En consecuencia, este paciente posee rasgos psicóticos que a veces le surgen sin tomar droga, y en tal circunstancia él utiliza la droga como medio para controlar esta parte psicótica, lográndolo la mayoría de las veces al entrar en un viaje agradable.

Pero ya se dijo que en ocasiones este viaje adquiere caracteres de pesadilla, debido a que a veces la droga ingerida permite el surgimiento de la parte psicótica del sujeto.

En este sentido, se plantea aquí a nivel consciente una contradicción relacionada con la finalidad que persigue Ricardo al consumir drogas.

Por una parte, se observa que éste las ingiere con el objeto de entrar en un viaje agradable y controlar así su parte psicótica. Y por otra, vemos que su empleo, a veces, hace aparecer esta parte en los contenidos persecutorios de sus alucinaciones, provocándole vivencias desagradables y atemorizadoras.

La droga, en este caso, posee dos efectos contradictorios: la mayoría de las veces controla la parte psicótica del sujeto, y otras veces la desencadena.

Cabe señalar que la contradicción observada en lo consciente deja de ser tal en lo inconsciente, porque en dicho sistema no existen las contradicciones, y ambos mecanismos pueden coexistir allí simultáneamente a pesar de ser opuestos a nivel consciente, donde un mecanismo se halla en aparente contradicción con el otro, donde un mecanismo parece ser la antítesis del otro, como realmente lo es.

Por consiguiente, la contradicción observada proviene de la propia patología del paciente, y corresponde a su manera contradictoria, confusa y enferma de enfrentar la vida.

La mala experiencia de un viaje desagradable, por la aparición de la parte psicótica subyacente de Ricardo y sus alucinaciones de contenido persecutorio, probablemente lo inquietaron y

preocuparon tanto, que pudieron haber llegado a ser importantes factores que motivaron su asistencia a terapia.

Desde este punto de vista, se dieron varias causas que a nivel consciente e inconsciente influyeron en la deserción de este paciente, y que pudieron haber sido las siguientes:

a) Después de haber revelado a la terapeuta el contenido de sus alucinaciones, Ricardo pudo haber abrigado el temor, a nivel manifiesto, de ser encerrado por ésta en un manicomio, por estar loco. En consecuencia, para evitar el temido suceso, el sujeto decide no volver al centro.

b) El haber dado a conocer el contenido de sus alucinaciones pudo haber tenido para Ricardo la significación inconsciente de haberse desprendido de éstas, y de haberlas depositado como un paquete en la terapeuta.

Ante su posible temor de que el paquete le sea devuelto, el paciente no regresa, y es probable que con su conducta él logre deshacerse imaginariamente de sus "alucines", que para él son su psicosis.

En síntesis, puede observarse que a los elementos persecutorios que Ricardo ya tenía, se agregan dos:

Uno es el temor a ser encerrado por loco, y el segundo es el temor a que le fuera devuelta su psicosis, de la cual mágicamente se había desprendido.

La situación se plantea como si el sujeto, al pensar que su psicosis es algo de lo cual él se quiere deshacer, hubiese venido a depositarla donde la terapeuta, después de lo cual se va y no vuelve más.

Los mencionados fueron un conjunto de elementos que confluyeron en la deserción de este paciente.

5.4.2

HISTORIAL N° 2

Nombre: León
Escolaridad:

Edad: 17 años Ocupación: ninguna
3er. año de secundaria, sin concluir

Descripción física: León es un adolescente de apariencia física correspondiente a su edad ; es delgado y su estatura es normal . De piel morena, de aspecto cuidado y aseado.

Motivo de Consulta.

León inhala cemento desde aproximadamente un año y medio, con una frecuencia diaria que suele interrumpir por intervalos de tiempo variable. Generalmente lo hace en compañía de otros jóvenes, con quienes el sujeto se reúne en un sitio baldío próximo a su casa. Manifiesta que desea dejar la droga porque teme que le dañe el cerebro.

El día anterior de haber concurrido al Centro, León y sus compañeros fueron sorprendidos por la policía, la cual sólo detuvo al sujeto por haberle encontrado dos tubos de cemento en el bolsillo. El paciente refiere que aquella vez la policía lo llevó a dar una vuelta en la patrulla, y lo liberó cuando vino su tutor o padrastro por él.

Otros Síntomas

No se observaron.

Instrumentos: los instrumentos manejados fundamentalmente en esta tesis, fueron :

- 1- historia clínica, y
- 2- sesiones o entrevistas

Antecedentes familiares

León nació en el Distrito Federal, y es el segundo de cuatro hijos. Vive con su madre, sus hermanos, su abuela materna y su padrastro.

La madre, de 40 años de edad, es soltera, ama de casa, y posee estudios elementales de primaria.

La abuela, de 70 años de edad, es viuda y trabaja como lavandera.

Macario, el padrastro, tiene aproximadamente 50 años de edad y desde hace varios años mantiene una relación de pareja con la madre del sujeto. Es viudo, trabaja en la Compañía de Electricidad y es quien sostiene a la familia.

El hermano mayor tiene 22 años de edad, es obrero en una fábrica textil y cursa actualmente 2º año de preparatoria.

Sigue una hermana de 12 años que cursa 6º año de primaria, y finalmente, el hermano menor, de 8 años que cursa el 4º año de primaria.

Cabe destacar que de los cuatro hermanos, León es el único que posee un padre diferente, con el cual dice haber tenido escasos contactos, y que los vagos recuerdos que de él posee no datan más allá de los cinco años de edad, en que dejó de verlo.

El sujeto refiere que cuando su madre lo llevaba a visitarlo éste no le prestaba atención, y se limitaba a entregarle a ella el dinero para su mantenimiento.

Expresa que en ocasiones el padre lo venía a ver, pero en estado de ebriedad y que sólo bajo el efecto del alcohol lo abrazaba, lo besaba y le daba dinero, que luego su madre y abuela le quitaban. Agrega, con resentimiento, que éste nunca le compró un juguete.

El paciente relata que en una ocasión, cuando él tenía nueve años de edad y a raíz de una disputa, había decidido abandonar el hogar e irse a vivir con su padre.

Con tal propósito lo fué a buscar a una joyería donde su madre le había dicho que él trabajaba. Al preguntar por su padre, le manifestaron que hacía ya mucho tiempo que éste se había retirado de allí y que ignoraban su domicilio.

León dice no saber nada de su padre. Afirma no guardarle rencor y haberlo "perdonado", ya que su madre le contó que él había querido casarse con ella, pero la boda no se realizó debido a la tenaz oposición de la abuela, quien obligó a la madre a separarse de él.

Expresa que según su madre, su padre era de carácter alegre y fiestero como lo es él, y que fué la persona con quien ella mejor se llevó. El sujeto sostiene no haber tenido ningún contacto con

el padre de sus hermanos, a quien manifiesta haber visto sólo en una ocasión, e indica no saber nada de él.

Refiere que este señor nunca vivió con su madre ni venía a la casa, sino que ella solía ir con sus hermanos a verlo y dejaba al sujeto con la abuela, debido a que él ignoraba su existencia que su madre se empeñaba en ocultarle.

El paciente relata un episodio en que su madre se ve obligada a llevarlo también a él a visitar al padre de sus hermanos, debido a que la abuela había salido y no lo podía dejar solo en la casa. León refiere que en aquella ocasión ella le encareció se identificara como sobrino y no como hijo. Agrega que el padre de sus hermanos no le prestó atención y se dirigió sólo a sus hermanos.

Las relaciones de León con su grupo familiar han sido siempre y son en la actualidad muy conflictivas; éste se siente objeto de una fuerte discriminación y de rechazo por parte de los demás miembros, y expresa que frecuentemente se le señala como el "culpable" de todo lo malo que ocurre en el hogar.

Describe a su madre como de carácter alegre, que le gusta "echar relajo", pero cuando lo golpea, lo hace con mucha violencia y agrega que ella no reflexiona primero y suele decir cosas de las que después se arrepiente.

León refiere que en una ocasión y a raíz de un incidente con el hermano menor, su madre le dijo que él "desgraciaba" a sus hermanos, comentario que lo dejó muy resentido.

Manifiesta que posteriormente ella trató de acercársele, pero el sujeto no se lo permitió y le expresó que, o le daba un trato cariñoso o agresivo, pero que no le dijera "cosas malas" de las que tuviera que arrepentirse después.

Expresa que tanto su madre como su abuela no están capacitadas para educar niños, por falta de preparación.

A este respecto, el paciente afirma que suele aconsejarle a su madre de no consentir demasiado a sus hermanos menores, que no permita que ellos se le "encajen" para que no se "pasen de listos" y no salgan como él.

Sin embargo, León afirma que ella nunca lo consintió ya que trabajaba cuando era niño, y agrega que él es como es, debido a que nadie se ocupó de él.

La abuela es percibida como una figura perseguidora, que está siempre en su contra y en favor de sus hermanos aunque él tenga la razón.

Expresa que ésta respeta a su hermano mayor y le tiene todo a tiempo porque trabaja y da "para el gasto". Agrega que antes, cuando él trabajaba y daba dinero "para el gasto" la abuela también solía tratarlo bien.

Sin embargo, el sujeto se contradice al afirmar que ella siempre ha preferido al hermano mayor y que a él lo pasa culpando de todo.

El paciente manifiesta que la abuela tiene una actitud interesada y doble hacia Macario, que aparentemente le da un trato amable, pero protesta mucho en su contra y a sus espaldas, porque al ser muy católica le cae mal que viva con su hija sin casarse.

León refiere que la relación de su madre con Macario data de seis años, pero hace cuatro que viven juntos.

El paciente afirma que al iniciarse la relación entre su madre y Macario, la situación material de la familia mejoró y que nunca más volvieron a tener carencias de este tipo. Expresa que Macario se preocupaba de ellos y que llegó a poner orden en la casa.

León refiere que sus relaciones con éste habían sido buenas hasta hace tres meses atrás y dice haber sido a él a quien Macario más quería, porque él siempre lo acompañaba a todas partes.

El sujeto manifiesta que actualmente Macario le cae mal a causa de un disgusto que tuvo con él. Refiere que en aquella ocasión, Macario venía saliendo de la casa y el paciente corrió tras él y le gritó para que se devolviese, pero la puerta se cerró bruscamente, circunstancia que hizo pensar a León que Macario estaba enojado. El paciente refiere que el compañero de su madre regresó posteriormente ebrio, regañándolo e

insultándolo, conducta que el sujeto atribuyó al incidente anterior.

A partir de entonces, León dice que "ya no quiere nada con Macario".

Refiere que éste dejó de hablarle cuando León dejó los estudios, y que reinició sus relaciones con él cuando León aceptó estudiar una carrera corta de un año; manifiesta que nuevamente Macario dejó de hablarle cuando el paciente abandonó la carrera porque no le agradó.

León expresa que actualmente Macario le cae mal por haberle dejado de hablar, como si él hubiera cometido un delito, como si él fuera "cualquier cosa" y porque no hace nada.

De su hermano mayor, el paciente se expresa con admiración; lo considera muy inteligente, trabajador, y que siempre ha obtenido las mejores calificaciones en la escuela.

El sujeto afirma que las relaciones entre ambos son variables, debido a que frecuentemente el hermano deja de hablarle durante un tiempo, quedando el paciente desconcertado por desconocer el motivo. Refiere que actualmente su hermano no le dirige la palabra a raíz de un incidente ocurrido el último 24 de Diciembre en que el sujeto le pidió prestada una chamarra para ir a una fiesta.

En aquella ocasión León dice haber perdido la prenda, sin darle al hermano posteriormente ninguna explicación ni pedirle excusa por la pérdida.

El sujeto refiere que desde entonces su hermano lo ignora, y manifiesta no saber el motivo. Él quisiera reanudar su relación con este hermano y se muestra afligido por el silencio de aquél.

Refiere que con sus hermanos menores se pelea con frecuencia, y que éstos suelen provocarlo y quitarle sus útiles escolares. Expresa que cuando se querella con su hermana se avientan cuchillos y tenedores, pero la abuela siempre defiende a los hermanos.

Historia del paciente

El sujeto recuerda su infancia como un período durante el cual

él y sus hermanos vivieron una situación de caos y abandono. En aquel entonces, su madre trabajaba como mesera en un restaurante desde la mañana hasta avanzadas horas de la noche, y por consiguiente él y sus hermanos se quedaban al cuidado de la abuela.

Manifiesta que durante esa etapa de su vida no había orden ni disciplina en la casa, y que ellos se hallaban totalmente desamparados.

Sostiene que su abuela posee un "carácter arbitrario" y tiene "mal genio".

León afirma ser el nieto que ésta menos quiere y al que más regaña. Agrega que sus relaciones con la abuela fueron siempre malas.

El sujeto recuerda que cuando era niño, ella frecuentemente lo reprendía y solía correrlo de la casa, llegando éste a sentir que la abuela realmente quería que él se fuera.

Al sentirse rechazado, el paciente permanecía todo el tiempo en la calle; refiere que "andaba de vago" y que solía regresar tarde y de noche a la casa.

Esta situación caótica se normalizó y se tornó más ordenada cuando Macario, el compañero de su madre, se hizo cargo del hogar en calidad de jefe de familia. Así, su madre pudo dejar el trabajo y dedicarse más al hogar y a los hijos.

Antecedentes escolares

El paciente refiere que durante sus primeros años escolares no había quién pudiera preocuparse de vigilarlos en sus estudios. No tenían dinero para comprar útiles escolares, y sus hermanos y él estaban totalmente solos y "andaban por su cuenta".

En estas condiciones el paciente repitió el 2º y 3º año de primaria, y refiere que al inicio de 4º año de primaria su rendimiento escolar mejoró notablemente debido al cambio drástico y favorable que se produjo en la familia por la unión de su madre con Macario, su actual tutor.

El paciente expresa que este último asumió el rol de padre y empezó a preocuparse de ellos, que no les falten útiles escolares, y de vigilarlos más en los estudios.

Fué así como León cursó sin problemas el 5° y 6° año de primaria y los años siguientes.

El paciente refiere haberse iniciado en el cemento cuando cursaba el 2° de secundaria a instancias de un compañero que se lo dió a probar. Manifiesta haberlo hecho por curiosidad y que poco a poco le fué agradando, acostumbrándose así a la droga hasta el extremo de llegar a faltar a la escuela por ir a inhalar cemento con el amigo.

Al ser descubierto su ausentismo escolar, el paciente y su amigo decidieron llevar cemento al colegio y drogarse en el baño del establecimiento, en el salón de clases y en la biblioteca, hasta que una vez fueron sorprendidos y suspendidos.

Gracias a la intervención de Macario el sujeto fué readmitido en la escuela, y debido a tal circunstancia refiere haberse sentido muy vigilado, tanto en el salón de clases como en el recreo. Agrega que en tal circunstancia se había descuidado mucho en los estudios, y su rendimiento escolar era malo.

Refiere que a un mes para finalizar el año escolar el maestro dejó de venir a dar clases, y como no tuvieron reemplazante, el salón quedó sin maestro hasta el fin del año escolar.

El sujeto manifiesta que en aquella ocasión reprobó nueve materias.

En tal condición, León dejó los estudios e ingresó a aprender una carrera corta de un año de duración, la que también abandonó porque no le gustó.

Antecedentes laborales

El sujeto refiere que mientras cursaba la secundaria trabajaba lavando coches, vendiendo periódicos y lustrando zapatos.

Dice que el año pasado estuvo trabajando en una fábrica de bolsas durante un mes, retirándose de allí debido a que le pagaban muy poco.

El segundo y último trabajo que León menciona fué de cortador en una fábrica de zapatos, ocupación que dice haber dejado al cabo de un mes debido a que el horario de trabajo era hasta las 8 de la noche y no le daban tiempo para salir a comer.

Expresa que actualmente no trabaja, ya que para conseguir una ocupación le exigen el certificado de la secundaria y la pre-cartilla, documentos que el sujeto no posee aún.

Explica que por haber reprobado nueve materias no le han dado aún el certificado mencionado; los maestros lo tramitaban mucho, haciéndole venir inútilmente a la escuela hasta que él se cansó de concurrir.

Por lo mismo, afirma no haber ido a obtener su pre-cartilla, debido a que tardan mucho en otorgársela por no haber cumplido aún los 18 años.

Rasgos de carácter.

León es un adolescente en el cual no se observaron dificultades particulares para establecer una relación interpersonal.

Durante las entrevistas el sujeto demostró tendencia a la pasividad, manifestada en una aparente falta de iniciativa para comenzar una plática. En un comienzo solía permanecer en silencio, esperando que la terapeuta asuma la parte activa y le formule alguna pregunta o le indique el tema a ser tratado en la sesión. Posteriormente, su discurso se vuelve más fluido y espontáneo.

Su estado de ánimo no es triste, pero refleja una cierta amargura, decepción y manifestaciones de agresividad latente hacia sí mismo y hacia las personas que conforman su medio social y familiar.

Un importante rasgo de carácter presentado por León y observado en la relación terapéutica, es su marcada tendencia a polemizar y a utilizar la racionalización como uno de sus principales mecanismos de defensa.

Cabe señalar en este sujeto la presencia de una visión muy negativa, pesimista, falta de esperanzas y derrotista de sí mismo,

y del medio que lo rodea que se traduce en su correspondiente actitud ante la vida.

Sus relaciones objetales parecen ser frágiles y tiende fácilmente a descalificar y rechazar a las figuras de autoridad, con las que suele establecer un vínculo muy propenso a romperse por su acentuada tendencia a desvalorizarlas.

Cabe señalar que León responsabiliza fácilmente a los otros de sus fracasos escolares, laborales, de sus conflictos familiares y ofrece fuerte resistencia para asumir la parte que a él le corresponde en tales problemas.

En circunstancias en que no le es posible poner sus problemas fuera de él, suele negarlos o minimizarlos.

Así, el sujeto niega enfáticamente la existencia de una relación entre sus problemas personales y su adicción al cemento.

En síntesis, León presenta una seria patología narcisista con fragilidad en las relaciones objetales.

Problemática actual

1) León piensa que su cerebro está ya muy dañado debido al tiempo que lleva inhalando cemento, y se manifiesta escéptico con respecto a sus probabilidades de poder dejar la droga.

2) El sujeto no trabaja, ni desempeña actividad alguna. Dejó sus estudios por mal rendimiento escolar, habiendo reprobado nueve materias durante el año pasado.

3) Se observa una relación muy conflictiva del paciente con su hermano mayor, expresada en una gran dificultad que éste tiene para comunicarse con él. El hermano es percibido por León como una persona exitosa, por ser inteligente, trabajador y estudioso, por quien dice sentir mucha admiración.

El hermano es el objeto idealizado sobre quien el sujeto ha depositado todas las cualidades que él no tiene y que quisiera tener. En otras palabras, el hermano representa el ideal del Yo inalcanzable de León; pero a un nivel menos consciente, el paciente demuestra guardar fuertes sentimientos de envidia y de hostilidad hacia el hermano, que se expresan en una tendencia a perder o destruir objetos que son de su propiedad.

4) El sujeto se siente muy discriminado y rechazado por su medio familiar, particularmente por su abuela materna, por quien dice sentirse repudiado por "no dar para el gasto" ya que él actualmente no trabaja.

León refiere que en sus frecuentes disputas con sus hermanos ella siempre lo culpa de haberlas provocado, y sin comprobar previamente el hecho suele salir en defensa de éstos, y liberarlos de toda la responsabilidad que ellos pudieran tener en el estallido del pleito.

Diagnóstico de fármacodependencia: Grado 4. Disfuncional.

Evolución.

En su primera entrevista León dice querer dejar el cemento por temor a sufrir un daño en el cerebro, pero más adelante agrega escépticamente, que no cree que podrá lograrlo y sostiene que si efectivamente el cemento afecta al cerebro, el suyo ya debe estar dañado por el tiempo que lleva inhalando esta droga.

El paciente niega enfáticamente que pueda haber alguna relación entre su adicción a la droga y sus problemas emocionales. Afirma que la droga se usa por curiosidad y basa su afirmación en que conoce a mucha gente con problemas más graves que el suyo y no se drogan.

Previa indagación de la terapeuta, León da a conocer su fantasía de tratamiento según la cual se le mostrará la "realidad", con un "mapa del cerebro".

El sujeto imagina que se le explicará como en una clase los efectos del cemento sobre el tejido cerebral, y se le mostrará si el cerebro suyo está dañado, cuál es la magnitud del daño, y se le darán los correspondientes consejos.

La terapeuta le explica brevemente en qué va a consistir su tratamiento, y de acuerdo con la modalidad entonces vigente en la institución le propone tres entrevistas previas, al cabo de las cuales el paciente decidirá si continuará o no con la terapia.

El sujeto se presenta puntualmente a la segunda entrevista; en esta ocasión me relata dos sueños semejantes que denomina

"pesadillas", ocurrido uno antes del episodio con la policía, y el otro unos pocos días después.

León refiere que se hallaba durmiendo en la cama y lo venían a jalar de la cabeza con fuerza para llevárselo; él quería gritar pero no podía.

El paciente relaciona estos sueños con las amenazas que le profiere su abuela diciéndole que se lo va a llevar el diablo porque no va a misa ni ha hecho la Primera Comunión. León afirma que ella es muy católica y que él cree en Dios, pero no es religioso.

León da a conocer el contenido de sus alucinaciones o "alucines" bajo el efecto de la droga, sosteniendo que éstos son muy variables. Agrega que a veces le parecen realidad, pero después se percata de que no lo son.

Expresa que a veces ve unos carros que chocan y que se introducen dentro de una escuela "echándola abajo". Otras veces suele ver que los cables de la luz se le vienen encima, y en ocasiones escucha música de jazz duro y se ve bailando solo al compás de la música.

Agrega que cuando se pone una camisa de color verde ve que salen lagartos verdes y culebras de la camisa, visión que le causa miedo.

Cabe señalar que de estos "alucines", sólo uno de ellos es de contenido placentero, siendo los demás displacenteros.

Al hablar de su vida escolar e iniciación en la droga, se le interpreta el contenido de sus "alucines" como un deseo de haber querido destruir su escuela por las malas experiencias que allí pasó.

Cabe mencionar que León permanentemente tiende a platicar de lo mal que Macario le cae.

Cuando se trata de abordar el tema del padre que le faltó, el paciente dice "haberlo perdonado". (Ver apartado correspondiente en la historia).

En un fragmento posterior de la entrevista la terapeuta le habla del coraje que debió sentir las veces que su madre llevaba a sus hermanos a visitar a su padre dejándolo a él en casa, y "lo feo que sintió" cuando al llevarlo una vez lo hizo pasar por su sobrino.

León responde haber sentido mucho coraje en aquella ocasión, se resiste a seguir hablando sobre ese tema y me pregunta por sus pesadillas; le manifiesto que él tiene la idea de que a causa de su drogadicción su familia quisiera alejarlo, abandonarlo y que, aunque él no se siente querido en su hogar, carece de otro que lo acoja y al ser expulsado él quedaría totalmente desamparado y expuesto a las agresiones de otra gente.

León refiere que desde hace tiempo sufre de temores, y que antes vivía atemorizado ante la idea de que los muchachos de la calle fueran a pegarle, como le ocurrió una vez debido a que él no se defendía.

El paciente se presenta puntualmente a la tercera entrevista. Comienza hablando de las frecuentes peleas que tiene con sus hermanos menores, y de su abuela que siempre los defiende a ellos poniéndose en contra de él. Por tal motivo, este paciente se siente muy discriminado y comenta que pareciera que él fuera el nieto que ella menos quiere.

En un fragmento posterior, León intenta presentar una imagen idealizada de su padre en la que éste aparece como una víctima de la abuela.

Sin embargo, se observa que León tiende a hablar más de Macario. Refiere que éste solía embriagarse y que en tal estado presencié una escena en que Macario golpeaba a su madre. Agrega que ahora ya no lo hace.

En un fragmento posterior de la entrevista, León se queja de la actitud de su hermano mayor que no le habla, y lo ignora totalmente desde el incidente de la pérdida de la chamarra.

Afirma que la actitud de su hermano lo hace sentirse muy mal, e ignora por qué éste lo trata de esa manera.

La terapeuta le pregunta si hubo alguna explicación previa de su parte por la pérdida de la prenda. León le responde con racionalizaciones, que ya su madre lo había hecho por él.

La terapeuta le señala que tal vez ése podía ser el motivo del enojo de su hermano, a lo que León comenta agríamente que aquel no tendría por qué molestarse por una chamarra, pues tiene muchas, debido a que trabaja y puede comprarse lo que quiera.

En relación con este incidente, el paciente refiere que tiempo atrás también perdió un morral de su hermano, pero que en aquella ocasión su enojo fué menor.

La terapeuta comenta de paso, que resulta curioso que ande perdiendo las cosas que su hermano le presta.

León no responde al comentario y sigue manifestando su contrariedad por el enojo de aquel a causa de la pérdida de la chamarra.

Al término de esta entrevista León decide proseguir su tratamiento.

Se inicia una terapia de orientación psicoanalítica con un encuadre de dos sesiones semanales, de 50 minutos de duración cada una.

Se presenta puntalmente a la sesión siguiente y relata un sueño que dice haber tenido tiempo atrás, en el cual él rompía el tocadiscos y grabadora de su hermano mayor, y que por tal motivo éste último lo agredía con un cuchillo.

Sangrando y sin sentir dolor, León se fué a la escuela y subió a la azotea a recoger pelotas. Allí lo vió un inspector que lo obligó a bajarse diciendo que eso estaba prohibido.

La terapeuta le pide asociaciones, pero el paciente se resiste a darlas diciendo que nada se le ocurre al respecto y solicita que ella le interprete el sueño.

La terapeuta le señala que la vez pasada había estado hablando de su hermano, que no le dirige la palabra desde que el sujeto le perdió la chamarra.

Este manifiesta que pese a que su hermano siempre ha sabido hacerse respetar, últimamente se ha vuelto muy autoritario y prepotente en la familia. Insiste nuevamente en que no sabe por qué el hermano "no lo pela", y niega persistentemente que el motivo del enojo haya sido la pérdida de la chamarra y la falta de una explicación del sujeto por dicha pérdida, reiterando que su hermano no tiene por qué molestarse por esa causa debido a que él tiene muchas chamarras.

León agrega que en otras ocasiones también el hermano había dejado de hablarle sin saber el por qué, y que la actitud de éste siempre le ha resultado incomprensible.

La terapeuta le sugiere intente averiguar directamente con el hermano el motivo de su silencio, tomando él la iniciativa de preguntarle. León responde que nunca lo ha hecho porque teme que el hermano le diga cosas humillantes y lo deje callado.

La terapeuta le manifiesta que él no se atreve a enfrentarse al hermano porque teme ser agredido o derrotado por éste, y ello lo haría sentirse muy mal.

El paciente manifiesta que su hermano mayor ha sabido orientar muy bien su vida, que siempre ha sido laborioso, emprendedor, y que también estudia para "llegar a ser alguien". La terapeuta le señala que al parecer él siente mucha admiración por su hermano. El sujeto asiente, y se queda pensativo por un breve momento después del cual pregunta por qué su hermano no tiene los mismos problemas que él, y reitera su deseo de reanudar sus relaciones con aquél.

Más adelante, la terapeuta pregunta al sujeto qué piensa de su tendencia a perderle cosas a su hermano, y de su sueño en el cual le destruye otras.

El paciente parece no establecer relación entre ambos hechos, respondiendo que la pérdida de los objetos de su hermano fué algo "involuntario" y que los sueños sólo son fantasías.

La terapeuta interviene diciendo que la "fantasía" de su sueño y la pérdida de los objetos de su hermano tal vez podrían estar expresando que junto con la admiración que él le tiene, también le causa coraje y envidia debido a que a su hermano le ha ido bien, y en cambio, él está mal.

La reacción de León fué de marcada resistencia a aceptar la interpretación y se defiende diciendo que él no tiene por qué sentir coraje porque, tanto a su hermano como a él, se les dieron las mismas oportunidades para estudiar.

Agrega que su falta de progreso puede deberse a que él no ha querido, o no tiene la misma capacidad que su hermano, y manifiesta que la terapeuta debería entender que él habría sentido coraje si a su hermano le hubiesen dado más ventajas.

Más adelante, León reitera la discriminación de la que es objeto por parte de la abuela, quien siempre prefiere al hermano mayor haciéndolo sentirse "la oveja negra de la familia".

Al repasar estas notas, la terapeuta piensa que en la transferencia el sujeto le dijo que también ella lo está haciendo sentirse "la oveja negra de la familia".

En un fragmento posterior de la misma sesión, León niega todo sentimiento hostil hacia su hermano y continúa con un discurso en el cual dice más o menos lo siguiente: "o se quiere, o se odia". "Los hermanos no deben odiarse, sino quererse, porque son hermanos". Agrega que por tal motivo, él quiere a su hermano y que en el futuro éste podrá ayudarlo.

Si él le tuviera coraje o envidia, él no querría que su hermano le ayudase.

León rechaza enfáticamente que los sueños puedan revelar que él abriga tales sentimientos, y manifiesta estar seguro que cuando su hermano haya "hecho carrera" lo ayudará a él. La terapeuta le pregunta qué lo hace sentirse tan seguro.

León responde que, en realidad, él no sabe cómo le va a ir a su hermano, y que tal vez la situación pueda invertirse y sea él quien tenga éxito y ayude al hermano.

El sujeto da a conocer una fantasía en la cual visualiza a su hermano en un alto cargo en la Administración Pública, y expresa que a través de los importantes contactos que éste pudiera llegar a establecer allí, le conseguirá también a él un buen puesto.

La terapeuta interviene diciéndole que él espera toda la ayuda de su hermano; León se muestra algo confuso como si no tuviera muy claro esto último.

Al término de la sesión el paciente se marcha, dando la impresión de estar contrariado.

De lo visto en esta última sesión, León no puede aceptar sus sentimientos hostiles hacia el hermano mayor, por la ayuda futura que en su fantasía éste le prestará.

El hermano representa su único objeto bueno, idealizado, que puede ayudarlo y darle protección. Sobre él están depositadas todas sus expectativas, deseos y necesidades de ser ayudado.

Por tal motivo, le estaría prohibido abrigar algún sentimiento en su contra, pues si aceptara alguno, León afirma textualmente que no querría que lo ayudase.

Entonces, para poder aceptar la anhelada ayuda de su hermano, el paciente se ha propuesto erradicar de sí o reprimir todo pensamiento hostil hacia él.

A un nivel más inconsciente, lo expresado por León podría tal vez significar que si él guarda coraje a su hermano, éste no querría ayudarlo.

Si esta fuera la idea latente de la frase, el sujeto habría expresado en ella su temor a reconocer la envidia y hostilidad que hacia su hermano siente, por miedo a que retaliativamente éste llegara a negarle toda la ayuda que él necesita, de la cual el paciente piensa que depende su futuro.

Esto permite suponer una necesidad de dependencia a un nivel oral muy primario.

Desde otro ángulo, la interpretación referente a la envidia y hostilidad muy marcada hacia el hermano produjo un efecto persecutorio en León, quien al parecer la vivenció como una acusación de la terapeuta, de la que él debía defenderse demostrando lo contrario y destacando lo errada que ella estaba en su interpretación, ya que en aquel momento ésta pasó a ser un miembro más de su familia que lo acusa, lo agrede, y lo hace sentirse "la oveja negra" con el consiguiente desarrollo de sentimientos transferenciales negativos hacia ella.

En la sesión siguiente León se observa reticente, dando la impresión de no atreverse a expresar sus desacuerdos con la terapeuta. Esta lo estimula a hacerlo.

León manifiesta no aceptar que él le guarda coraje a su hermano y agrega que la terapeuta malinterpretó lo que él le había dicho sobre la ayuda que él deseaba del hermano.

El sujeto intenta aclarar a la terapeuta esto último, diciendo que él espera que cuando su hermano logre obtener un buen cargo le consiga uno a él, pero "para trabajar", y agrega que él no pretende que su hermano le ayude con un trabajo en el cual él no hará nada.

Más adelante, León intenta explicar a la terapeuta que él no le guarda coraje a su hermano, exaltando sus cualidades y manifestando que por ellas él no puede rivalizar con él y tenerle hostilidad. Su hermano ha tenido éxito y él, en cambio, actualmente no hace nada.

Como proyecto, menciona el ingresar a una escuela donde podría rendir la secundaria completa en un sólo año.

En la última sesión fué posible observar que el sujeto se hallaba aún bajo el fuerte impacto que le causó la interpretación de la envidia que él siente hacia su hermano, de la cual no había podido reponerse.

Nota: al no presentarse a las tres citas siguientes, la secretaria se comunica con el tutor, quien le informó que el paciente había manifestado "no tener más interés" en continuar el tratamiento. El tutor expresa que próximamente vendría a platicar con la terapeuta acerca de lo ocurrido.

Al cabo de aproximadamente dos semanas, ambos padres (el tutor y la madre), acuden al centro a entrevistarse con la terapeuta. La madre es una mujer de aproximadamente 40 años de edad, de clase baja, y de apariencia física agradable.

El tutor o padrastro aparenta tener aproximadamente unos 50 años de edad, y por su vocabulario y forma de vestir podría afirmarse que pertenece a la clase media. En otras palabras, obsérvase un marcado contraste socio-económico y educacional entre ambos integrantes de la pareja.

Macario comienza refiriendo que León le manifestó que "ya lo había dicho todo, y que ya no tenía más que decir", y por lo tanto no veía razón de seguir concurrendo al Centro.

Mientras la madre permanece en silencio, Macario agrega que él había pensado que por ser esta institución un "centro de orientación", se le darían al paciente "consejos" e impartirían "pláticas" sobre el daño que causa el cemento, y que se le haría una revisión o examen de tipo médico con el fin de darle a conocer el estado en que se encuentra y la magnitud del daño que pudo haberle provocado el consumo de cemento.

La terapeuta intentó aclarar esta idea errónea de Macario sobre la tarea terapéutica, y hacerle ver a éste que la drogadicción del

sujeto tenía principalmente que ver con sus problemas emocionales. Agregó que el tratamiento de su pupilo requiere en forma apremiante de una terapia familiar de varios meses de duración, al cabo de la cual el sujeto continuaría con su tratamiento individual.

Al parecer, la madre se mostró dispuesta favorablemente a la proposición de la terapeuta, pero frecuentemente lanzaba miradas a Macario como preguntando, buscando o queriendo su aprobación, ya que al parecer, de su decisión dependía la puesta en marcha de tal proyecto.

Fué posible observar un actitud muy sumisa de la madre hacia Macario.

Por su parte, este último dió la impresión de no estar dispuesto a aceptar la propuesta de la terapeuta, manifestando que tanto él como los otros miembros de la familia no podrían asistir a las sesiones por razones de trabajo y de estudio.

Pese a la resistencia observada en Macario, la terapeuta les sugiere una reflexión sobre el proyecto y les ofrece la alternativa de hacer terapia familiar con los miembros que lo deseen, o puedan asistir a las sesiones.

Posteriormente, fué posible comprobar que por motivos que no son de nuestro dominio, la sugerencia de la terapeuta no fué aceptada, ya que nadie de la familia se presentó a pedir cita para tratamiento del grupo familiar.

Discusión

De lo visto hasta aquí, podría sostenerse que por pertenecer a otro padre, León carece de un lugar en la casa, ya que aparece como discriminado y el más marginado de su familia.

Se le excluye y responsabiliza de todos los problemas y desgracias que ocurren dentro de ese grupo familiar.

Por todo esto se lo podría definir como el "chivo expiatorio" de la familia, término que significa haber sido y ser objeto de las proyecciones masivas, en este caso, de todos los integrantes de su medio familiar.

En otras palabras, éstos le proyectan al sujeto todos sus errores, fracasos, carencias y maldades.

Como defensa para no sucumbir, León ha elegido como alternativa el mecanismo de la reproyección masiva, que consiste en culpabilizar a los demás de sus dificultades y problemas.

En otras palabras, el sujeto necesita encontrar afuera a alguien que desempeñe para él el rol que juega él en su familia, o sea, necesita siempre responsabilizar a otros de sus fracasos.

Para explicarnos por qué causa ha recaído en León el papel del "chivo expiatorio" de su familia, nos hemos formulado la siguiente hipótesis partiendo de la condición de este paciente de pertenecer a otro padre que no es el mismo que el de sus hermanos.

León es hijo de otra relación de la madre, que posiblemente es o fué vivida como más sancionada por la familia, y tal vez por ella misma.

Pareciera que la relación de pareja de la madre con el padre de sus otros hijos hubiese tenido un carácter más estable y prolongado que el vínculo que mantuvo con el padre de León, quien parecería ser consecuencia de una relación pasajera e intrascendente de la madre.

De esta manera, la presencia de León es vista permanentemente como el recuerdo viviente y relator de un episodio vergonzante que madre y abuela quisieran borrar de sus memorias, y que la existencia física de León se lo impide.

Si a ello se agrega la necesidad de la madre de justificar el origen del paciente ante sus otros hijos y de ocultar su existencia ante el padre de éstos, podría concluirse que León fué siempre un estorbo para la familia.

Su condición de "hijo clandestino" ha de haber sido algo muy determinante en su vida y su presencia ha de haber tornado muy difícil la situación familiar.

En tales circunstancias, el paciente aparece como el "arrimado" a la familia, y por consiguiente se le cargan todas las culpas.

En síntesis, dentro de un esquema de conclusiones, el sujeto parece ser el último eslabón. En otras palabras, dentro de un

contexto marginado social, económica y culturalmente, éste ocupa el lugar de más alta marginación.

Desde un punto de vista socio-económico, León pertenece a un grupo excluido, y desde un punto de vista socio-cultural, pertenece a una familia "irregular" o "casa chica", a la cual ni siquiera puede estar integrado, siendo por ello el más marginado de todos y de todas las relaciones.

Durante su infancia, León no contó con una figura paterna con la cual pudiera haber establecido una relación padre-hijo, a diferencia de sus hermanos quienes tal vez de una manera particular gozaron de esa ventaja.

Por consiguiente, habría que plantear la condición de supermarginalidad de León en el sentido que existen aquí muchas marginalidades juntas.

Con respecto a su familia, el paciente se siente excluido de un espacio que es vivido como importante.

Es probable que este sujeto se haya sentido muy débil frente al mundo, al trascender los límites de su casa.

De ahí su fracaso escolar, laboral, etc., y aunque él intente mostrar lo contrario, en el fondo ha de sentirse muy desvalido, ya que no puede estudiar ni trabajar, por consiguiente en el mundo de los hechos es un marginado.

El contenido de las alucinaciones bajo el efecto de la droga que León revela en sesión es, en su mayoría, sueños de desastre en su apariencia, cuyo lado placentero no resulta fácil de desentrañar.

La alucinación donde el sujeto ve destruirse una escuela resulta obvio que se trata de su escuela, y por desplazamiento, de su casa, ya que es allí donde lo han hecho sentirse un tonto, un inútil. Por lo tanto escuela, como casa, son lugares de fracaso.

Tal vez el lado placentero en las alucinaciones de desastre de este paciente podría encontrarse en una necesidad suya de aparecer como una especie de "héroe trágico" al que le ocurren las desgracias.

Es probable entonces que las desgracias que le suceden resulten ser un medio por el cual el sujeto acusa y transfiere culpa a los demás.

Asímismo, en el último sueño que relata, figura también como una especie de "héroe trágico", y constantemente, el sujeto aparece dentro de una historia muy trágica.

La carencia de suficientes datos no permite una explicación más precisa de qué cosa placentera tendrán esos aspectos displacenteros que el paciente reiteradamente alucina y sueña.

Como respuesta, sólo cabe mencionar la posibilidad de que este paciente tuviera una idea muy particular de que la única manera de ser importante para él, es a través de una especie de salida trágica encarnando un personaje dramático.

León encubre este tipo de situaciones en una parte muy pequeña de la realidad y las vive más intensamente en las alucinaciones y en los sueños.

Respecto a la relación del sujeto con su padrastro podría decirse lo siguiente:

1) Macario es la primera figura masculina y paterna en la vida de León que se hace cargo de él, y es quien lo asume todo. Macario es la primera figura de autoridad del mismo sexo del sujeto que empieza a imponerle ciertas órdenes y trata de ejercer cierto control sobre él, a ocuparse de él.

Por consiguiente, Macario es la primera figura masculina de autoridad con la que León debe enfrentarse, ya que ni su padre, ni el padre de sus hermanos ejercieron esta función sobre él, y por lo tanto el paciente nunca antes se había visto en una situación en la que debía enfrentarse a una autoridad paterna que le formula ciertas exigencias, y le impone ciertas normas que él debe cumplir.

Macario lo vive como hijo, lo rescata de la delegación y lo trae al Centro; en síntesis, el padrastro o tutor le da a este paciente lo que nadie le dió en su vida.

Antes de la llegada de Macario a ese hogar, León vivía en el abandono a causa de una madre ausente, y una abuela que supelemente no toleraba su presencia en el hogar.

En estas condiciones, el sujeto pasaba el día entero fuera de la casa, expuesto al ocio y a la vagancia, acostumbándose a vivir a su propio arbitrio y a regirse por sus propias normas.

La llegada de Macario a la familia coincide con el inicio de la pubertad del paciente, etapa que según una interpretación psicoanalítica, se reactualizan y luego se reelaboran todas las etapas de la sexualidad infantil en una forma mucho más caótica. El ingreso de Macario a la familia como pareja de su madre, que asume el rol de jefe del hogar, reactualiza toda la problemática edípica de León, pero lo hace de un modo muy particular porque lo hace con una figura nueva, extraña para él y en plena pubertad y adolescencia.

Por consiguiente, la llegada del padrastro, aunque significó la solución de algunos problemas básicos de León, ha de haber tenido para él un efecto chocante si se lo analiza desde el punto de vista de una competencia edípica que establece el sujeto con su padrastro, situación vivida por primera vez por él, y que ocurre precisamente durante su pubertad y adolescencia.

Es la primera vez que este paciente, acostumbrado a carecer de autoridad paterna que le ponga límites a su conducta, debe enfrentarse con una autoridad masculina, un extraño que es la pareja de su madre y que le impone ciertas normas que él debe acatar.

Considerando su pubertad y su necesidad de rebelarse, de desafiar a la autoridad paterna, más las particularidades de este caso, es posible explicarse la incompatibilidad y las dificultades entre León y su padrastro.

Lo que siente León hacia Macario es una fuerte ambivalencia afectiva. Por una lado, profesa gran afecto por él, el mismo que León hubiese querido que Macario le profesara, ya que en una de las entrevistas manifiesta proyectivamente que de sus hermanos es a él a quien Macario más quería.

Por otra parte, tiende hacia una actitud de rechazo por envidia, en la que, o se compromete con una deuda de gratitud, o lo denigra, como si no hubiera una tercera alternativa.

La hipótesis que hasta aquí cabe formularse, es que este paciente viene a consultar no porque tenga conciencia de enfermedad, sino para eludir la presión familiar por ansiedad.

2) Ante su sensación de haberle fallado a Macario pese a la ayuda recibida, León teme que como castigo o represalia y por

ser un mal ejemplo para sus hermanos, su padrastro lo expulsa de la casa, dejándolo desamparado y expuesto a la violencia del mundo exterior.

Por estar desempeñando el rol de jefe de familia, Macario se hallaría, para la fantasía de León, investido de la suficiente autoridad para tomar esta medida.

La pesadilla que el sujeto refiere en la segunda entrevista pareciera reflejar un temor de esta naturaleza si se la relaciona con el incidente relatado por éste, en el cual él atribuye una supuesta ira del padrastro a la circunstancia de haber interpretado su llamado como un grito, en el cual éste lo estaba "corriendo de la casa".

Es posible que en su intento de interpretar la conducta de Macario, León haya proyectado en éste sus propios deseos inconscientes de arrojar al padrastro del hogar.

En otras palabras, para el sujeto es el padrastro quien pensó que León lo estaba expulsando de la casa, no es León quien quería expulsarlo.

El motivo que tendría el paciente para querer que Macario se vaya podría ser precisamente la ansiedad persecutoria que le causa la idea de ser arrojado algún día por su padrastro fuera del hogar, y verse solo y desamparado en un mundo muy hostil que él no se siente capacitado para enfrentar.

De este modo, el inconsciente de León podría traducirse en la siguiente forma: "antes que él me corra a mí, quisiera yo correrlo a él".

Con respecto a la relación de León con su hermano mayor, podría postularse lo siguiente: el sueño relatado en la cuarta sesión, donde éste pareciera realizar el deseo de destruir los objetos que el hermano posee y su tendencia a perder otros que pertenecen a éste, parecieran indicar hostilidad y envidia reprimidas del paciente hacia su hermano.

León se niega a aceptar tales sentimientos, por temor a que retaliativamente el hermano llegue a rehusarse en brindarle toda la ayuda que el paciente espera de él y de quien hace depender todo su futuro.

Si éste fuera el motivo del rechazo de León, de su hostilidad hacia el hermano, estaríamos observando en él un fenómeno de confusión de realidad con fantasía, mecanismo que también León emplea en el acto de drogarse, al cual me referiré más adelante.

El hermano es para este paciente su único objeto bueno, idealizado, que puede ayudarlo y de quien él quisiera depender. En tal caso, el hermano vendría a sustituir a las figuras parentales al gratificar sus necesidades de dependencia oral primarias de las que León acusa carencia en dicha etapa evolutiva.

En el acto de drogarse, el paciente imagina ser observado por alguien del que él quisiera vengarse, causarle enojo.

Generalmente se trata de una persona de su medio que trata de imponerle normas, y que probablemente en este caso dicha persona sería el padrastro, porque el paciente se siente muy perseguido.

Al mismo tiempo, León sufriría un desdoblamiento de una parte de él que es la que se droga y denigra, y de otra que actúa como observadora de la escena, como si se tratara de otro individuo y no fuera él mismo quien se está drogando.

Existe en este paciente una doble inscripción en su inconsciente respecto a sí mismo.

De un extremo, él piensa que está hecho para grandes cosas y cree, basándose en exigencias reales que se hace a sí mismo, que puede realizar tareas y emprender cosas grandiosas sin necesidad de prepararse para ello, o tal vez requiera menos tiempo de preparación que las demás personas. Un ejemplo de ello lo constituye su plan de ingresar a un establecimiento donde podrá rendir los tres años de secundaria en un sólo año.

Cabe señalar que tal aspiración del sujeto está fuera de su realidad, más aún si se consideran los problemas que él tiene que lo incapacitan para tolerar un nivel de exigencia en los estudios que rebasan sus actuales capacidades, y que quizá tampoco podrían tolerar los alumnos comunes, que no presentan problemas de los observados en este paciente.

Tal aspiración indica la presencia de una seria patología narcisista en este sujeto.

En el extremo opuesto, León se siente un tonto, un pobre tipo, incapaz y un fracasado, por lo cual suele traducir en su "idioma" algunas de las cosas que se le dicen.

ANALISIS DE LA DESERCIÓN DE LEÓN.

En la deserción de este paciente se hallan presentes los siguientes factores que se intentarán analizar desde los puntos de vista que se verán a continuación:

1) Desde su conciencia de enfermedad.

En primer término, cabe señalar que este paciente no vino a consultar por una auténtica conciencia de enfermedad, sino para eludir la presión familiar-policia debido a un problema serio que se dió con la policía.

Someterse a un tratamiento significa estar " enfermo", condición que le permite a León rehuír toda la sanción familiar durante un tiempo. Así, logra establecer una tregua entre su familia y él, durante la cual dejan de hostilizarlo, con la expectativa de resolver el problema mientras permanece bajo tratamiento.

Siendo éste el motivo latente de consulta, podría afirmarse que este sujeto carece de una auténtica conciencia de enfermedad y por consiguiente, su probabilidad de deserción es mayor.

2) Desde su fantasía de curación.

León viene a tratamiento con ciertas expectativas mágicas de curación. Esto es, que el paciente esperaba ser curado de su drogadicción y que la terapeuta le resolviera todos los problemas que lo llevan a drogarse, pero sin que fuera necesario hablar y analizar tales problemas, lo cual implica un trabajo a realizar de su parte.

Al percatarse que su fantasía de curación no coincide con lo que significa la curación real que le propone el tratamiento, y que es

necesario trabajar e indagar los problemas que lo condujeron a consumir drogas, se derrumban las expectativas mágicas de curación de este paciente, y por rechazo resistencial a profundizar más en sus conflictos decide dejar la terapia.

3) Desde su fantasía de tratamiento.

En conexión con lo que precede, León concurre a tratamiento con la fantasía consistente en que se le impartirán "clases" en las que se le explicará, con la ayuda de un "mapa del cerebro", la magnitud del daño que produce el cemento en dicho órgano y por consiguiente, se le comunicaría el grado de deterioro sufrido por el suyo. En otras palabras, León sólo esperaba una versión intelectualizada del efecto que causa la droga en el cerebro en general, y saber cuán dañado se hallaba el suyo.

El sujeto no imaginaba que el tratamiento consistía en analizar sus conflictos, sus angustias, y sus depresiones, cuya relación con la drogadicción niega enfáticamente. Ello indica que desde un comienzo las cosas van mal.

Podría afirmarse que la terapia se inició en condiciones desfavorables, ya que en el intento de aproximación a sus problemas, el paciente se siente violentado en su intimidad, a la vez que experimenta enojo y frustración, debido a que él venía en busca de algo diferente y menos doloroso que lo que halló.

Al ver fallida una más de sus expectativas, el sujeto decide abandonar su tratamiento.

En relación con lo recién expresado, cabe señalar que ya desde la primera entrevista León le manifiesta a la terapeuta su escepticismo en cuanto a si podrá dejar la droga, y le comunica a ésta su creencia de que su cerebro está muy dañado por el tiempo que lleva inhalando cemento.

Tal comentario constituyó un anuncio prematuro de la deserción.

4) Desde la relación de transferencia con la terapeuta.

Partiendo de una cierta fragilidad en sus relaciones objetales, que ya fué mencionada en páginas anteriores, cabe señalar que

aunque el paciente no vino a consultar por una auténtica conciencia de enfermedad, sino para evitar una sanción familiar, es probable que ulteriormente se hubiera dado el inicio de una relación satisfactoria con la terapeuta, y que por motivos que se intentarán analizar a continuación, tal relación decayó bruscamente y concluyó con la deserción del sujeto.

Desde este ángulo, se observan dos factores de importancia concomitante en la deserción de este paciente:

Uno de ellos podría ser una reacción terapéutica negativa por envidia. En otras palabras, León ofrece una resistencia a la cura por envidia hacia lo que la terapeuta posee y puede darle, sentimiento que lo incapacita para experimentar gratitud.

Al hallarse impedido para agradecer, por no poseer las cosas valiosas que él anhela, cae en el extremo opuesto de minimizarlas, de devaluarlas, y omitiendo la posibilidad de otra alternativa, el sujeto hace abandono del tratamiento.

El otro factor que talvez precipitó la deserción pudo haber sido la interpretación, quizás prematura de la terapeuta, con la cual ésta trató de llevar a la conciencia de León los sentimientos de envidia y hostilidad que éste abrigaba hacia su hermano mayor.

Tal interpretación fué vivida por éste como una acusación, con la consiguiente ansiedad persecutoria de ahí surgida.

A partir de aquel momento la terapeuta se convirtió en un miembro más de su familia, que lo acusa, persigue y culpabiliza de todos los problemas que ahí surgen.

En la última sesión, el paciente relata un episodio en el cual su madre lo acusó de "desgraciar" a sus hermanos.

Llevada a la situación terapéutica, la interpretación pudo haber tenido para León el mismo significado que la acusación de la madre. Esto es, sentir envidia hacia el hermano equivale a causarle una desgracia.

Nuevamente se observa aquí la confusión de fantasía con realidad, motivo de intensa angustia para el paciente que, sumada a un temor por una supuesta retaliación del hermano mayor, consistente en su negativa de ayudarlo en el futuro, serían las causas por las que León se resiste tan persistentemente a reconocer en sí la presencia de tales sentimientos.

Con el fin de liberarse de la angustia que todo esto le produce, el sujeto hace una negación categórica de sus sentimientos, y abandona la terapia.

Por otra parte, ante la idea de no poder dejar el cemento, el paciente posiblemente siente estar fallándole a la terapeuta, quien además lo acusa de sentir envidia hacia su hermano mayor. En tal circunstancia, León proyecta su super Yo en la terapeuta y piensa que todos los reproches que él mismo se hace vienen de ésta, quien como el resto de su familia, lo reprueba y desea sancionar.

Ante el temor de exponerse a nuevas acusaciones y persecuciones, el sujeto no ve otra alternativa que desertar del tratamiento, ya que de su casa no puede irse, pero la terapia sí puede abandonarla.

5.4.3 HISTORIAL N°3.

NOMBRE: Tomás EDAD: 28 años.

OCUPACION: No trabaja. ESCOLARIDAD: Terminó 3° año de secundaria. Actualmente cursa el 1° año de Diseño y Artesanía en el I.N.B.A.

Descripción física : Tomás es un joven de desarrollo físico mediano para su edad, de apariencia normal, cuidada y bien aseada.

Motivo de Consulta

Tomás es un fármacodependiente múltiple desde hace diez años; las drogas que utiliza con más frecuencia son los barbitúricos, anfetaminas, marihuana, peyote y cemento.

El paciente dice drogarse debido a la "seriedad" de su carácter, con lo cual se refiere a un permanente estado de inhibición o bloqueo de su personalidad, que le impide ser espontáneo y desenvuelto socialmente, lo que le provoca una gran

disconformidad consigo mismo, que le resulta imposible de tolerar.

Tomás afirma que la droga lo anima, lo desinhibe y lo vuelve "alegre y conversador". Refiere que en las mañanas toma anfetaminas con el café para estimularse, y por las noches fuma marihuana con el fin de combatir el insomnio.

Dice querer dejar las drogas porque ya no le hacen efecto, y cada vez necesita ingerir una mayor cantidad.

Otros síntomas

Durante las entrevistas se evidenciaron síntomas claustrofóbicos que se manifestaron en el deseo del paciente de mantener abierta la puerta del cubículo durante el transcurso de la sesión, por sufrir una sensación de encierro y privación de la libertad.

Se dieron también referencias del paciente a tales síntomas, al expresar su desagrado por trabajar en espacios cerrados como oficinas y al afirmar que acostumbra dormir con la puerta de su habitación entreabierta, por sentirse sofocado en un cuarto cerrado.

Instrumentos

Los instrumentos manejados en este caso fueron, como en los dos casos anteriores, historia clínica y entrevistas o sesiones.

Antecedentes familiares

Tomás es miembro de una familia integrada, perteneciente a la clase baja. Su padre de 55 años de edad, con estudios de primaria, es propietario de un pequeño comercio que él mismo atiende, y como segunda ocupación es chofer de un delfín.

La madre, de 50 años de edad, no concluyó sus estudios de primaria, se dedica a las labores del hogar y también trabaja ayudando en la pequeña tienda.

Tomás es el mayor de cinco hijos. Le siguen dos hermanas: Lola y María, de 27 y 25 años de edad, respectivamente; un hermano de 18 y finalmente, una hermana de 8 años.

Lola y María están casadas, viven aparte, y son amas de casa. Ambas tienen estudios de secundaria y de secretariado.

El hermano de 18 años cursa el primer año de Ingeniería Mecánica, y la hermana menor estudia el 2º año de primaria.

Este paciente pertenece a una familia de clase baja integrada, no marginal, en la cual él es el único que se droga y responde a la antinormatividad.

Historia del paciente

De su infancia, el sujeto recuerda haber sido un niño tranquilo, sumiso, obediente y muy apegado a sus padres; refiere que ellos suelen decirle que les agradecería mucho que él se comportara ahora como acostumbraba hacerlo de niño.

Relata que su madre no le permitía salir a la calle a jugar con otros niños, obligándolo a permanecer en la casa al cuidado de sus dos hermanas menores.

Como consecuencia, Tomás dice haber perdido la atracción de salir a la calle y expresa que por tal motivo nunca llegó a tener amigos.

Comenzó a tener relaciones sexuales a la edad de 14 años, y refiere que éstas fueron siempre con prostitutas.

Afirma que ocasionalmente las ha tenido con amigas drogadictas, sin comprometerse emocionalmente con ellas, pues indica que tales relaciones tenían como único fin el de "satisfacer una necesidad".

Manifiesta que antes de habituarse a las drogas le agradaba boxear, pero desistió de ello porque debía ir a entrenar diariamente.

Dice que actualmente su deporte favorito es la natación que le gusta practicar drogado con el fin de poder sociabilizar, y conversar con otras personas en el agua; de otro modo, suele imaginar que la gente lo está mirando en el agua.

De sus padres dice que son "buena gente" y niega tener problemas con ellos. Su madre es percibida como "un poco severa", y señala que su padre suele regañarlo, a veces, a causa de su drogadicción.

Sin embargo, el sujeto relata algunos episodios de mucha agresión y violencia ocurridos entre él y su padre, que revelan los graves problemas que se han suscitado entre ambos durante su relación.

Tomás refiere que en una ocasión su padre lo acusó de estar "matando moralmente" a él y a su madre, y que esa vez él le respondió que en tal caso se estaría matando a sí mismo.

Manifiesta que nueve años atrás su padre lo culpó de haberle causado a su madre una complicación en el parto, que trajo como consecuencia la muerte de la criatura que estaba por nacer.

Su padre le manifestó que la complicación surgida se debió al profundo malestar que su madre había sentido al enterarse que él se hallaba detenido.

Cabe señalar aquí que, en opinión de algunos autores, el sentimiento de culpa en los adictos es algo tan intolerable que frecuentemente constituye una motivación muy fuerte para la adicción. Su ansiedad se les vuelve tan insostenible que tienen que re proyectarla o negarla, por lo cual recurren a la droga con el objeto de liberarse de ella.

Tomás relata que en aquella ocasión él había salido temprano de su casa, ignorando totalmente que un poco más tarde su madre partiría al hospital a dar a luz. El mismo día Tomás fue detenido por la policía, junto con un amigo, por haber sido sorprendidos comprando drogas.

Cuando el paciente se comunicó con su padre y le pidió concurren a la delegación para liberarlo, éste último se negó rotundamente y acusó a su hijo de ser el causante de la dificultad que motivó el fallecimiento de la criatura.

El sujeto refiere que en aquella ocasión fue liberado gracias a la intervención de los padres del amigo, quienes pagaron para obtener la libertad de ambos.

Una vez libre, Tomás se dirigió inmediatamente al hospital a ver a su madre, donde pudo comprobar que ella ignoraba todo lo referente a su detención, y que la complicación surgida en el parto, con todas sus consecuencias, había tenido otras causas que nada tenían que ver con las acusaciones gratuitas que le había hecho su padre.

Lola es la única de los hermanos con la que Tomás dice llevarse bien, pues con los demás no habla; dice que debido a su buen carácter, sociable, alegre y suave, ella se lleva bien con todos. Relata que desde niños ambos fueron muy unidos y por eso él se ha entendido mejor con ella que con los otros hermanos.

A la edad de diecisiete años y cuando aún no se drogaba, Tomás refiere haber golpeado violentamente a Lola en la calle al ver a ésta, por primera vez, en compañía de su entonces novio y actual marido.

Dice haberlo hecho por celos, y porque el novio de su hermana no le agradó. Afirma que éste y su hermana se casaron cuatro años más tarde y que actualmente su cuñado ya no le cae tan mal.

El día en que Lola contrajo matrimonio, Tomás se presentó a la boda completamente drogado, debiendo ser llevado por su padre fuera del lugar del festejo.

En su vida amorosa, el paciente manifiesta haber tenido algunas relaciones que él considera superficiales y que fueron de corta duración.

Refiere que nunca estuvo enamorado de ninguna de sus novias, las que solían agradaarle al comienzo, pero pronto se cansaba de ellas y las dejaba.

Otras veces, ellas solían dejarlo a él y generalmente la relación terminaba por motivos insignificantes.

Tomás afirma que en ocasiones cree haber sido muy "machista" y haber manifestado enojo e impaciencia por tener que esperar a sus novias cuando iba por ellas.

Refiere que en una ocasión, al mudarse una novia a otra colonia, él dejó definitivamente de hablarle por teléfono y de ir a verla por considerar que le quedaba muy lejos, rompiéndose así el noviazgo entre ambos.

Finalmente, el sujeto declara que nunca ha querido exponerse a sufrir un rechazo, y por consiguiente, antes de pedirle a una muchacha que sea su novia, trataba de averiguar previamente si él le caía bien a ella y si gozaba de su simpatía.

Relata que aproximadamente ocho o nueve años atrás tuvo un intento de suicidio ingiriendo 40 benzedrinas y 15 optalidones que le causaron un "derrame" cuya naturaleza el sujeto no precisó, y manifestó que el trastorno logró ser controlado y por consiguiente pudo restablecerse.

Tomás atribuye ese intento de suicidio a la actitud que tuvo un tío hacia él, que al verlo drogado en la calle lo increpó duramente y le dijo que él "no servía para nada".

Finalmente, la historia de este paciente registra dos internamientos en el Hospital Fray Bernardino Alvarez, de un mes de duración cada uno, ocurridos aproximadamente cuatro o cinco años atrás por alucinar sin drogas.

Tomás refiere que en ambas ocasiones recibió un tratamiento de desintoxicación al cabo del cual fué dado de alta.

Es posible que los dos internamientos en el Fray Bernardino se hayan debido a una psicosis tóxica, ya que el paciente refiere que en las dos ocasiones lo desintoxicaron.

De su historia se registran varios episodios que denotan en Tomás serios problemas con la autoridad.

A pesar de ellos, el paciente no está integrado actualmente a ningún grupo marginal, y por consiguiente no es pandillero ni delincuente.

Podría postularse que Tomás presenta una identidad negativa asumida y no impuesta, y que su decisión constituye un acto de rebeldía y de protesta contra las normas impuestas por su padre. Sin embargo, podría afirmarse que este paciente no es un sujeto marginal desde el punto de vista sociocultural, aunque responde a la antinormatividad porque tiende a aislarse y no está integrado a ningún grupo marginal que ofrezca otra alternativa de vida.

Antecedentes escolares

El paciente explica que en la escuela tampoco fué sociable y que más bien tendía a aislarse de sus compañeros, que con frecuencia lo agredían.

Expresa que en ocasiones llegaba a sentir miedo de quedarse solo en la escuela, y solía pedir a sus padres que se quedaran a su lado.

Manifiesta que su hermana Lola, que ingresó junto con él al colegio, lo defendía a veces de los ataques de sus compañeros, y cuenta que también lo hacía otro niño a quien Tomás ayudaba en los estudios.

El sujeto refiere que igualmente, su rendimiento escolar y el de Lola eran muy bajos, y relata que ambos eran "burros".

Afirma que durante su pubertad tampoco fué muy sociable, aunque solía asistir a las kermesses de la escuela.

Expresa que al finalizar la secundaria tuvo la intención de continuar sus estudios en la preparatoria, porque según Tomás "allá se echaba más relajo", pero no fué admitido por insuficiente puntaje.

Fué así como el paciente ingresó a la Escuela Vocacional, que abandonó durante el primer semestre por haber caído en la drogadicción.

Refiere no haber elegido una carrera por no saber lo que quería, y por consiguiente, nunca intentó elaborar un proyecto de vida con objetivos definidos en tal sentido.

Cabe señalar aquí el inmediatez como rasgo importante en la personalidad de los adictos. Así, su dificultad para manejar el tiempo los lleva a una serie de situaciones tanto en la escuela como en el trabajo, marcadas por tal impedimento

Antecedentes laborales

Posteriormente a su retiro de la escuela vocacional, aprendió durante un año el oficio de mecánico de banco, al cabo del cual consiguió ocuparse en el taller de un tío. Pasado un tiempo,

Tomás dejó el trabajo a causa de la aversión que dice tener de trabajar en espacios cerrados.

En 1972 ingresó al ejército para seguir la carrera de soldado, y fué enviado en aquella ocasión a la zona del estado de Guerrero.

Durante su permanencia en ese cuerpo, refiere haber cometido graves faltas a la disciplina, tales como haberse fugado a Acapulco donde solía pasar varios días embriagándose en compañía de prostitutas.

Refiere que frecuentemente era enviado junto con otros compañeros a quemar plantíos de marihuana, y que ahí mismo se hallaban los locales donde almacenaban la marihuana prensada. Por consiguiente, le resultaba muy fácil sacar de allí la cantidad de droga que quisiera y usarla con frecuencia por disponer de ésta en forma ilimitada.

Al cabo de dos años, Tomás fué dado de baja del ejército por sucesivos arrestos debidos a la desobediencia y rebeldía en contra de sus superiores.

De regreso al Distrito Federal, supuestamente en 1974, Tomás volvió a su trabajo en el taller del tío y relata que seis meses después, cinco años y medio atrás aproximadamente, fué atropellado por un carro o camión mientras caminaba por la calle estando bajo el efecto de una alta dosis de drogas.

El paciente ignora todos los detalles relacionados con el accidente debido al estado inconsciente en que se hallaba cuando éste se produjo, y refiere que en aquella ocasión permaneció internado en la Cruz Roja en estado de coma durante ocho días. Indica haber sufrido una fractura del fémur, pero que la gravedad de su estado se debía a lo que Tomás denominó "un coágulo de grasa atravesado" que le impedía respirar, y que por tal motivo fué necesaria una intervención que según él, consistió en una "incisión en la faringe".

Considerando estos antecedentes, es probable que el diagnóstico médico hubiese sido el de una embolia pulmonar y como consecuencia, se le hubiese practicado una traqueotomía debido a las dificultades respiratorias que presentaba.

Como resultado de este accidente, Tomás tuvo una convalecencia de seis meses durante los cuales manifiesta haber permanecido en la casa, y por consiguiente haberse abstenido de consumir drogas.

Refiere que no deseaba salir a adquirirlas pues le molestaba la idea de ser visto caminando en la calle con muletas.

Una vez restablecido, Tomás regresó a su trabajo en el taller y recayó en la drogadicción. Al cabo de dos meses dejó nuevamente el taller y se fué rumbo a la sierra de Oaxaca a consumir hongos alucinógenos.

Después de una permanencia de tres meses en una comuna de "hippies", el sujeto retornó al Distrito Federal.

RASGOS DE CARACTER

Tomás es un sujeto tímido y temeroso en su contacto interpersonal. Tiende a ser parco al hablar, observándose un ligero temblor en su voz que denota cierto nerviosismo.

Impresiona como un individuo socialmente retraído, en cuyo estado de ánimo parece predominar el humor depresivo.

No se advierte en su carácter tendencia a exteriorizar en forma manifiesta su agresividad, ni demuestra ser un sujeto activo y con iniciativa. Más bien fué posible observar una inhibición general de su personalidad, en la que su pasividad y agresividad latente juegan un importante papel.

La temática central de Tomás es "las drogas", como si ellas fueran el eje alrededor del cual gira su vida e intereses y no existieran en el mundo otras cosas para él.

Tomás vive con las drogas y para drogarse, observando una cierta voluptuosidad en su relación con ellas.

En términos generales, Tomás ha logrado establecer un vínculo con las drogas, semejante al que se desarrolla con las personas, o sea, ha llegado a personificarlas o a tratarlas como si fueran personas.

Cabe señalar el carácter negador de este paciente, sobretodo en lo relacionado con su problemática emocional de la cual se defiende mediante este mecanismo.

Tomás niega haber tenido dificultades en su infancia, pese a que todos los hechos narrados sobre aquella etapa de su vida revelan serios trastornos psíquicos padecidos por él durante su niñez.

Asimismo, niega el carácter insatisfactorio de sus relaciones con sus padres, pero relata episodios en los que se le ha culpado, sin base real, de ser el causante de muertes y enfermedades en la familia.

El paciente niega la existencia de una relación entre lo que él llama "seriedad de su carácter" y sus problemas emocionales, que afirma no poseer, atribuyendo tal "seriedad" al hecho de que "él es así". Finalmente, tiende a rechazar en un comienzo, la idea de una posible conexión entre tales problemas y su drogadicción.

Problemática actual

A pesar de no poder trabajar, de haber sufrido numerosas detenciones por la policía por haber sido sorprendido comprando drogas, y a pesar de otras complicaciones en que se ha visto envuelto por su adicción, pareciera que la problemática central de Tomás girara solamente en torno a su fuerte resistencia a dejar las drogas, y a la enorme presión que su familia ejerce para que renuncie a ellas.

Aunque Tomás niega tener dificultades con su familia, se mantiene marginado de ella, permaneciendo aislado en su cuarto con el fin de eludir todo contacto con los miembros de su grupo familiar. Así logra evitar los innumerables reproches, burlas y humillaciones de las que ha sido y sigue siendo objeto de parte de su familia, a causa de su drogadicción.

Finalmente, Tomás se resiste a dejar las drogas porque renunciar a ellas le representa volverse retraído, sumiso, temeroso, condición que se le hace imposible de tolerar.

Diagnóstico de fármacodependencia:
Multifármacodependiente. Grado 4. Disfuncional.

Evolución

Se inició un tratamiento de orientación psicoanalítica, con un encuadre de dos sesiones semanales de 50 minutos de duración cada una.

Desde un comienzo se observó en Tomás el afán de extenderse ampliamente y de abordar sólo el tema de las drogas, negando tener problemas emocionales relacionados con su drogadicción.

En un fragmento de la segunda entrevista el paciente manifestó no haber tenido problemas durante su infancia, y que la "seriedad" de su carácter sólo se debe a que él "es así". La terapeuta le comunica su impresión de que él parece haber sido un "niño triste".

El sujeto relata algunos episodios de su infancia, vistos en el apartado correspondiente a la historia del paciente, que corroboran la impresión de la terapeuta, quien le señala que su retraimiento y los demás hechos que él ha narrado bastan por sí mismos para sostener que él tuvo una niñez difícil y con muchos problemas.

En la entrevista siguiente, el sujeto dice soñar que frecuentemente posee muchas drogas y que se siente muy contento por tal motivo.

Otras veces manifiesta tener sueños persecutorios en los que suele ser detenido por la policía, sintiendo mucha angustia hasta el momento de despertar.

En un fragmento de esta entrevista, después de relatar algunos hechos de su adolescencia, su inicio en la drogadicción, su vida laboral y fracaso en el ejército (ver apartado correspondiente a la historia del sujeto), Tomás refiere el episodio de un padecimiento de suma gravedad sufrido a raíz del atropello del que fué objeto por andar drogado en la calle.

Al relatar que, debido a una convalecencia de seis meses durante la cual permaneció en la casa y no sintió necesidad de drogarse, la terapeuta le sugiere que al parecer cuando él se encuentra en la casa, atendido, y no debe enfrentarse a responsabilidades externas, no le hacen falta las drogas.

Respondiendo a este comentario, Tomás manifestó carecer de responsabilidades por no tener mujer ni hijos.

Poco antes de finalizar esta entrevista, la terapeuta le señaló que al salir tan drogado a la calle y al no estar consciente de lo que ocurre a su alrededor, fué como atentar contra su propia vida por haberse expuesto a la muerte.

Como respuesta a lo expresado por la terapeuta, el sujeto afirma que para él la vida no tiene objeto y que él tiene la culpa de todo lo que le ocurre.

Cabe señalar aquí que la frase "yo tengo la culpa" no es usada por su significado simbólico, sino como una cosa concreta. Desde Tomás, culparse a sí mismo es una manera de mantener el diálogo con la terapeuta, pero no representa lo que él piensa; es sólo una forma de decir.

Las palabras valen para el sujeto por ser una cosa concreta y una forma de aplacar o de calmar a la terapeuta.

La historia de este paciente revela un gran problema con la autoridad, que lo impulsa a la indisciplina y a la rebeldía.

En la cuarta entrevista Tomás sigue manteniendo una actitud defensiva y negadora. Al inicio de ésta se observó que este sujeto desconfía de la honestidad y posibilidad de las instituciones para rehabilitar a los adictos, preguntando si en los C.I.J. al igual que en A.A. se le solicita al paciente una donación en dinero al término del tratamiento. Afirma saber que después de un breve período de mejoría, los sujetos que salen de esta última institución recaen nuevamente en el alcoholismo.

Tomás se muestra escéptico con respecto a sus posibilidades de dejar definitivamente la droga y sostiene que, aunque mejore, se tomaría un frasco de pastillas si llegaran a ponérselo delante de él.

A continuación, el sujeto afirma no creer en la hipnosis como tratamiento para la drogadicción, porque ninguna persona puede curarse por el sólo hecho de recibir una orden de no tomar drogas. En otro fragmento de la misma sesión, Tomás afirma ser rebelde con la autoridad y haber hecho cosas a sabiendas que tendría un castigo. Sin embargo, no por ello dejó de hacerlas.

Cabe marcar aquí un ejemplo de la compulsión de este sujeto a violar las normas a pesar del castigo que le espera, porque para él la violación de las normas y ser castigado es algo que le refuerza su identidad.

La terapeuta le manifiesta que tal vez esta actitud lo hace sentirse mejor, y que ello podría tener que ver con algún deseo infantil de rebelarse en contra de sus padres; el sujeto niega tener este deseo.

Pareciera que el constante afán de Tomás de negarlo todo obedeciera en parte a un afán de contradecir a la terapeuta como manera de rebelarse en su contra. Sus frecuentes negaciones impresionan como intento de autoafirmarse, que el sujeto realiza con el fin de superar un fuerte sentimiento de inferioridad que él padece durante la relación terapéutica.

En un fragmento posterior de la misma sesión, donde la terapeuta le indica a Tomás que su tristeza se le hace difícil de tolerar, y que le crea disconformidad consigo mismo por lo cual se droga para no sentirla, éste responde nuevamente en forma defensiva, negando ser tan triste ya que recurre a la droga para alegrarse y que una vez drogado, él cambia radicalmente y se vuelve eufórico.

Poco antes de finalizar la sesión el paciente afirma estar en desacuerdo y en contra de la sociedad, y manifiesta querer irse a vivir solo a un bosque, sin comunicarse con nadie y donde sólo pudiera alimentarse de la vegetación natural que allí encuentre. Tomás reitera su deseo de "no pertenecer a la sociedad".

La terapeuta le interpreta que por algún motivo, él quisiera estar lejos del medio social que lo rodea.

Después de una pausa, el sujeto refiere que al ingerir hongos suele verse a sí mismo simultáneamente en dos lugares diferentes. Manifiesta verse en su casa, y a la vez se ve solo en la montaña.

Durante la quinta, sexta y séptima sesión, Tomás habla de las relaciones con sus padres y sus hermanos y relata episodios de su historia. (Ver apartado correspondiente). El paciente se muestra más conversador, espontáneo y su discurso es más fluido.

En un fragmento durante la quinta sesión, cuando Tomás relata su inicio en la drogadicción (ver apartado correspondiente), la terapeuta le comenta que durante el noviazgo de su hermana Lola fué cuando él cayó en la adicción, y le señala que podría existir una relación entre ambos hechos.

En un fragmento de la sexta sesión el paciente refiere estar tomando "Ativan" recetado por el entonces psiquiatra de la institución, y que ha dejado de tomar las demás drogas, con la excepción de un "toque" de marihuana que se da antes de dormir.

En la séptima sesión Tomás presenta un buen semblante, y se observa más preocupado de su apariencia externa, advertida en su forma de vestir más cuidadosa.

Al término de esta sesión, la terapeuta le comunica que a partir de la próxima semana podría darle una sesión más, semanalmente, y le consulta si él estaría de acuerdo con tal medida. El paciente acepta; sin embargo, a partir de esta sesión deja de asistir durante varias sesiones consecutivas.

Nota: casualmente, la terapeuta se encuentra con el padre del paciente en el Centro, quien al parecer asistía al Grupo de Orientación de Padres, y en aquella ocasión éste le expresó que Tomás había conseguido un trabajo que le impedía concurrir a las sesiones. No obstante, solicitó se le diera una cita al sujeto.

La terapeuta le respondió que no era conveniente citarlo sin consultarlo previamente, ya que tal cita debía ser hecha sólo por voluntad del paciente.

En tal ocasión el padre manifiesta sentirse impotente, e impacientarse con Tomás debido a que no halla qué hacer con él.

Posteriormente, la terapeuta le envía un recado telefónico al sujeto por medio de la secretaria, proponiéndole una entrevista con el fin de platicar acerca del motivo por el cual él no puede venir.

Al parecer, como consecuencia de la llamada telefónica, Tomás se presenta a la sesión en la cual afirma estar inhalando cemento porque no le resulta tan caro.

La terapeuta le sugiere que tal vez uno de los motivos de su alejamiento de la terapia pudo haber sido la proposición de aumentarle las sesiones semanales, lo cual implica un vínculo más estrecho con ésta, lo que a él le causa temor.

Tomás expresa que también dejó de asistir a la escuela porque no le agrada el trabajo con vitrales, y no le fué posible cambiarse de taller.

El sujeto afirma que le agrada dibujar, y que bajo el efecto de las drogas suele pintar animales como leones, dragones, aves, etc. También suele dibujar árboles, flores, pasto, y que al contemplar sus dibujos en estado de sobriedad no cree haber sido él quien los pintó.

Refiere que su color preferido es el verde porque le recuerda la "madre naturaleza", ya que a él le agrada estar aislado y en contacto con ella.

Afirma que "la civilización destruye la naturaleza con su smog", y que él se considera un ermitaño porque quisiera irse a la sierra a trabajar la tierra con una pala, respirar aire puro y sentirse libre de la sociedad.

La terapeuta le sugiere que él quisiera aislarse del medio que lo rodea y alejarse de la gente porque ese medio en que vive no lo ha comprendido y lo rechaza.

Tomás afirma que él nunca ha pedido nada a la sociedad, ni tampoco ha querido dinero ni riquezas, y agrega que él no hace daño a nadie.

La terapeuta le sugiere que tal vez él ha sentido que la sociedad lo rechaza por ser diferente a la mayoría de las personas que conforman el medio en que él vive.

Tomás prosigue diciendo que la sociedad es "hipócrita" porque miente, y que hay mucha gente que se droga a escondidas. El en cambio, no miente porque lo hace a la vista de todos.

En seguida manifiesta que la policía trata muy mal a los drogadictos.

La terapeuta le sugiere que tal vez para él, los que trabajamos en este Centro somos representantes de la sociedad porque al querer curarlo de su drogadicción tratamos de "adaptarlo" a una sociedad que a él no le agrada.

En un fragmento posterior de la sesión, la terapeuta le pregunta cómo se imagina a sí mismo sin drogas.

Tomás responde que se sentiría mejor y que le agradaría irse al campo solo, a trabajar la "madre tierra", y que no le atrae la ciudad, pues le gusta sentirse libre y no encerrado como en una prisión.

Más adelante, la terapeuta le manifiesta que quizá en la sala de sesiones también se siente encerrado debido a que la puerta se encuentra cerrada, y le propone abrirla si así él lo desea. Tomás responde que ello no le molesta porque la ventana está abierta. (Cabe señalar que el cubículo es bastante amplio y espacioso como para sentirse sofocado).

La ventana abierta significa para este paciente que puede escapar por allí en caso de asfixiarse en el vínculo con la terapeuta, y por tal motivo hay aún escapatoria para él.

En el fragmento final de la sesión la terapeuta intenta explicarle que ella no pretende transformarlo para "adaptarlo" a la sociedad, sino lograr que él pueda llegar a sentirse bien, sin necesidad de consumir drogas ni estar esclavizado a ellas.

La terapeuta agrega que él es libre para decidir sobre su vida, y si desea seguir dependiendo de las drogas, o no.

Tomás llega a la sesión siguiente con bastante anticipación, y su apariencia externa se observa mejorada en relación a su arreglo personal.

En esta sesión el sujeto afirma que le gusta leer sobre espiritismo y sobre "invocación del diablo donde se le pide conceda deseos".

En esta ocasión el paciente trae una carpeta con dibujos, a petición anterior de la terapeuta.

En tales dibujos predominan los animales mitológicos y prehistóricos, los quetzales y los dragones.

En relación a un dibujo que según el sujeto representa al "diablo dominando al mundo", sostiene que es lo que él piensa al respecto. Aunque él nunca ha visto al diablo, cree en su existencia.

En un fragmento posterior de la sesión, Tomás expresa la fuerte agresión que siente hacia su medio social, diciendo querer que

toda la gente se muera y que se extinguiera la Humanidad, porque "toda la gente es mala e hipócrita".

En relación con esto último, Tomás refiere que su padre lo regaña con frecuencia por salir a la calle drogado y expuesto a la vista de todos.

Por tal motivo, le recomienda se drogue en la casa o en algún lugar donde nadie lo vea, ya que él quisiera evitar los frecuentes reclamos que le presentan sus vecinos por permitir tal conducta a su hijo. El paciente refiere haberle contestado a su padre que él no tiene por qué esconderse ya que no le hace daño a nadie ni le pide dinero para comprar drogas.

Sin embargo, los vecinos vienen a quejarse ante su padre de que el sujeto "pervierte a otros jóvenes" al exhibirse drogado ante ellos.

En un fragmento posterior de la entrevista Tomás muestra a la terapeuta sus brazos que presentan diversos tatuajes, entre ellos una cruz svástica.

Más adelante, y casi al finalizar la sesión, el paciente verbaliza más aún su agresividad manifestando que los nazis hicieron bien en matar a los viejos y a la gente inservible.

Estos últimos serían, para él, "los inválidos, los tontos los enfermos y los viejos".

En la sesión siguiente, que es la décima sesión, Tomás se presenta puntualmente y manifiesta su deseo de mantener la puerta abierta.

Dice haberse sentido bien porque ha tenido mucha droga, y que se ha pasado en la calle drogado.

Manifiesta que suele tener pesadillas en las cuales lo llevan los agentes y que se halla en la cárcel. Agrega que a veces alucina con estar al aire libre.

La terapeuta le señala que su deseo de mantener la puerta abierta lo remite a sus vivencias carcelarias pasadas, pero al mismo tiempo también tiene que ver con su temor de quedar encerrado y aprisionado dentro del cubículo sin poder liberarse.

Un poco más adelante, dice tener una relación con una muchacha que también es drogadicta, que son novios, pero

que no existe un compromiso de fidelidad entre ellos ya que ambos son libres para salir con otras personas.

Afirma que tienen relaciones sexuales, pero que éstas sólo tienen por objeto satisfacer su necesidad y que ella le agrada porque está en su misma "onda" y piensa igual que él.

En un fragmento posterior de esta sesión, Tomás refiere que cuando alucina percibe mejor los colores, y ve en el cielo círculos de colores diferentes: rojo, verde, anaranjado, violeta y café.

La terapeuta le pide asociaciones con los diferentes colores con los que él alucina, y el sujeto manifiesta que relaciona el rojo con la sangre, con el diablo y con la maldad. También lo asocia con el sol al atardecer, porque éste se pone rojizo.

El color anaranjado lo asocia con las flores y la naturaleza.

Posteriormente, la terapeuta comenta que su afición a los colores podría tener que ver con una necesidad de afecto, pero que también revelan la presencia en él de una fuerte agresividad hacia el medio que lo rodea, que él percibe como diabólico y dominado por la maldad.

Después de un silencio, Tomás responde que en su casa lo consienten mucho para que no tome droga.

La terapeuta le señala que a pesar de que lo consienten, no lo toman en serio, lo hostilizan, y no le dan el apoyo que él necesita, situación que él viviría como una falta de afecto. La terapeuta agrega que tal vez él encuentra en las drogas el bienestar que su familia no le da.

Tomás prosigue diciendo que los padres "suelen mentirle a uno cuando chico" y hablarle de la existencia de los "Santos Reyes Magos". Refiere haberse sentido muy decepcionado y que le "chocó" mucho cuando descubrió que estos seres no existían. A este respecto, el paciente dice lo siguiente: "¿por qué desde un principio no le dicen la verdad a uno?"

Manifiesta que sus padres son muy católicos y que cuando él era niño trataban de forzarlo a concurrir a misa, pero él nunca quiso ir porque no es religioso.

Reitera además la hipocresía de la gente, porque suelen aprovechar el feriado de la Semana Santa para salir a divertirse

y no respetar el carácter religioso de la festividad. (Cabe mencionar que esta sesión se efectuó en vísperas del feriado de Semana Santa).

Posteriormente, y poco antes de finalizar la sesión, la terapeuta le consulta a Tomás si desea seguir asistiendo y éste responde afirmativamente.

Se le informa que el jueves próximo no habrá sesión, porque el Centro permanecerá cerrado debido a la festividad de Jueves Santo, y que se le atenderá el día correspondiente de la próxima semana. Al retirarse, Tomás se despide en un tono que refleja cierto disgusto.

A este respecto cabe formularse las siguientes reflexiones:

1) La referencia a que los padres suelen engañar a los niños al hablarles de la existencia de los Reyes Magos; el reclamo que Tomás hace a ellos, quienes desde un comienzo no le dijeron la verdad, circunstancia que él recuerda como muy "chocante" y decepcionante al descubrir la mentira.

Esto, traducido a la relación de transferencia, revela que inconscientemente el paciente piensa que también la terapeuta lo quiere engañar haciéndole creer que él podrá dejar las drogas, y que sin ellas vivirá mejor. En el inconsciente de Tomás tal afirmación equivale a creer en la existencia de los Reyes Magos.

Su escepticismo basado en sus experiencias infantiles, lo lleva a dudar de la terapeuta y a temer nuevas decepciones que en su fantasía tendrían efectos desastrosos que él quisiera evitar alejándose del tratamiento, y reclamando que desde un comienzo la terapeuta debiera decirle la "verdad", que él ya no tiene remedio.

2) Al manifestar que desde niño había sido forzado por sus padres a ir a misa, debiendo hacerlo contra su voluntad debido a que nunca fué religioso, Tomás revela inconscientemente a la terapeuta que también él asiste a tratamiento sólo por presión familiar y en contra de sus deseos, ya que él no cree que podrá dejar las drogas.

3) Finalmente viene su reproche a la institución y a la terapeuta, que utilizan la festividad de Jueves Santo como pretexto para no trabajar y "divertirse" ese día, en vez de atender a los pacientes. El paciente no se presentó a las dos sesiones siguientes, y posteriormente acude a la cita un día después del que le correspondía.

Por consiguiente no fué atendido, y se le indicó el día en que debía concurrir a su próxima cita, a la que Tomás no se presentó. El sujeto acude a la 11ª sesión, que se efectúa a puertas abiertas.

En esta ocasión, Tomás refiere sus dos internamientos en el Hospital Fray Bernardino Alvarez (ver apartado correspondiente a la historia del paciente).

El paciente se presenta a la sesión siguiente, que también se lleva a cabo con la puerta del cubículo abierta.

Cabe señalar que últimamente Tomás entra a la sala de sesiones sin cerrar la puerta, y se dirige a tomar asiento.

Hasta la sesión presente, la terapeuta intentaba hacerle notar su conducta con el propósito de interpretarla.

Pero tal señalamiento era decodificado por el paciente como un reproche de la terapeuta por su descuido, y consiguiente orden de cerrarla.

Tomás solía disculparse por su olvido y de inmediato se dirigía hacia la puerta para cerrarla, creyendo que ése era el deseo de la terapeuta.

Aunque esta última trataba de darle a entender que su mención de la puerta abierta tendía más bien hacia una explicación de este olvido, y no a una orden de cerrarla, Tomás persistía en esto último deshaciéndose en disculpas, y dirigiéndose sumisamente a la puerta intentaba cerrarla.

Al ver que el paciente entraba a la sala de sesiones sin cerrar la puerta, la terapeuta se lo hacía notar preguntándole si lo prefería así.

En las últimas sesiones Tomás respondía con franqueza que deseaba mantener la puerta abierta, porque sentía temor al encierro.

A partir de tal afirmación, la terapeuta optó por abstenerse de cualquier comentario al dejar el paciente la puerta abierta, ya que previamente ésta le había interpretado tal conducta como un temor a quedar aprisionado en su relación con ella.

En un fragmento de la sesión Tomás manifiesta sentir insomnio, y que al pasar el efecto de las anfetaminas se siente deprimido.

El sujeto no se presentó a la sesión siguiente, pero acude a la sesión subsiguiente.

En ésta afirma seguir tomando anfetaminas, pero en menor dosis.

Refiere no haber ido a la escuela por falta de deseos, a la que le agrada ir drogado porque así se siente más motivado.

La terapeuta le pregunta si también faltó a la última sesión porque no tenía deseos de venir.

Tomás refiere estar tomando Tryptanol que le prescribió el psiquiatra, medicamento que le causa somnolencia y que el día en que debió concurrir a la cita se quedó dormido.

En un fragmento posterior de la sesión el paciente dice tener amistad con una muchacha alemana que conoció en la escuela, con la que se lleva bien, que también fuma marihuana, se siente a gusto con ella y suelen reunirse a fumar juntos.

Expresa que la muchacha es hija de un diplomático alemán, y que vive en una casa en Las Lomas.

Refiere que en una ocasión ella lo invitó a una fiesta que dió en su casa, a la cual él asistió, pero no se sentía bien allí.

Relata que había mucha gente rica, que la casa era muy elegante, había marihuana, que la fiesta estaba alegre, pero que él se sentía fuera de lugar en ese ambiente debido a la marcada diferencia de clase social que percibía entre esa gente y él.

Manifiesta que la muchacha es una "güera" bonita, que habla alemán, inglés, y regularmente el español. Por tal motivo, ambos solían juntarse. El le enseñaba español y ella, algunas palabras en inglés. Tomás relata que así empezó la amistad entre ambos.

Refiere que la muchacha lo invitó al cine y lo citó en un teatro, pero el sujeto manifiesta dudosamente que no acudirá a la cita porque no tiene deseos de ir, y expresa que la relación con esta

muchacha es un "imposible" debido a la diferencia de clases sociales que los separa.

Previamente dijo que la muchacha le contó que tenía muchos problemas en su casa, con sus padres, que desean enviarla de regreso a Alemania y que ella se resiste a tal idea.

La terapeuta le manifiesta que tanto con ésta, como con otras muchachas, él siente temor de involucrarse emocionalmente en una relación.

El sujeto no se presentó a la sesión siguiente, acudiendo a la subsiguiente. Desafortunadamente, por razones imprevistas y de emergencia de orden familiar, la terapeuta se comunicó con el Centro notificando que le será imposible concurrir ese día a la institución.

Tomás no se presentó a las dos sesiones siguientes, y por las disposiciones vigentes en el Centro, la secretaria se comunicó nuevamente con el paciente recordándole su cita.

El sujeto se presenta puntualmente y al entrar deja la puerta abierta, sin comentario alguno de la terapeuta.

Esta última se excusa por su ausencia de la vez pasada en que le fué imposible asistir al Centro.

Tomás refiere que no había venido porque fué detenido por la policía, por haber sido sorprendido inhalando cemento en la calle, y que recién el día anterior salió en libertad.

Expresa que durante dos días permaneció solo en un separo, y que después lo llevaron a una celda junto con delincuentes comunes.

Refiere que mientras se hallaba en el separo solamente pensaba si lo llevarían a un reclusorio, y si lo condenarían por un largo tiempo.

Manifiesta que estar en la "celda 4" significa estar más acompañado, aunque los compañeros de celda suelen desanimarlo por las cosas que dicen.

Sostiene que no le gusta estar encerrado, ni siquiera en el cubículo, y por eso prefiere sesionar con la puerta abierta.

Afirma que lo soltaron porque no había ningún otro cargo en su contra.

En un fragmento posterior de la sesión Tomás dice tener dos novias, sin mantener compromiso con ninguna de ellas.

La terapeuta le reitera que su renuencia a comprometerse en alguna relación es por temor a establecer un vínculo emocional estrecho con otra persona, y agrega finalmente que por tal motivo, él no se compromete en una relación de tratamiento porque teme vincularse emocionalmente con la terapeuta.

A partir de esta sesión, Tomás deja de asistir a tres sesiones consecutivas. Al comunicarse la secretaria con el padre del sujeto, éste le informó que el paciente había conseguido un trabajo, pero que le recordará su próxima cita, a la cual éste no se presentó.

Nota: cabe señalar que la deserción de Tomás coincide con la deserción de su padre del Grupo de Orientación de Padres del Centro.

Discusión

Por su condición de fármacodependiente múltiple, cuyo rendimiento se halla subordinado al empleo de drogas, podría afirmarse que este sujeto se encuentra en un estado de extrema dependencia oral, que se define no por el simple hecho de ingerir drogas, sino por la idea que él tiene de no poder hacer nada sin ellas. Así, Tomás se siente incapaz de desarrollar por sí mismo una actitud diferente hacia su medio social y requiere de un auxiliar externo, de las drogas, para lograrlo. El paciente expresa que sólo con la ayuda de éstas él consigue modificar la "seriedad" de su carácter, término que para él posee el significado de ser muy retraído, muy temeroso, lo que en otras palabras equivale para él ser "pendejo".

Bajo el efecto desinhibitorio de las drogas, Tomás logra alejar estas sensaciones tan penosas, a cambio de otras mucho más gratificantes que le permiten sentir que él puede manejar el mundo.

La historia infantil de Tomás revela que, por alguna causa, fué condicionado por sus padres a ser un niño muy sumiso, dependiente, improductivo, "que no fastidia", y éste habría sido

el molde en el cual se forjó su futura "seriedad". Vale decir, su carácter retraído, "tonto", de quien todos se burlan, a quien todos molestan y tratan de agredir, disminuyendo considerablemente su autoestima.

Ante tal circunstancia, y desde su subjetividad, el sujeto ve sólo dos alternativas: una sería seguir siendo ese ser "tonto", sumiso, que debe vivir bajo la protección de sus padres y carecer de una identidad, y la segunda sería ser drogadicto, condición que desde su perspectiva le otorga fortaleza y le confiere identidad. (Identidad de drogadicto).

Tal sería la problemática que estructura y organiza toda su existencia.

La historia de Tomás registra que su caída en la drogadicción ocurrió durante el noviazgo de su hermana, y con posterioridad al episodio en el cual el sujeto golpeó a ésta al verla en compañía de su novio. (Ver apartado correspondiente en la historia).

Aunque no hay referencias en el historial a relaciones incestuosas ni a juegos sexuales, no se descarta la posibilidad de que ellos hubiesen existido y que el paciente se hubiera resistido a confesarlos.

Si a esta probabilidad se agregan los demás elementos consignados en su historia, podría calificarse el sentimiento de Tomás hacia su hermana como un enamoramiento donde ésta había llegado a ser su objeto amoroso, idealizado, que poseía todas las cualidades que él carecía y anhelaba poseer.

Es posible que en tales condiciones, se haya establecido entre ambos una relación real o fantaseada en la que Tomás se consideraba la pareja de Lola y por consiguiente, ella le debía fidelidad.

Por tal motivo, al ver a su hermana acompañada de otro hombre Tomás se siente traicionado, excluido y burlado, situación que probablemente reactualizó en él la situación edípica infantil en la cual se sintió también excluido, castrado y burlado por sus padres.

Tal escena hizo revivir en el paciente la experiencia de una pérdida de objeto anterior, su madre, en la cual fué también

excluido, castrado y burlado, por pertenecer dicho objeto a otro hombre más fuerte y potente que él, su padre.

Pareciera que en el caso de Tomás, la vivencia de haber sido burlado ejerció una fuerte influencia, determinando en él una marcada necesidad de retaliación que se analizará más adelante.

Por lo visto hasta aquí, la problemática edípica del paciente no fué adecuadamente resuelta y por consiguiente cabe suponer, se produjo el desplazamiento del afecto de Tomás por su madre sobre la hermana.

Asimismo, podría explicarse la reactualización de sus vivencias de la situación edípica infantil en el episodio posteriormente ocurrido con Lola, quien desde la óptica del paciente, lo rechazó y traicionó para casarse con otro.

En otras palabras, tal episodio constituyó en gran parte la repetición de la situación edípica infantil de Tomás ante sus padres, que se vió reforzada ante el conflicto presente.

Visto el episodio desde otro ángulo, puede observarse que Tomás sólo agrede físicamente a su hermana, y no al novio de ésta. La explicación que entre otras podría darse a este hecho, es que sólo así logra denigrarla a ella como objeto del deseo.

Sintiéndose víctima de traición y burla, Tomás necesita rebajar y humillar públicamente a Lola para convertirla en un objeto desvalorizado y hacerle creer en su falta de interés por ella.

Sin embargo, la violencia de su reacción fué sólo producto del despecho y de un intento de ocultar ante sí mismo los verdaderos sentimientos que su hermana le seguía inspirando, ya que fué totalmente drogado a su boda.

En síntesis, es posible sostener la hipótesis que la pérdida de la hermana como objeto amoroso y los resultantes sentimientos que afectaron aún más su autoestima, pudieron haber sido factores que precipitaron a Tomás a la drogadicción.

A consecuencia de tal pérdida, el sujeto renuncia a la búsqueda de nuevos objetos amorosos y elude en lo futuro involucrarse afectivamente con otras personas, con el fin de no exponerse a una nueva y dolorosa experiencia de pérdida del objeto amado.

Podría postularse que la conducta de Tomás tendría relación con la fantasía que todo vínculo que entraña una entrega de afecto de su parte está destinado a fracasar, y a causarle nuevas heridas en su narcisismo.

Por tal motivo Tomás no se compromete emocionalmente con nadie y las relaciones que logra establecer son superficiales, distantes y de corta duración, con el fin de no quedar aprisionado afectivamente en un vínculo del cual no podrá desprenderse después.

A este respecto, cabría plantearse si los síntomas claustrofóbicos observados por el paciente en la situación terapéutica no tendrían alguna relación con su problemática de miedo a quedar atrapado en su relación con la terapeuta.

Sin descartar una posible relación de vivencia de encierro carcelario, se daría también en el sujeto una cierta correspondencia entre quedar atrapado físicamente y quedar atrapado emocionalmente.

De modo que su miedo cada vez mayor a quedar aprisionado afectivamente en su vínculo con la terapeuta, que Tomás fantasea como una relación en la cual ella lo dominará, dará órdenes y terminará burlándose de él, es desplazado sobre un temor a quedar encerrado físicamente.

Sin embargo, su miedo representa además el deseo de quedar atrapado emocionalmente en el vínculo, del cual se defiende por medio de la claustrofobia.

Como uno de los factores etiológicos que precipitaron a Tomás a la drogadicción, se había mencionado la pérdida de su hermana como objeto amoroso. Tal circunstancia lo habría conducido a un mayor retraimiento social, ya que con ella habría perdido a la única persona de su medio con la que había logrado una buena comunicación, pues al parecer Lola era la única en su familia que no lo hostilizaba.

Tomás se siente incapacitado para responder a las agresiones de los demás, siente lo difícil y doloroso que le resulta relacionarse con otras personas, y por consiguiente su autoestima decrece más aún.

Su historia revela que con anterioridad había tenido experiencias ocasionales con drogas, sin mayores consecuencias.

Cabe suponer que el bienestar que bajo su efecto sentía, lo llevó a consumirlas con mayor asiduidad a consecuencia del estado en que se hallaba.

Al parecer, las drogas lograban cambiarle su estado de ánimo, haciéndole sentir que él poseía una personalidad totalmente opuesta a la que tenía en la realidad, y más acorde con las exigencias de su ideal del Yo.

Con la ayuda de las drogas Tomás lograba que su Yo alcanzara un estado de elación o de euforia correspondiente a las expectativas de su Yo ideal, e inaccesible en circunstancias cotidianas.

Si las drogas liberaban al sujeto de su dificultad para relacionarse con la gente, lo capacitaban para un manejo de ciertas emociones y acrecentaban su autoestima; éstas llegaron a ser vistas por él como la solución de sus problemas.

Sensaciones placenteras así obtenidas, el sujeto no las había experimentado en su relación con ningún ser humano. Tomás encuentra en las drogas la autoestima y el afecto que su familia nunca le dió, y por lo tanto se refugia en ellas.

En otras palabras, el paciente sustituye a las personas por las drogas, ya que su relación con éstas le resultaba mucho más gratificante y menos compleja porque imagina que es él quien las maneja a ellas, y no lo contrario. Además, las drogas poseen la ventaja de no demandarle entrega de afecto.

Gradualmente, y sin estar consciente de ello, Tomás se involucra cada vez más en su consumo hasta no poder prescindir de ellas para su equilibrio psíquico.

Uno de los aspectos relevantes en la historia de Tomás es su constante pugna con el padre, quien frecuentemente lo ha culpado de ser el causante de desgracias familiares y acusado de crearle dificultades con los vecinos. (Ver apartado correspondiente a la Historia y a la Evolución, respectivamente).

Por su parte, Tomás provoca la ira y vergüenza del padre al dar el espectáculo de concurrir drogado a la boda de la hermana, y su conducta rebelde durante su estadía en el Ejército, donde

compulsivamente burlaba a las autoridades (ver apartado correspondiente en la Historia), han sido episodios que muestran claramente una situación de beligerancia y de desafío mutuo entre padre e hijo.

Para encontrar el motivo de tal pugna sería preciso remontarse a la fase edípica de Tomás, sin excluir la hipótesis que ya con anterioridad a dicha fase el sujeto traía problemas no resueltos en las etapas de desarrollo precedentes, que prueban la seriedad de su trastorno.

Desafortunadamente, el período de asistencia de Tomás a tratamiento fué insuficiente para la obtención de más antecedentes que nos dieran mayores luces sobre los posibles hechos ocurridos durante dichas etapas que determinaron la "seriedad" de su carácter y su predisposición a la drogadicción.

Considerando las limitaciones mencionadas, se intentará explicar el conflicto de Tomás con su padre a partir de la situación edípica.

Ya se dijo en párrafos anteriores que éste vivió dicha situación de exclusión como mezcla de castración y burla de parte de sus padres. Esta última situación habría dado lugar a la aparición como defensa central en él de la retaliación, que en este caso se manifiesta como una inversión de roles.

En otras palabras, lo que llega a cobrar real importancia para Tomás no es la posesión del objeto del deseo, sino llegar a burlarse del que en la situación edípica original ocupaba el lugar de privilegio, su padre.

Vale decir, que lo que realmente importa a Tomás es poner al padre en el papel de burlado y de impotente, o sea, colocarlo en el lugar que él ocupó en la situación edípica original.

Tomás siente la necesidad de burlarse de su padre para alimentar su autoestima que se halla muy baja. Así, la alucinación y la burla son las dos grandes fuentes que nutren su narcisismo, pero lo hacen de una manera muy exigua y temporal, ya que constantemente Tomás debe recurrir a las drogas para evitar su derrumbe total.

Este siente un secreto placer en la medida en que pone a su padre en una situación desagradable; siente que triunfa en la

medida en que lo denigra un poco, haciéndole compartir el destino que él siempre tuvo.

ANALISIS DE LA DESERCIÓN DE TOMÁS

Para analizar las causas de la deserción de este paciente es preciso partir de una afirmación hecha en el apartado correspondiente a su problemática actual, que habla de su resistencia a dejar las drogas y de las presiones familiares que estaría recibiendo para que las abandone.

Los motivos de Tomás para persistir en su uso se han analizado en el presente historial, siendo uno de ellos la posibilidad que éstas le otorgan de alejarse y evadirse de una sociedad con la que siempre le fué difícil y doloroso relacionarse y, por consiguiente, no desea ningún tipo de acuerdo con ella.

Tomás percibe a la terapeuta como un agente de esta sociedad que pretende reinsertarlo en ella. En otras palabras, adaptarlo, domesticarlo, y someterlo a un medio social al cual él no desea pertenecer.

Desde esta perspectiva, aparece así un malentendido básico, debido a que los objetivos que el paciente atribuye a la terapeuta no coinciden con los que ella realmente se propone, y que podrían consistir en que el sujeto abandone las drogas.

Esto, a su vez, incluye una serie de otros objetivos, tales como trabajar y madurar emocionalmente.

Pero si desde su subjetividad, Tomás piensa que la terapeuta pretende adaptarlo a una sociedad que él rehuye y escapa de ella por medio de las drogas, por ningún motivo desea dejarlas.

Para el paciente, los objetivos de la terapeuta son los mismos que los de su padre, que los de la policía y de otras personas con las que está en conflicto, y que no son los de él.

En otras palabras, la terapeuta es visualizada por el paciente como un agente o representante de la sociedad que comparte los deseos, cosmovisión e ideología de la gente con la que él se

encuentra seriamente reñido, y de la que él quisiera desligarse definitivamente.

Así, desde su fantasía de la tarea terapéutica, Tomás imagina que la terapeuta intentará rehabilitarlo de la drogadicción y adaptarlo a la sociedad, ejerciendo su autoridad por medio de órdenes, e imponerle normas de vida con las que él nunca estuvo de acuerdo. Con tal propósito, le quitará lo único que le resulta placentero en la vida, y lo hace sentirse persona, que son las drogas.

Tal fantasía se ve corroborada al enterarse el paciente de mi encuentro casual con su padre, que posiblemente él interpretó como premeditado, con el propósito de comunicarle a éste que Tomás no estaba asistiendo a tratamiento.

Tal circunstancia externa al análisis, confirma en el sujeto la fantasía de una supuesta alianza entre la terapeuta y el padre, quienes lo presionarán a enderezarse, fantasía que desde luego afectó la relación analítica.

Así, podría suponerse que tal fantasía de tarea terapéutica reforzó el temor de Tomás de involucrarse emocionalmente en un vínculo con la terapeuta en el que él imagina quedará atrapado, del cual le será difícil desprenderse después.

Tal problemática se ve claramente ilustrada en los síntomas claustrofóbicos que el sujeto observó en la situación terapéutica.

Tomás siente la terapia como una prisión donde la sala de sesión representa una cárcel, debido a que en su fantasía se siente controlado por la terapeuta que le fija los horarios, los días y el número de sesiones semanales.

Tales serían los referentes concretos e inmediatos que le producen tal vivencia. Contrariamente a lo que le ocurre con las drogas, situación en la que imagina que es él quien ejerce un control omnipotente sobre ellas.

1) Desde su fantasía de curación

Pese a lo afirmado anteriormente, el sujeto no sólo acepta venir a tratamiento para acceder a las demandas y presiones de su medio familiar, sino que decide asistir a éste movido por una

mezcla de esperanzas genuinas de mirar a ver qué pasa, y de ceder a la influencia externa.

Tomás inicia su terapia con algunas expectativas en la relación terapéutica que podrían calificarse de perspectivas mágicas, que consistirían en ser transformado mágicamente por la terapeuta en un individuo socialmente aceptable, y al mismo tiempo poder sentirse bien sin tomar drogas.

En otras palabras, el sujeto quisiera que la terapeuta lo transforme mágicamente en el objeto de sus alucinaciones. Esto es, alcanzar el estado de su Yo ideal, es decir, llegar a ser alguien muy idealizado por él desde el placer.

En síntesis, la fantasía profunda de Tomás con respecto a lo que él podría lograr con la terapia y que subyace a su discurso, es convertirse en la realidad, en lo que usualmente se convierte en la fantasía, cuando se halla bajo el efecto de las drogas.

Paulatinamente, el paciente se percata que en vez de transformarlo en el objeto de sus alucinaciones la terapeuta lo va enfrentando lentamente con todos los problemas que lo angustian, tales como todas sus incapacidades, sus conflictos en general y que la relación terapéutica implica exactamente lo contrario a lo que él imaginaba.

Al sumarse a ello los demás factores, llega un momento en que se produce el derrumbe total de las expectativas del sujeto acerca de tal relación.

Al verse en esta situación, es posible que Tomás se hubiera planteado en determinado momento lo siguiente: en vez de ayudarlo, la terapeuta ha logrado empeorar su estado.

Esta representa todo lo que la sociedad acepta, y está aliada con su padre para transformarlo en un sometido y obligarlo a dejar las drogas.

El sujeto siente que sin ellas él perderá su fortaleza y su identidad, para convertirse en un "pobre tonto".

Todas estas fantasías persecutorias, juntas, llevan a Tomás a la conclusión que carece de sentido seguir asistiendo a tratamiento en tales condiciones.

Pero tales pensamientos no son dados a conocer verbalmente a la terapeuta, sino a través de actuaciones que se traducen en inasistencias por olvido, por haberse quedado dormido, etc.

Finalmente, las mismas circunstancias que determinan tales actuaciones llevan al sujeto a desembocar obligadamente en una actuación mayor, definitiva, que es la deserción.

Desde la contratransferencia, este paciente despertó en la terapeuta un gran deseo de ayudarlo, que al inicio él interpretó acertadamente, haciendo aumentar las expectativas de ella de poder rehabilitarlo.

Posteriormente, se dieron algunos hechos externos al análisis que suscitaron en Tomás una cadena de fantasías paranoides.

Mas el derrumbe de todas sus perspectivas mágicas que él se había forjado respecto al tratamiento, se fueron entrelazando de tal modo que influyeron negativamente en la relación analítica.

Por consiguiente, la reacción contratransferencial de la terapeuta fué siendo decodificada por el paciente como un deseo de ésta de someterlo, dando lugar a los síntomas anteriormente mencionados.

En consecuencia, la relación paciente-terapeuta comienza con expectativas genuinas, aunque diferentes para cada uno de ellos.

En el transcurso del tratamiento aparece una serie de elementos que desvirtúan esa relación. El paciente abandona sus esperanzas genuinas que son reemplazadas por una serie de fantasías persecutorias respecto a la terapeuta y el tratamiento.

Como ya se dijo, tales fantasías consistieron en percibir a la terapeuta como un agente de la sociedad que pretende, ejerciendo su autoridad, adaptarlo y someterlo a ésta imponiéndole normas con las que él no está de acuerdo. Por consiguiente, teme involucrarse en un vínculo en el cual quedará atrapado. Además, la terapeuta, coaligada con su padre, lo obligará a dejar las drogas, sin las cuales Tomás dejará de ser quien es y se transformará en un "tonto".

En un momento determinado la situación se manifiesta, y al no poder formular su pensamiento en palabras, Tomás lo traduce en actuaciones que finalmente lo envuelven de manera tal, que irreversiblemente lo llevan a un punto sin retorno.

CAP. VI.**CONCLUSIONES**

El análisis clínico cualitativo realizado a los 20 sujetos que integraron la muestra de estudio, nos permitió llegar a las siguientes conclusiones:

1- La deserción es un fenómeno pluricausal, o sea, son múltiples los motivos que interactúan para dar lugar a este fenómeno.

La deserción de los pacientes estudiados fué resultado de la interacción de numerosos factores conscientes e inconscientes que influyeron en diferente grado y forma a nivel de tratamiento, en el desencadenamiento de este fenómeno.

Daremos a conocer algunos de los factores más frecuentemente observados que intervinieron en forma importante en la deserción de estos pacientes:

A -desde la fantasía de tratamiento:

Por medio de los mecanismos de disociación y negación, estos sujetos han logrado aislar el problema de la drogadicción de los demás conflictos emocionales que los aquejan.

Fué posible observar en ellos una fuerte resistencia para aceptar una relación de causa a efecto entre su adicción a las drogas y los mencionados conflictos.

De tal modo, al llegar estos problemas a la conciencia, producen en los sujetos una intensa ansiedad persecutoria difícil de tolerar, y de la cual tratan de defenderse.

Su fantasía inicial es la de un tratamiento que se limitará a quitarles el hábito de consumir drogas, prescindiendo de la necesidad de analizar sus problemas emocionales tan relacionados con su adicción.

El tratamiento, basado fundamentalmente en el análisis de los problemas psíquicos, despierta en estos sujetos ansiedades persecutorias, afectando aún más su narcisismo dañado. Al constatar que deben enfrentarse a emociones dolorosas, los futuros desertores experimentan una gran frustración, y recurren a todos los medios para sustraerse a ella.

Se observó en las actuaciones de estos individuos los desesperados intentos que hacen para evitar encontrarse con emociones

indeseables, que los llevan a desvalorizar el tratamiento para justificar después el abandono que de él hacen.

Obsérvase aquí una discrepancia entre la fantasía de tratamiento del paciente y la concepción de la terapeuta.

En consecuencia, el fenómeno de la deserción representa una defensa más contra las fuertes ansiedades persecutorias que la terapia les despierta a estos pacientes, y que no pueden tolerar.

A los factores resistenciales mencionados, se agregan otros que se presentan en los pacientes que vienen de los estratos sociales bajos.

Por ejemplo, la imposibilidad real que existe en el contexto social de estos individuos, de permitirles el acceso a otro tipo de satisfacción que les ayude a superar su problema.

Existe en estos pacientes una especie de proto-conciencia de esa realidad que refuerza en ellos la resistencia a ser tratados.

Aunque dejen la droga, vagamente perciben que el medio no cambiará para ellos y no les concederá la oportunidad de una salida más gratificante a sus conflictos.

El sujeto drogadicto, proveniente de los estratos bajos, se resiste a encontrarse con algunos contenidos reprimidos, y también se angustia por la leve conciencia que tiene de la hostilidad del medio hacia él.

El sujeto percibe vagamente que, aunque rehabilitado, su medio le impedirá el acceso a mejores posibilidades de superación, que sólo unos pocos logran.

En estos casos el ascenso social es un mito, y no una realidad.

Cabe señalar que el hecho de formar parte de un grupo que se halla abajo en la escala social, no es consecuencia de un problema de carácter o de debilidad yoica, aunque estos sujetos presenten tales trastornos.

Sus problemas son resultado de haber crecido y vivido siempre en un medio que, por sus características, los condiciona a estar mal.

Sin embargo, a pesar de todas las limitaciones existentes, es mejor brindarles la oportunidad a estos pacientes, de un esclarecimiento de sus problemas, en vez de dejarles la alternativa de solución artificial y autodestructiva que conduce al consumo de drogas.

B - Desde la fantasía de curación:

Junto con la demanda de recuperación de la adicción a las drogas, se advirtió que la asistencia a tratamiento de estos pacientes obedecía a ciertas expectativas mágicas de cura.

Se observó en estos sujetos la fantasía de ser transformados mágicamente por la terapeuta, en algún personaje muy idealizado por ellos desde el placer.

Estos sujetos anhelan alcanzar por medio de la terapia, el estado de su Yo ideal y de ideal del Yo, prescindiendo de la necesidad de hablar y analizar los problemas que motivaron su trastorno.

Estos individuos desempeñan un rol pasivo en su tratamiento, rehusan toda tarea que entrañe un esfuerzo y actividad de su parte, depositando esta obligación en la terapeuta, quien debe hacerse cargo de la solución de sus problemas, y llevar a cabo la transformación tan anhelada por ellos.

Ejemplo: Ricardo (historial No 1), de 19 años de edad, inconforme con su aspecto físico, espera que la terapeuta le recete un "tónico" que lo convierta en un joven bien parecido y desarrollado, que lo conduzca a tener éxito en los deportes y logre ser aceptado por sus amigos.

Al comprobar que los anhelados cambios que esperaba del tratamiento no se producen, el sujeto sufre un desengaño y enojo, adoptando una actitud de desvalorización de la terapia.

De lo antedicho, cabe señalar que existen elementos de primordial importancia que se dan en la relación terapéutica, y que son considerablemente influyentes en el fenómeno de la deserción.

Nos referimos aquí a la fantasía inconsciente básica de la tarea de curación del paciente, que no coincide con la fantasía parcialmente inconsciente básica de tarea y de curación de la terapeuta, dando lugar al fenómeno que Pichon denominó "malentendido básico".

En otras palabras, paciente y terapeuta tienen ideas diferentes con respecto a la tarea por emprender, y en qué consistirá la curación del primero.

Tal " malentendido " determina algunos choques entre los integrantes de la pareja, debido a que uno ignora lo que hace el otro.

De este modo, el paciente suele preguntarse hacia dónde lo está llevando el tratamiento, que le causa una sensación de ser arrastrado hacia un laberinto sin salida.

En general, los sujetos suelen ver su horizonte de alternativas, limitado, y tal circunstancia les produce un choque muy importante.

Por su parte, la fantasía de curación parcialmente inconsciente del terapeuta, consiste en lograr que el paciente deje la droga, que estudie y/o trabaje, con el fin de dejar de ser un sujeto total o parcialmente marginado, y pueda lograr un ascenso social.

La terapia así concebida, consiste en darle un instrumento al individuo para que sane, madure y progrese.

Pero tal propósito sólo es posible en pocos casos, que serían la excepción.

Se ha visto que la solución que propone la terapia sólo puede ser exitosa en casos aislados, pero que no constituye una solución a nivel social nacional, que ayude a erradicar el problema de la farmacodependencia en los estratos bajos, debido a que la sociedad no proporciona la posibilidad de tener un trabajo para todos.

Desde la óptica del terapeuta el paciente que se droga cae en la autodestrucción, y si no se rehabilita, su condición le vaticina un futuro que probablemente lo llevará hacia la muerte.

Desde la óptica del paciente, éste siente que se le está proponiendo una tarea irreal, porque considera que tanto él como los que se hallan en su misma condición no tienen salida, viendo como improbable la alternativa de ascender socialmente.

No obstante, la terapia con estos sujetos permitió observar que, sin ser ésta la proposición de la terapeuta, los pacientes solían atribuirle la intención de querer subordinarlos, dominarlos y adaptarlos acriticamente a la sociedad, y transformarlos en individuos de clase media.

En el presente trabajo la terapeuta se propuso como tarea con estos pacientes, los siguientes objetivos:

a) Hacer conciente en el sujeto sus problemas inconscientes, y las circunstancias internas y externas que lo llevaron a la enfermedad y drogadicción.

Lograr que el paciente entienda las necesidades y carencias que él satisface consumiendo droga.

b) Llegar a tener una visión completa de su realidad psíquica interna, que lo haga reflexionar sobre sus problemas intrapsíquicos, y adquirir así un conocimiento más profundo de sí mismo.

c) Estando más concientes de sus problemas intrapsíquicos, logran obtener una visión más objetiva de la realidad externa y de su entorno social que al interactuar con su problemática interna, lo habiliten para comportarse eficaz y realísticamente en el mundo exterior.

d) Todo lo recién expuesto propende al logro de un mayor grado de madurez emocional del sujeto, que le permita una lectura real, objetiva y sana de sus posibilidades y alternativas que el medio le ofrece.

Sólo logrando la madurez emocional, el paciente estará en mejores condiciones para elegir responsable y realísticamente su futuro.

e) La terapia aplicada y llevada a término, conduce hacia un verdadero crecimiento que implica una reestructuración del fondo de la personalidad del sujeto, estableciéndose así una relación dialéctica y crítica de éste hacia su medio.

Tales cambios internos, sumados a una visión más objetiva de la realidad, llevan al sujeto a una actitud más crítica que mueve al individuo a realizar intentos para modificar algunos de los aspectos del medio social que no le parecen aceptables.

Un importante factor de deserción sería el derrumbe de las expectativas mágicas de curación de estos pacientes que se produce al constatar, en la realidad, que el tratamiento no responde a lo que ellos esperaban, y consiste en algo muy diferente a sus fantasías.

En esta forma llegan a percatarse que en vez de transformarlos mágicamente, la terapeuta los va llevando lentamente a enfrentarse con todos los problemas que los angustian y les producen malestar.

Desde su óptica sienten que la terapeuta, en vez de ayudarlos, contribuye a empeorar su estado que consideran imposible de soportar, y se escapan de él, desertando del tratamiento.

C - Desde la relación de transferencia con la terapeuta.

Considerando una cierta fragilidad en las relaciones objetales de estos sujetos, es probable que se hubiera dado al inicio una relación satisfactoria con la terapeuta, y que por algún motivo ésta le hubiera interpretado, prematuramente, algún contenido que rozó su narcisismo dañado, haciendo decaer bruscamente la relación que concluye en deserción.

(ver análisis de la deserción de León , historial No 2).

D - Desde la concepción salud - enfermedad:

Estos pacientes piensan que su problema se limita sólo al consumo de drogas, y carecen de una conciencia de que su enfermedad es de mucho mayor envergadura que este trastorno.

En general, estos sujetos no se percatan que su mal radica principalmente en su falta de desempeño en una actividad que ellos sientan útil.

Estos pacientes no estudian ni trabajan, y carecen de un proyecto de vida realista para el futuro debido a su incapacidad de manejar el tiempo, y porque carecen de noción del futuro.

Son sujetos que no poseen una verdadera conciencia de enfermedad.

Esta falta de conciencia de enfermedad les impide comprender la necesidad de involucrarse en un tratamiento que les permitirá elaborar un proyecto de vida para el futuro, factor indispensable para su salud mental.

Ejemplo: Ricardo, paciente del historial No 1, tiene 19 años de edad, y expresa su deseo de llegar a ser policía de tránsito porque el uniforme es bonito.

2 - Otro factor importante de señalar con respecto al problema de la deserción, lo constituyen las diferencias socio-culturales,

económicas, educacionales, etc., entre paciente y terapeuta, que influyeron en el desencadenamiento del fenómeno estudiado.

Tales diferencias se ven más acentuadas en la medida en que desciende el estrato social del sujeto, y suele tener una repercusión negativa en la relación terapéutica.

Se trata de una relación en la que se enfrentan dos personas provenientes de medios culturales diversos, determinados principalmente por la diferencia de clases sociales.

El sujeto proveniente de los estratos bajos ha desarrollado algunas características de personalidad resultantes de las peculiaridades de su medio, que lo llevan a mantener cierta distancia de la terapeuta, y a utilizar las diferencias que percibe entre ambos en favor de la resistencia.

Pese a que el sujeto comunica en parte, mediante su conducta y discurso, la miseria general de su medio, al mismo tiempo se muestra reacio ante la terapeuta que desea entender mejor dicho medio, pues demostrar pobreza resulta para estos individuos una condición vergonzante.

De este modo, el paciente establece una especie de barrera psicológica que a la terapeuta le resulta difícil de librar, y se produce una situación en la que dos personas provenientes de dos mundos diferentes se unen para realizar una tarea en común.

Todos estos objetivos son de extraordinaria importancia y deben analizarse con el sujeto al inicio del tratamiento.

Es preciso aclararle la tarea por emprender, y en qué consistirá su curación, con el objeto de evitar el citado " malentendido " que más bien parece un diálogo de sordos.

Debido a tal discrepancia, al paciente le viene la idea de relacionar la terapia con una suerte de "magia" que lo lleva a pensar en la posibilidad de que el tratamiento milagroso le permitirá progresar y ascender socialmente.

Al constatar que la terapia carece de esas virtudes, que su duración es prolongada y que más bien tienden a confrontarlo con su cruda realidad, el sujeto sufre una cruel desilusión, ya que la terapia no es lo que él pensaba y generalmente la abandona.

CAP. VII**RECOMENDACIONES**

El presente estudio me ha permitido plantear los siguientes puntos:

1) En el análisis de la deserción se han visto algunos elementos importantes relacionados con la incomprensión y sabotaje del tratamiento de parte de la familia, y el rol que ésta trata de hacerle jugar al paciente y al terapeuta.

Generalmente, las familias de los fármacodependientes imponen a sus miembros adictos el sistema de tratamiento, renunciando así a la responsabilidad que les cabe. Los terapeutas individuales hemos asumido tal reponsabilidad, y acabamos con una sensación de fracaso cuando las familias cortan directamente el tratamiento o desencadenan la deserción del paciente.

Considerando todos los problemas que en este sentido se presentaron, como conclusión o recomendación me permito proponer un abordaje simultáneo, individual y familiar, con el mismo terapeuta, con el objeto de evitar hacer jugar al paciente y al terapeuta un rol que en última instancia hace fracasar la terapia.

Es sabido que tal proposición no es algo nuevo, pero hago énfasis en ella basándome en una experiencia concreta que acabo de analizar.

2) En materia de psicoterapia individual, es indispensable con estos pacientes mantener en lo posible una relación de transferencia positiva, e interpretar la transferencia negativa lo más precozmente posible con el fin de evitar la actuación que en estos sujetos se traduce en un abandono del tratamiento.

Existe en éstos, y también en otro tipo de pacientes, una relación inversa entre el decir y el hacer; así, cuando les resulta imposible expresar algo en palabras, lo actúan o lo llevan a la acción.

De modo que frente a un sentir que no se puede pensar, y por consiguiente no se puede realizar, aparece la compulsión a hacer. La interpretación temprana de la transferencia negativa le permite al paciente hablar de lo que le parece mal de la terapia, y

expresar también los sentimientos negativos hacia el terapeuta, con lo cual se frustra la actuación que, en tales casos, sería la deserción del tratamiento.

Tal manejo no resulta muy fácil, ya que la captación precoz de cualquier manifestación transferencial negativa resulta difícil al comienzo del tratamiento, cuando aún no se conoce bien al paciente.

3) En nuestra experiencia hemos podido observar en la mayoría de los casos, el fenómeno al que ya nos hemos referido en otros capítulos que es el "malentendido básico" entre paciente y terapeuta, factor de fundamental importancia en el desencadenamiento de la deserción.

Con el objeto de obviar tal malentendido, talvez sería recomendable como modificación técnica con estos pacientes, destinar al inicio de la terapia un cierto número de entrevistas operativas durante las cuales se habrán de analizar sus expectativas al respecto, y se le dará una explicitación un poco más clara y al alcance de ellos, en qué consiste la tarea y cuáles son sus propósitos.

Esto implica una apelación al Yo sano del paciente, que consiste en el esclarecimiento a fondo que para trabajar la problemática de la droga es indispensable analizar sus problemas generales, sin lo cual resulta imposible la psicoterapia de la adicción.

El terapeuta ha de precisar al sujeto que el tratamiento no consiste en dar consejos ni clases, ni fórmulas mágicas para dejar la droga, sino que se trata de emprender una tarea entre ambos con el objeto de analizar sus problemas y entender lo que le pasa.

La modificación técnica propuesta ha de trabajarse inicialmente tanto con la familia como con el paciente en forma individual, y a partir de ahí plantear un análisis.

4) El tratamiento analítico individual de los adictos, en general, no difiere en gran medida del tratamiento de otro tipo de pacientes.

Sin embargo, en nuestra experiencia han podido observarse algunas diferencias que responden a ciertas características que hemos advertido en la mayoría de los sujetos provenientes del tipo de población estudiada, que, como hemos visto, corresponde a

un sector de muy bajos ingresos con algunos rasgos de marginación social.

Se ha visto que el medio socio-económico y cultural que rodea a estos pacientes les niega la posibilidad de alcanzar soluciones diferentes, realidad que estos sujetos de algún modo perciben, circunstancia que refuerza en ellos la resistencia a ser tratados y vagamente se dan cuenta que aún cuando dejen de consumir droga, el medio social no cambiará para ellos, y no les concederá la oportunidad de una salida gratificante a sus conflictos.

De modo que estos pacientes no sólo se angustian y resisten por encontrarse con algunos contenidos reprimidos, sino también por una sensación indefinida que poseen de la hostilidad que prevalece en su medio hacia ellos.

En otros términos, el sujeto drogadicto avista que aunque rehabilitado, su entorno igualmente le seguirá siendo desfavorable, y le impedirá acceder a mejores posibilidades de superación, contrariamente a lo que ocurre con los pacientes de clase media y alta que logran vencer sus resistencias a encontrarse con sus contenidos reprimidos y elaborarlos. Estos últimos gozan de las posibilidades que su medio social les ofrece de acceder a ciertas realizaciones que les permitirán superar sus problemas.

Hemos visto en páginas anteriores que la relación paciente-terapeuta se ve afectada en los sujetos que provienen de los estratos bajos, por el marcado contraste socio-cultural, económico, educacional, de escala de valores, etc. que existe entre ambos integrantes de la pareja.

Asimismo, hemos dicho que tal contraste suele repercutir negativamente en la relación terapéutica, debido al enfrentamiento de dos personas que pertenecen a medios socio-culturales diversos, determinados principalmente por la diferencia de clases sociales. Fué posible observar que por las características del medio en que viven, y percibiendo el contraste socio-cultural mencionado, los sujetos provenientes de los estratos bajos suelen mantener cierta distancia del terapeuta, y a fortalecer su resistencia en base a las diferencias que percibe entre ambos.

Es así como estos sujetos se muestran muy renuentes ante el terapeuta, y establecen una especie de barrera psicológica que a

este último le resulta difícil de franquear, dando lugar a una circunstancia que promueve la deserción si los problemas que de tal situación resultan, no son analizados con el paciente en su momento oportuno.

Considerando lo antedicho, el terapeuta ha de dar al paciente la oportunidad de expresar libremente los sentimientos, ideas y emociones que éste experimenta al verse en una situación tan desventajosa con respecto a aquél.

Finalmente, excluir tal análisis de la labor terapéutica representa la negación de una realidad, que a su vez impide una importante apertura en la relación paciente-terapeuta, obstaculiza la asimilación de las interpretaciones de éste último y finalmente, puede llegar a ser un importante factor desencadenante de la deserción del tratamiento. (Ver capítulo correspondiente a "Problemas que se presentan en la relación paciente-terapeuta, derivados de las diferencias socio-culturales que existen entre ambos").

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

BIBLIOGRAFIA

- Aberasturi, A. (1978) Adolescencia (4a. ed.) Buenos Aires: Kargieman.
- Applebaum, A. (1972) A critical examination of the concept of " motivation for change " in psychoanalytic treatment.
Int. J. Psychoanal. 53: 51- 59.
- Barriguete, A. (1987, Febrero) Psicoterapia en la adolescencia. Ponencia presentada en el Congreso de Neurología y Psiquiatría, Morelia, Michoacán.
- Bleger, J. (1974). Psicología de la conducta (3a. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Braunstein, N. A., Pasternac, M., Benedito, G., Saal, F. (1975). Psicología: Ideología y Ciencia. Siglo Veintiuno. México.
- Centros de Integración Juvenil. (1995) " Panorama Epidemiológico del Consumo de Drogas en 1993 ". VIVIR SIN DROGAS ES VIVIR. CUADERNO TEMATICO, V.7.
- Chess, S. & Thomas, A. (1959): The importance of non motivational behaviour patterns in psychiatric diagnosis and treatment.
Psychiatr. Q 33: 326 - 334.
- Chevaili, A. (1988) Introducción a los estudios sobre tratamiento y rehabilitación. En M. Labrandero, J.A. Cabrera, R. Zapata y F. Wagner (comps.). Disolventes inhalables (pp. 195-211).México: Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Clarac, P. (1976). La deserción en los Centros especializados en fármacodependencia. México: Centro de Estudios en Fármacodependencia (CEMEF).

- Clarac, P. (1988). del área Estudio descriptivo sobre 206 pacientes de los ocho Centros de Integración Juvenil metropolitana. En M. Labrandero, J. A. Cabrera, R. Zapata y F. Wagner (comps.) Disolventes inhalables (pp. 125-148). México: Consejo Nacional contra las Adicciones.
- Collier, W. V. , & Hijazi, Y. A. (1974): A followup study of former residents of a therapeutic community.
International Journal of Addiction. 9: 805 - 826.
- Davis, W. N. (1970): The treatment of drug addiction; some comparative observations. Br. J. Of Addiction. 65: 227 - 235.
- De Leon, G. (1979): " The Therapeutic " Community Study of Effectiveness...Social and Psychological Adjustment of 400 Dropouts and 100 Graduates from Phoenix House Therapeutic Community ".
Final Report of Nida Grant # RO 1 DA 01228. New York, Phoenix House.
- Diccionario Enciclopédico Espasa Calpe. (1989). Edit. Patria bajo el sello de Promexa. Primera edición mexicana. Tomo 1. Pág. 25.
- Dole, V. P. & Nyswander, M. E. (1976): Methadone maintenance treatment. A 10 years perspective. JAMA, 235: 2117 - 2119 (May, 1976).
- Erikson, E. (1971). Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós.
- Fenichel, O. (1971). Teoría psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1981). Esquema del Psicoanálisis. Obras completas. Vol. III. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Gearing, F. R., D' Amico, & Thompson, F. (1975): Proceedings of 2nd National Drug Abuse Conference Inc. New Orleans, La. 1975. Pp. 645 - 666.
- Glatt, M. Y. (1970): Psychotherapy of drug dependence: some therapeutic considerations. Br. J. Of Addiction. 65: 51 - 62.
- Goat, Print Off (1979).
- González-Núñez, J.J., Romero, J.J., Tavera y Noriega, F. (1986). Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México: Trillas.
- Imhof, J., Hirsch, R. & Terenzi, R. (1983). Countertransferential and attitudinal considerations in the treatment of drug abuse and addiction. The International Journal of Addictions. XVIII, 4, 491-510.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
" Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social ".
Cuaderno No 12.
- James, W. (1989). Principios de psicología. México: Fondo de Cultura Económica.
- Khantzian, E. J., Mack, J. E., Schatzberg, A. F. (1974): Heroin as an attempt to cope. Am. J. Psychiatry. 131: 160 - 164.
- Klein, M. (1971) Envidia y gratitud, y otras obras. Buenos Aires: Paidós.
- Lagache, D. (1982). Psicología clínica y método clínico. Obras III. Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche,J., Pontalis, J.B. (1974). Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Labor.

- Love, L., Kasivan & Bugental (1972): Differential effectiveness of free clinical interventions of different socioeconomic groupings. Journal of consulting and counseling. 39: 347 - 360.
- Maddux, L. K. & Mc Donald (1973): Status of 100 San Antonio addicts after admission to methadone maintenance. Drug forum. 2: 2239.
- Margoles, C. S. (1971): Psychological and social factors involved in treatment planning for drug abusers. Am. J. Pharm. 143: 45 - 50.
- Matrajt, M. (1982). (Acerca de la drogadicción en la adolescencia.). Textos no publicados, distribuidos a los alumnos de sus seminarios.
- Matrajt, M. (1984). El malentendido que se produce entre terapeuta y paciente. Técnica terapéutica. Seminario privado impartido por el autor en la Ciudad de México.
- Matrajt, M. (1985). Replanteo. México: Nuevomar.
- Minuchin, S. (1968). The psychoanalytic therapies and the low socioeconomic population, in Modern Psychoanalysis: New Directions and Perspectives. Edited by Marmor J., New York, Basis Books, pp. 532 - 550.
- Newman, C.P., & Tamerin, J.S. (1971). The treatment of adult alcoholics and teenage drug addicts. Quarterly Journal of Studies on Alcohol. XXXII, 1-A, 82 - 93.
- NIDA (1984) Treatment research report. (Effectiveness of drug abuse treatment programs).
Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Nir, Y. & Cutler, R. (1978). Síndrome of the unmotivated patient. American Journal of Psychiatry, 135 (4), 442-447.

- Organización Mundial de la Salud, (1971). Comité de expertos de la OMS en fármacodependencia: 18° informe (Serie de informes técnicos No 460), Ginebra: O.M.S.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). " Salud Mental en el Mundo: Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos ". Resumen Ejecutivo.
- Pavenstadt, E. (1965): class A comparison of the child rearing environment of upper, lower and the very low - lower families. Am. J. Orthopsychiatry. 35: 89 - 98.
- Ratkopf, E. (1978): Annals of New York Academy of Sciences. 311: 173 - 180.
- Rosenfeld, H. (1964). Estados psicóticos. Buenos Aires: Paidós.
- Sells, S. B., Demaree, R. G. & Hornick, C. V. (1979): Comparative effectiveness of drug abuse treatment modalities. National Institute on Drug Abuse. Washington D.C. : Subt. of Docs. US.
- Simpson, D. D., Savage, L.J. & Sells., S. B. (1978): Data book on drug treatment outcomes - followup study of 1969 - 1972 admissions to the Drug Abuse Reporting Program (DARP). Institute of Behavioral Research Report 78 - 10, Fort Worth: Texas Christian University.
- Simpson, D. D., Savage, L. J. & Sells, S. B. (1980): Evaluation of outcomes in the first year after drug abuse treatment: a replication study based on 1972 - 1973 DARP admissions. Institute of Behavioral Research Report. 80 - 8, Fort Worth; Texas Christian University.

LISTA DE PACIENTES ESTUDIADOS

<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD</u>	<u>ESCOLARIDAD</u>	<u>OCUPACION</u>	<u>DIAGNOSTICO FD</u> <u>GRADO</u>	<u>DROGA</u>
Roberto	17	2oSec	Enyesador	3 Funcional	Inhalable
Alfredo	20	3oPrim.	Ninguna	4 Disfuncional	Multi
René	18	3oSec.	Ninguna	4 Disfuncional	Mariguana
Rafael	18	1oPrep.	Ocasional	4 Disfuncional	Cemento
Abelardo	19	3oCCH	Ninguna	3 Funcional	Mariguana
Manuel	21	3oSec.	Carpintero	3 Funcional	Mariguana
Mario	25	2oSec.	Aseador	3 Funcional	Mariguana
Victor	22	2oSec.	Ninguna	4 Disfuncional	Multi
César	15	1oSec.	Estudiante	4 Disfuncional	Multi
Omar	14	2oSec.	Ninguna	4 Disfuncional	Cemento
Gonzalo	21	2oSec.	Ninguna	4 Disfuncional	Mariguana
Genaro	26	3oSec.	Ninguna	4 Disfuncional	Mariguana
Adolfo	25	?	Ninguna	4 Disfuncional	Cemento
				Trastorno Psicótico	
José	14	4oPrim.	Ninguna	4 Disfuncional	Cemento
Gastón	22	6oPrim.	Ninguna	4 Disfuncional	Mariguana
Samuel	15	2oSec.	Ninguna	4 Disfuncional	Inhalable
Leopoldo	21	6oPrim.	Ninguna	4 Disfuncional	Multi
Ricardo	19	2oSec.	Informal	4 Disfuncional	Multi
León	17	3oSec.	Ninguna	4 Disfuncional	Cemento
Tomás	28	3oSec.	Artesano	4 Disfuncional	Multi

Nota - los nombres de los pacientes son supuestos por razones de confidencialidad.