

TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN
Proyecto de Investigación Aplicada (P.I.A.)

*“Efectos del tratamiento de rehabilitación de adicciones
en un adolescente.”*

COMUNIDAD TERAPEUTICA URBANA

Comisión Asesora y Evaluadora:

Mgter. Beatriz Ergo y Mgter. Juan Carlos Godoy

María Lucrecia Piñeiro

PSI 426

Licenciatura en Psicología - 2006
Universidad Empresarial Siglo 21

“Las comunidades terapéuticas profesionales surgen de la necesidad de un encuadre analítico, y sobre todo de una supervisión externa que pesquise la enfermedad latente detrás de todo hecho adictivo.” (J. Yaría, 1990, p.104).

*“El curso y pronóstico de la adicción no se ve complicado por una eventual sobredosis o infección sino está, en última instancia, en los trastornos mentales de base.”
(L. Cancrini, 1996; citado por Medina Bisiach, 2006, p. 24).*

*“La complejidad de la persona con problemas de drogas y/o alcohol es multiproblemática porque sufre serios trastornos en su identidad, manifestándose en conductas que provocan reacciones discriminatorias desde su contexto familiar y social. Se tienen que desarrollar estrategias terapéuticas adecuadas para cada persona...”
(E. Medina Bisiach, 2006, p. 18).*

Agradecimientos

A la Institución el "Programa del Sol" y especialmente al Lic. Mariano Carrizo, Lic. Leandro Cejas Parceró, a German, Maximiliano, Guillermo y todos los jóvenes que colaboraron conmigo; gracias por su buena voluntad y confianza en mí.

A mi Comisión Asesora y Evaluadora, Lic. Beatriz Ergo y Lic. Juan Carlos Godoy; por su paciencia y predisposición.

A la Lic. Ana Faas, el Lic. Miguel Ángel Mirrotti, y el Lic. Oscar Petkevicius; por sus valiosas opiniones.

A mis padres que me acompañaron en la elección de esta carrera y apoyaron siempre. A mis hermanos y mi novio Iván; por estar a mi lado y comprenderme. Y a mis abuelas, que me acompañaron con sus oraciones.

A mis compañeros, y en particular a Javier, Diego, Andrés y Celeste; por todos los hermosos momentos que compartimos juntos estudiando y por su amistad incondicional.

Además, quiero aprovechar esta oportunidad para agradecer, las experiencias de vida transmitidas por seres humanos y profesionales admirables como la Lic. Hilda Galletti, Lic. Amalia Giorgi, Lic. Diego Rapela, Lic. Miguel Ángel Mirrotti, y Lic. María Elena Duarte.

Capítulo I

INTRODUCCION

Fundamentación.....	p.1
Antecedentes.....	p.4
Objetivos.....	p.7

Capítulo II

MARCO TEORICO

<i>Características generales de la adicción a sustancias.....</i>	p.8
<i>La adolescencia como etapa de riesgo y las dependencias patológicas..</i>	p.11
<i>Tratamiento de rehabilitación en comunidad terapéutica urbana.....</i>	p.20
<i>Psicopatologías asociadas a adicciones en la adolescencia.....</i>	p.23
<i>Factores a evaluar en el paciente que abusa de sustancias.....</i>	p.31
Definición de variables y conceptos claves.....	p.39

Capítulo III

METODOLOGIA

Diseño.....	p.41
Población y muestra.....	p.42
Instrumentos y procedimientos de recolección.....	p.42
Plan de actividades.....	p.49

Capítulo IV

CONCLUSIONES

Análisis de resultados.....	p.50
Síntesis global de resultados.....	p.58
Interpretación a la luz de la teoría.....	p.59
Apertura de la discusión.....	p.63

SECCION FINAL DEL TRABAJO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	p.65
ANEXOS.....	p.68

Capítulo I
INTRODUCCION
Fundamentación

El siguiente Trabajo Final de Graduación (TFG) se piensa como continuación del Trabajo de Práctica Profesional realizado en el "Programa del Sol" (Córdoba); institución civil sin fines de lucro dedicada al tratamiento y prevención para el consumo de drogas y abuso del alcohol, en el marco de la comunidad terapéutica urbana. Este TFG tiene la modalidad de un Proyecto de Investigación Aplicada (PIA), cuya finalidad general se basa en conducir y documentar una investigación empírica donde se aborde la temática de cambios logrados por la participación en el tratamiento de adicciones y factores asociados a mejorías, teniendo en cuenta los rasgos de personalidad de los sujetos adictos; desde un marco teórico psicoanalítico. Para esto, se elige un diseño de investigación de estudio de caso, que se caracteriza por el abordaje instrumental de un caso para su comprensión holística; con una modalidad cualitativa de análisis de datos.

En la década del sesenta, surgieron en la Argentina las primeras comunidades terapéuticas para pacientes psicóticos siguiendo los lineamientos de J. Maxwell y D. Cabred. Diez años después, se adaptó esta modalidad de trabajo para el tratamiento de adictos (Medina Bisiach, 2006); y la misma ya tiene más de veinte años de aplicación y es la modalidad de abordaje para adicciones más utilizada en la ciudad de Córdoba (Goti, 2000). Desde entonces, diversos autores han manifestado la necesidad de evaluar el proceso terapéutico, pero previamente conociendo como funciona el centro o la institución: sus tareas asistenciales, sus objetivos, las técnicas psicoterapéuticas que utilizan, etc. (De Leon, 1985; Simpson, 1987; Page-Mitchell, 1988; Kosten, 1989; Erro, 1994 citados por Medina Bisiach, 2006). Pero: **"¿Cuáles son los efectos y/o cambios que podrían reconocerse como resultado de la participación en una comunidad terapéutica?"**

Algunos autores como E. Braier (1984), consideran que se deben evaluar los resultados psicoterapéuticos de manera inmediata con entrevistas y psicodiagnóstico, y de manera mediata a través de un seguimiento (utilizando técnicas de entrevistas y re-tests) del paciente.

Como la adolescencia es un período de la vida de vulnerabilidad debido a los cambios físicos y cognitivos, psíquicos, e interaccionales y considerando las características propias de la cultura posmoderna; los jóvenes son un grupo en "riesgo" y están en una etapa de experimentación propensos al uso de drogas. Además, los adolescentes con problemas de adicción, son el grupo etario que participa mayoritariamente en los tratamientos de rehabilitación en comunidades terapéuticas, llevados por sus padres o derivados de instituciones (como Correccionales de menores).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, en esta investigación se propone estudiar en profundidad un caso puntual, para que sirva como ilustración prototípica de algunos de los cambios que se podrían lograr en los sujetos adolescentes que participan en los procesos terapéuticos de las comunidades para la rehabilitación de adictos. Para abordar esto, se utilizará un diseño de estudio de casos; que es un tipo de metodología cualitativa, y cuyo plan de investigación se basa esencialmente en la lógica inductiva.

Se aplicarán tests de prestigio mundial, como el Tests de Manchas de H. Rorschach y el 16 PF-5 de R. B. Cattell; junto con entrevista semidirigida. Además, el test de R. B. Cattell ha sido adaptado a la población argentina (en Buenos Aires) por el Lic. O. Petkevicius, con la colaboración de la Universidad del Salvador y la Universidad de Ciencias Sociales y Empresarias.

Se elige como marco teórico del trabajo de investigación la teoría Psicoanalítica, enfatizando los aportes generados a partir de la aplicación de la "Teoría de las Relaciones Objetales" de M. Klein al campo de las adicciones; ya que se considera la más abarcativa y comprehensiva de la personalidad como fenómeno de

estudio. También, se utilizarán conceptos provenientes de la "Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica", especialmente aquellos retomados de H. Fiorini (1977) y E. Braier (1984), y algunas construcciones teóricas de la "Psicología del Yo" de H. Hartmann para caracterizar los efectos y cualidades de las funciones yoicas; y si es posible activarlas o potencializarlas, a lo largo del tratamiento en adicciones.

La mayoría de las comunidades terapéuticas son programas residenciales o ambulatorios, con estadias o planes de horarios que van en general entre los seis a doce meses (de lunes a viernes); y que ponen énfasis en la re-socialización del paciente (Goti, 2000).

El "Programa del Sol" es una asociación civil sin fines de lucro; a la cual se le otorgó la personería jurídica en 1997 en Córdoba (sede) para conformar legalmente la institución. La misma cuenta con un grupo de personas que conforman un equipo terapéutico, con el objetivo de abordar la problemática del drogadependiente en forma integral e interdisciplinaria; atendiendo las necesidades específicas de cada individuo que solicita asistencia (Portal Biocénico *Programa del Sol*, 2001).

La institución considera a la "adicción" como un estado de dependencia que lleva al individuo a la pérdida de su autonomía y de sus capacidades sociales; un intento inapropiado de resolver los conflictos provocados por una mala percepción de sí mismo y de su entorno, consecuencia de un ambiente temprano de privación que produce fallas evolutivas. En este contexto, el abuso de sustancias sería como intento reparatorio que agudiza la condición original por la dependencia; a la cual se le sumarían otros factores como la precariedad económica, abandono, etc., que perfilan en la "realidad" multicausal del fenómeno. Por esto, se considera importante abordar la problemática de las drogas reconociendo la realidad social y cultural del sujeto en cuestión, estilo de vida, y otras conductas de riesgo seguramente instaladas (manifestaciones agresivas de la conducta, delincuencia, etc.).

El tratamiento de rehabilitación debe constituirse para el paciente en un espacio nutricional y de sostén, que le facilite identificar e internalizar representaciones objetales diferentes. Este hecho solo será posible si se cuenta con un entorno que permita el desarrollo y crecimiento; para lograr relaciones positivas e íntimas, y que el sujeto llegue a responsabilizarse de su recuperación y abstinencia. El objetivo de esta modalidad de trabajo no se limita al abandono del consumo de sustancias, sino que apunta a brindar una mejor calidad de vida a la persona y su paralela inserción social.

Las investigaciones demuestran que los programas de las comunidades terapéuticas pueden ser modificados para tratar individuos con necesidades especiales incluyendo adolescentes, mujeres, personas con trastornos mentales severos, e individuos que están en el sistema de justicia criminal (NIDA, 1998).

Las opciones o servicios que ofrece la institución, en cuanto a modalidades de abordaje (tanto de la ciudad de Córdoba como de la localidad de Cosquín), son: asesoramiento familiar e individual, orientación para familiares, consultorios externos, asistencia familiar, intervención con jóvenes en conflicto con la ley penal, tratamientos ambulatorios, y tratamientos semi-residenciales (módulo de cuatro a ocho horas diarias). Las actividades terapéuticas, comprenden: terapia grupal (seis horas semanales), terapia individual psicológica (una hora semanal), asistencia familiar (entrevistas con el adicto y los miembros de la familia), grupos para padres (dos horas semanales), controles y seguimiento médico clínico y psiquiátrico, y actividades deportivas optativas. Además la institución divide su asistencia en tres módulos: matutino (asisten jóvenes judicializados), vespertino (adolescentes en su mayoría), y nocturno (adultos en su mayoría).

Las tres grandes etapas del tratamiento, son: admisión (diagnóstico y adaptación), tratamiento propiamente dicho y reinserción social (Goti, 2000); seguida de una etapa de seguimiento o postratamiento del paciente dado de alta. Teniendo en cuenta que el tratamiento propiamente dicho es la etapa en cual se examina la conflictiva intrapsíquica del sujeto y sus vínculos, y ya se ha logrado cierto grado de ordenamiento conductual y suspendido el consumo; sería el momento de mayor estabilidad de los rasgos de personalidad de los adolescentes. Además se supone, que si fuese posible reconocer y reforzar los aspectos adaptativos de la personalidad de los jóvenes adictos al mismo tiempo en que se trabaja en la elaboración de los conflictos, se estaría fortaleciendo el yo del sujeto para enfrentar las adversidades o posibles situaciones de riesgo de consumo y beneficiando a estas personas a partir de guiar en el establecimiento de vínculos saludables.

La familia es un factor importante, no solamente por su contribución histórica, sino como fuerza positiva o negativa, en pos o en contra de la continuidad del tratamiento. Los recursos con que cuenta la personalidad del paciente y la actitud de la familia, marcan el pronóstico (Medina Bisiach, 2006). A modo general se podría decir que el pronóstico es más favorable cuando se trata de personalidades neuróticas o con predominio de rasgos de este tipo, egodistonia (que al yo del sujeto le molesta o perturba el síntoma), y la adicción como un síntoma. También favorecería a estas personas la edad, el tiempo de consumo, la condición del ambiente familiar y la presión social (Mayer, 1997).

Considerando la temática de "personalidad y adicciones", hay autores que refieren a una relación entre los efectos buscados en la sustancia y la personalidad del consumidor, como compensatorios de funciones de un yo primitivo y los esfuerzos por desmentir el desvalimiento humano; por lo cual la sustancia elegida supliría la función faltante y garantizaría la voluptuosidad hipertrófica (Maldavsky, 1988). Otros han hablado del consumo de sustancias como un síntoma de sujetos traumatizados (Mayer, 1997), de rasgos de personalidad premórbidas como estructuras caracteropáticas con un alto grado de resentimiento (Musacchio de Zan y Ortiz Frágola, 1996), de la adicción asociada a personalidades de tipo limitrofes o borderline (Fernández Mouján, 1986), y de un desorden antisocial de la personalidad que se denota en los programas de tratamiento para adicciones (Newcomb y Bentler, 1989; citados por NIDA Research, 1995).

Teniendo en cuenta estas concepciones, se considera importante determinar los rasgos de personalidad predominantes del sujeto-paciente, ya que las estrategias terapéuticas deberían adecuarse a la persona y a su situación familiar-social. Además, se piensa que es fundamental identificar cuales son las necesidades más imperiosas del sujeto y diagnosticar el problema más urgente a abordar; como forma de disminuir las resistencias y deserciones. Paralelamente se debería utilizar enfoques que motiven a los individuos y que potencien sus recursos o áreas del yo libres de conflicto (Medina Bisiach, 2006). El reconocimiento y activación de los factores adaptativos del yo del adicto, resultarían beneficiosos durante el tratamiento, donde el sujeto debe enfrentar sus conflictos. Cabe preguntarse entonces, **"¿Habría alguna relación entre los psiquismos más adaptativos y las mejorías alcanzadas en el tratamiento de adicciones?"**.

"The National Institute of Drug Abuse" refiere que los resultados de los tratamientos individuales dependen del alcance y la naturaleza de los problemas presentes en el paciente, de que los componentes del tratamiento y los servicios relacionados sean apropiados, y del grado de motivación por parte del sujeto durante el proceso (NIDA, 1998).

Debido al bajo índice de rehabilitación (en la Argentina un 20% según E. Goti, 2000; 25% según la O.M.S., 1998; y un 40% según NIDA, 1998) y a la imprecisión de los indicadores relacionados al mismo, se considera ambicioso hablar de "éxito en el tratamiento"; el cuál consistiría en una posible compensación y/o recuperación (no se puede hablar nunca de curación). Razones por las cuáles surgen las siguientes preguntas: **"¿Cuáles serían los indicadores de recuperación o compensación?, ¿Implicarían sólo el abandono del consumo?", y "¿Cómo podría medirse la mejoría en el tratamiento de adicciones?"**. Estas incógnitas deberán resolverse considerando la concepción de adicciones que tiene la institución y qué consideran los miembros del equipo terapéutico que serían los parámetros relacionados con mejorías en el tratamiento.

A modo general, se considera que el "cambio por participación en una comunidad terapéutica" sería una transformación psicológica y/o conductual y/o interaccional como resultado de la adhesión al tratamiento y trabajo terapéutico. En el caso más óptimo, se trataría de una "mejoría" como ciclo de crecimiento autónomo en espiral, donde se entrelazan influencias y efectos en términos individuales y de las condiciones de vida que rodean al sujeto; se producen cambios por fenómenos de retroalimentación y potencialización de los efectos. El proceso de mejoría implicaría la promoción de un ciclo orientado hacia la recuperación y el crecimiento, en el cual los efectos positivos se eslabonan en una cadena (Fiorini, 1977); por lo tanto se puede evaluar en sucesivas instancias o en las distintas etapas del tratamiento.

Antecedentes

A modo general se refiere que la drogadicción es tan vieja como el hombre (Suchevich Berardi, 1997). Los antecedentes históricos se remontan antes de la era cristiana, pero el acto de drogarse tenía por lo general una función social, como la práctica de ciertos ritos o como medio para soportar un trabajo a grandes alturas. No se trataba de un hecho cotidiano y tampoco era individual, como ocurre en la actualidad (Mayer, 1997).

En obra "El malestar en la cultura." S. Freud (1930 [1929]) expresa que la vida nos es impuesta y resulta gravosa por los dolores, desengaños, tareas insolubles, y que para soportarla no podemos dejar de prescindir de calmantes de tres tipos: poderosas distracciones, satisfacciones sustitutivas y sustancias embriagadoras. Estas últimas influyen sobre nuestro cuerpo alterando su quimismo y funcionan como quitapenas que nos vuelven insensibles ante el sufrimiento. Aquí se destaca el uso "anestésico" que tendrían determinadas sustancias adictivas, que se utilizaban aparentemente con el objetivo de evadir conflictos y preocupaciones.

En la actualidad, se considera que en la mayoría de los casos, las drogas legales como el tabaco y el alcohol son la puerta de entrada al consumo de las sustancias ilegales. "Un joven que fuma marihuana a los catorce años, seguramente ha tomado alcohol en exceso a los doce, ha usado a lo mejor inhalantes antes y va a usar cocaína entre los quince y los dieciséis años. Dejar esas adicciones es difícil; solamente el veinticinco por ciento de los que consumen drogas en el mundo logra recuperarse, y este porcentaje disminuye aún más si se tienen en cuenta las recaídas." (OMS, 1998).

Debido a que los consumidores de drogas son incumbencia de un interrogante social y también un emergente de nuestra sociedad; los toxicómanos son enfermos que sufren y que necesitan de una intervención terapéutica (Olivestein, 1989). Para esto, el abordaje en comunidad terapéutica es considerado como la modalidad de rehabilitación de drogadictos con más índices de recuperación (Goti, 2000). La autora refiere que la actual denominación de "comunidad terapéutica" fue utilizada por primera vez hacia 1952 por un psiquiatra inglés llamado J. Maxwell; como nueva modalidad de tratamiento en Salud Mental para los ex combatientes de la Segunda Guerra Mundial, la cual consistía en asambleas en las que todos los integrantes del hospital participaban en situación de igualdad, en la organización diaria de las actividades.

Al tiempo después de la experiencia de J. Maxwell se desarrolló en California, una comunidad terapéutica en el campo de las adicciones, cuando un alcohólico rehabilitado (en Alcohólicos Anónimos) llamado C. E. Dederich, recibía en el garaje de su casa a heroinómanos y alcohólicos que buscaban reducir el consumo de drogas o lograr la abstinencia total. Inicialmente, aplicó el modelo de Alcohólicos Anónimos basado fundamentalmente en la sugestión; pero no resultó eficaz con drogadictos, por lo cual introdujo la variación del aislamiento o residencial. En 1958, C. E. Dederich funda "Synanon" como la primera comunidad terapéutica para la rehabilitación de drogadictos. Pero esta, fue incapaz de adaptarse a las necesidades progresivas y los cambios, y se terminó convirtiendo la comunidad en un culto. Los egresados de "Synanon" fundaron "Daylop" en 1963 en la ciudad de Nueva York, la cual marcó el verdadero comienzo de la extensión de las comunidades terapéuticas; incluyendo a los profesionales como operadores (Goti, 2000).

Teniendo en cuenta los elementos básicos de "Daylop", se fundó el "Proyecto Hombre" en Italia; que incluyó además nuevos instrumentos más acordes a la realidad cultural europea y latina, y se extendió notablemente (Goti, 2000). De este proyecto italiano se desprende el "Programa del Sol"; que por sus fundadores ha tomado lineamientos, y se ha particularizado, con modificaciones acordes a cambios progresivos y a las características de los sujetos de nuestra sociedad que consultan para el tratamiento de rehabilitación de drogadicción en la ciudad de Córdoba.

Se hipotetiza que una de las principales ventajas de este tipo de modalidad terapéutica se genera a partir de las dinámicas grupales, de la posibilidad de trabajar en diferentes dispositivos terapéuticos y los distintos niveles de análisis de las situaciones. Siguiendo esta línea, autores como I. Yalom (1985), plantearon en sus investigaciones que la semejanza, modelización y confrontación propias de los fenómenos de trabajo grupal, serían como "factores curativos" y principios para el logro de determinada eficacia terapéutica.

El "Estudio de los Resultados de los Tratamientos para el Abuso de Drogas" (DATOS), demostró que aquellos que completaban exitosamente el tratamiento en una comunidad terapéutica tenían niveles más bajos de: uso de cocaína, heroína, alcohol, comportamiento criminal, desempleo, e indicadores de depresión; que antes del tratamiento. Para realizar DATOS, se siguió a 2.345 admisiones a tratamientos residenciales en las comunidades terapéuticas de los Estados Unidos entre 1991 y 1993, y se demostró que era más probable que los adolescentes tratados en estos programas tuvieran experiencia previa con tratamientos para la drogadicción, problemas más severos, y un historial de problemas judiciales; que aquellos que estaban en programas libres de drogas no residenciales. A pesar de que son más difíciles de tratar, los adolescentes de las comunidades terapéuticas, tienen resultados mucho mejores en cuanto al uso de drogas, ajuste psicológico, rendimiento escolar y actividades criminales (NIDA, 1998).

Se han realizado en la ciudad de Córdoba valiosos estudios descriptivos llevados a cabo por la "Casa del Joven" sobre las diferencias que existen entre el perfil del adolescente consumidor de sustancias y el joven no consumidor (Presman y Avidano, 1991; citado por Dragotto, 2004), y estudios referidos a los factores psico-familiares, personales e institucionales, que incidieron en la duración de los tratamientos en la institución (Campana y Lío, 1997; citado por Dragotto, 2004).

Como antecedente más próximo a lo que se pretende investigar se considera un estudio realizado sobre "El perfil del paciente en tratamiento ambulatorio por trastornos por consumo de sustancias"; en el cual se describe las características demográficas, el patrón de uso de sustancias, la situación familiar, laboral y legal, de 211 pacientes solicitantes de tratamiento por abuso o dependencia. A estas personas, se le aplicaron entrevistas de admisión consecutivas, realizadas entre los meses de enero y agosto del año 2004.

Por otra parte, se presentaron datos de una encuesta sobre los niveles de información sobre el HIV/SIDA; los cuales enfatizan características generales sin profundizar en la personalidad. Entre las conclusiones arribadas en esta investigación, se destaca: la baja edad promedio de los pacientes, el alto grado de educación relativa, el alto porcentaje de acompañamiento familiar, la baja proporción de mujeres que buscan tratamiento, y que aquellos pacientes que manifiestan tener un nivel de información suficiente con respecto al HIV/SIDA parecen más proclives a conductas de auto y heterocuidado (realizar análisis, conversar con la pareja, informar a la pareja el resultado del test). Además, un tercio de los pacientes presentaron antecedentes familiares de adicción, y sólo uno de cada tres concurren por decisión propia (Dragotto, 2004).

Por relevamiento de datos entre el mes de enero del 2004 y diciembre del 2005; a partir de una encuesta realiza a 154 personas que demandaban tratamiento en el "Programa del Sol", se describieron las características del perfil de los demandantes, para revisar el modelo terapéutico y adecuarlo a las necesidades de quienes los consultan. Los resultados obtenidos informan, que: el 92% de los consultantes es de género masculino, la edad promedio oscila entre los 15 y 18 años, el estado civil es soltero, el 84% es oriundo de la Ciudad de Córdoba y barrios aledaños, y el 39% de los encuestados son derivados por instituciones públicas vinculadas a Juzgados de Prevención y Correccionales de menores. Con relación a la historia o patrones de consumos de sustancias psicoactivas, se observa que la edad de inicio muestra sus mayores porcentajes entre los consultantes de 12 a 15 años (59%), siendo la marihuana la sustancia de inicio en el consumo, seguida de inhalantes (8,8%), y correspondiendo el 7,5% a cocaína. Se observa como dato relevante que hay demandantes que se inician en el consumo de sustancias a muy tempranas edades; entre los 7 y los 11 años (S.O.S. País. *Programa del Sol*, 2006).

Otro aporte a considerar en esta investigación, es el de E. Medina Bisiach (2006), que plantea elaborar instrumentos que permitan comprobar en qué medida las personas en tratamiento en

comunidad terapéutica, alcanzan los objetivos de cada periodo. El investigador enfatiza en la importancia de la incorporación necesaria de pautas de aprendizaje significativo; como parte del proceso terapéutico. Realiza una investigación evaluando pacientes comunes o duales internados en una comunidad terapéutica normativa o modificada, seleccionando a aquellos sujetos que tengan la posibilidad de ingresar a la primera, segunda, o tercera etapa del tratamiento propiamente dicho. El cuestionario se diseñó de acuerdo a la experiencia y a preguntas del cuestionario de seguimiento para Pacientes Adictos de A. Washton (1995; citado por Medina Bisiach, 2006), y modificaciones del mismo por R. Labriola (2000; citado por Medina Bisiach, 2006).

En abril de 1998 el "The National Institute of Drug Abuse" organizó la Conferencia Nacional (Estados Unidos) sobre el Tratamiento para la Drogadicción. Allí se resumieron en una guía, los "Principios de Tratamientos Efectivos", que serían: la combinación adecuada del tipo de ambiente, intervenciones y los servicios de tratamientos acordes a los problemas y necesidades particulares de cada individuo; que el tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento; que debe abarcar las múltiples necesidades de la persona (médico, psicológico, social, vocacional y legal); que el plan de tratamiento del paciente debe ser continuamente evaluado y modificado si fuese necesario; que se debería asegurar que el plan se mantenga a la par con los cambios en las necesidades de la persona (asesoramiento o psicoterapia, terapia familiar, servicios sociales, entre otros); y que la forma de tratamiento sea apropiada para la edad, el sexo, el grupo étnico y la cultura del paciente. En síntesis, en el planteo anterior se destacaría la importancia de particularizar el tratamiento según las características y necesidades del paciente en cuestión, así como la importancia de la apreciación dinámica y situacional del sujeto (NIDA, 1998).

Además, para que el tratamiento sea efectivo, es esencial que el paciente lo continúe durante un período adecuado de tiempo. Las investigaciones indican que en la mayoría de los pacientes se comienza a ver una mejoría significativa después de tres meses de tratamiento. Como muchas personas con frecuencia dejan el tratamiento prematuramente, los programas deben incluir estrategias que comprometan y mantengan a los pacientes bajo tratamiento (NIDA, 1998).

La terapia individual, de grupo y otros tipos de terapias; constituyen componentes críticos del tratamiento efectivo para la drogadicción. Durante la terapia, los pacientes tratan sus problemas de motivación, desarrollan habilidades para rechazar el uso de la droga, reemplazan actividades donde se usan las drogas por actividades constructivas y útiles en las que no entra el consumo, y mejoran sus aptitudes para resolver problemas. En el caso de individuos con problemas de adicción o abuso de drogas, que al mismo tiempo tienen trastornos mentales, se debe tratar los dos problemas de una manera integrada (NIDA, 1998).

Las primeras aproximaciones al estudio de la personalidad en los individuos adictos a opiáceos, realizadas en España, intentaban delimitar o definir la existencia de la "personalidad adictiva", utilizando para su medida tests psicométricos diversos entre los cuales conviene resaltar el MMPI (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota) (Craig, 1982, Kosten y col, 1982; citado por Sánchez Hervás y Berjano Peirats, 1995). La importancia de este tipo de trabajos viene dada no sólo por las repercusiones clínicas y asistenciales que se deriven de sus resultados, sino porque además supone la aceptación de un modelo científico de explicación de las adicciones (bien sea de una orientación cognitivo-conductual, biológica, o psicodinámica).

Investigadores de Valencia, se propusieron buscar "Características de la personalidad en sujetos drogodependientes" en la comunidad terapéutica, con el objetivo de estudiar las posibles diferencias existentes entre un grupo de adictos a heroína y un grupo de sujetos sin problemas de adicción a drogas, tras administrarles a ambos grupos el cuestionario 16 PF de R. B. Cattell. Finalmente, los resultados mostraron escasas diferencias entre ambos grupos, y se concluyó en la dificultad de establecer características de personalidad que definan a los adictos a heroína. Los investigadores destacan que si bien se ha escrito mucho sobre trastornos de la personalidad, la mayor parte de esto tiene un carácter especulativo y anecdótico (Sánchez Hervás y Berjano Peirats, 1995).

Objetivos

Objetivo general

Describir los efectos y las mejorías alcanzadas como resultado de la participación de un adolescente en un tratamiento en comunidad terapéutica urbana.

Objetivos específicos

- ◆ Identificar mejorías en el tratamiento de adicciones en el contexto de la comunidad terapéutica urbana.
- ◆ Realizar un análisis integral y complementario de la personalidad del sujeto.
- ◆ Evaluar si hubo o no cambios en los rasgos de personalidad del joven como resultado de cinco meses de participación.
- ◆ Comparar el perfil del examinado; que se encuentra aún en tratamiento, con los perfiles de personalidad de dos adolescentes que han concluido el tratamiento.

Capítulo II MARCO TEORICO

A continuación, se describirá el concepto de dependencia a sustancias y la problemática social de la adicción, porqué el adolescente está en una etapa de riesgo, el tratamiento de rehabilitación en el marco de la comunidad terapéutica, las psicopatologías asociadas a adicciones en la adolescencia, y los factores que se consideran importantes evaluar en el paciente que abusa de sustancias.

Características generales de la adicción a sustancias

Primero, se quiere resumir que la "dependencia a sustancias" es un patrón desadaptativo de consumo que conlleva al deterioro o malestar, en un periodo continuado de doce meses; con tolerancia y abstinencia. Progresivamente, las cantidades comienzan a ser mayores o el periodo de consumo dura más tiempo. Además, hay un esfuerzo inconsistente por controlar la conducta adictiva, problemas psíquicos y físicos, empleo de tiempo para conseguir la sustancia y reducción de las actividades. Existen parámetros de tipo cognoscitivo, comportamental y fisiológico que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de problemas significativos relacionados con ella; y un patrón de repetida auto-administración que a menudo lleva a la tolerancia, abstinencia y a una ingestión compulsiva de la misma (DSM-IV, 1996).

En general se puede decir que, la situación adictiva de la drogadicción propiamente dicha se caracteriza por los fenómenos de intoxicación y dependencia en el plano físico y psíquico, que varían según el tipo de sustancia (Musacchio de Zan, 1996). La dependencia física es un estado adaptativo que se manifiesta por intensas alteraciones físicas cuando se suspende la administración de la droga; mientras que la dependencia psíquica, es el estado en el que una droga produce una sensación de satisfacción y una motivación psíquica que requiere de una administración periódica o continuada para evitar situaciones desagradables y producir placer (Eddi y Cols, 1965; citado por Carlson, 2006).

Según N. Carlson (2006) la verdadera adicción estaría causada por los efectos fisiológicos desagradables que suceden al adicto cuando intenta detener el consumo.

Para abordar un fenómeno individual y social tan complejo, se hace necesario contextualizarlo; lo cual implicaría considerar algunos rasgos críticos de la sociedad posmoderna que podrían generar un estado de sobreexcitación con un déficit elaborativo y propiciar la conducta adictiva. Las características más significativas serían: el empobrecimiento y la disgregación de la familia (caída de la función paterna y crisis del modelo familiar), el acortamiento de los tiempos para el procesamiento de la información (impuesto predominantemente por los medios de comunicación), y la universalización del modelo consumista adictivo acompañado de un crecimiento cada vez mayor de la cultura oral e imaginativa. Por otra parte, se hipotetiza que el grupo familiar fracasaría como mediatizador de las contradicciones sociales y como posibilidad identificatoria; fenómenos que podrían generar situaciones de vacío (Mayer, 1997).

Con esta descripción de la sociedad posmoderna, se quiere destacar que una forma de analizar el problema de las adicciones, podría centrarse en las relaciones familiares y culturales, de las cuales el toxicómano sería un emergente y chivo expiatorio (Ortiz Frágola y Musacchio de Zan, 1996). Indudablemente y de modo general, se podría decir que se trata de un fenómeno multicausal y que atañe al yo un sujeto; que muchas veces encuentra en la conducta adictiva una identidad y en la droga un referente grupal que unifica y masifica. Como la conducta adictiva puede prestarse como identidad a un yo débil, se supone que en el periodo de la adolescencia resultaría una "oportunidad bastante tentadora" de ser algo o alguien para cierto tipo de

personas. Por este motivo, se considera de fundamental importancia estudiar los rasgos de la personalidad de los jóvenes adictos y sus condiciones de vida, junto con los factores potencialmente patógenos, y principalmente aquellos factores adaptativos o promotores de conductas saludables.

Desde una perspectiva psicoanalítica, los autores caracterizan a los sujetos adictos como pacientes con rasgos de narcisismo patológico; dentro de los cuales se podrían mencionar: la preocupación constante por definir la identidad y problemática centrada en el sí mismo, que la identidad y la autoestima resultaría de la interacción con los otros, constante angustia vinculada a responder a un yo ideal o al negativo del ideal, alteraciones en la percepción y en la configuración del esquema corporal, dificultades para el registro (de conductas y emociones) y la comprensión empática, dependencias patológicas con los modos primarios de vínculos, fondo o estados depresivos constantes, y en algunos casos prevalecería un pensamiento confusional ligado al vínculo fusional infantil (Fiorini, 2006). Este perfil descrito caracterizaría a los trastornos narcisistas en etapas adultas, y debe tenerse en cuenta que en la adolescencia muchos de estos rasgos pueden presentarse en relación con las crisis evolutivas normales y habría dificultades inherentes a configurar y remodelar una identidad; como tareas esenciales de esta etapa vital.

Para H. Heinrich (2001), la principal característica frecuente en el toxicómano es el acting out. Además, si se tiene en cuenta la descripción general de la persona adicta, se destaca: que padecen de un trauma actual o que se mantiene presente continuamente (marcas como signos de percepción o hecho sin representación palabra, que avasalla el psiquismo con cantidad de libido, que podrá o no ser procesado y simbolizado), que el acting out estaría dirigido a un otro como pedido o demanda (como forma de descarga inconsciente que da la sensación de homeostasis y coraza a lo que no se tolera en el aparato psíquico), y dificultades para establecer transferencia (no hay otro). En función a este último punto, se cree importante destacar que lo dificultoso sería lograr una transferencia neurótica, puesto que estos pacientes adictos poseen ciertos rasgos narcisistas que dan a la transferencia fenómenos de fuerte idealización y la posibilidad de suplir necesidades evolutivas no logradas en los vínculos infantiles con los otros significativos (Kohut, 1986). De todos modos, se cree pertinente mencionar que así como se habla de pacientes en su aspecto humano y particularizante, se deberían hablar de transferencias propias de los rasgos de personalidad de cada individuo.

Por otra parte, se quiere señalar que las adicciones así como en otras patologías de acto, habría fallas en el nivel de la constitución del psiquismo relacionadas especialmente con el preconsciente; como fallas en la construcción de la represión originaria o fundante (Bleichmar, 2000). En el psiquismo de estas personas, ingresaría en un primer momento represión primaria (la cultura; por eso no son psicóticos), pero habría inscripción por intromisión de determinadas situaciones traumáticas que no pueden ser simbolizadas por una falla en la función auxiliadora (que derivarían de fallas de la función materna). Por este motivo, el trauma sería actual, se repetiría como pulsión de muerte, tendería a la descarga a modo de acting out con poca capacidad de simbolización (y por ende de demorar los impulsos), y los adictos serían "sujetos traumatizados"¹.

En cuanto a la estructuración del psiquismo del adicto (y de otras psicopatologías graves como las psicosomáticas, trastornos de la alimentación, y patologías fronterizas), se plantea como esquema de funcionamiento la "tercera tónica"²; donde el aparato psíquico tendría dos modos de funcionamiento inevitablemente coexistentes sin relación transaccional y con una doble dinámica: "vertical" característica de la lógica de la represión, y "horizontal" propia de la escisión. La tercera tónica consiste en la modificación de la segunda tónica de S. Freud (gráfico de 1923) y el esquema presentado en 1933; donde este autor plantea la escisión como movimiento fundante del aparato psíquico en la lógica del fetichismo. R. Zukerfeld (1992/1999)

¹ "El trauma psíquico remite a una herida, a una ruptura de superficie, a la emergencia de una magnitud de excitación exorbitante que no puede ser ligada, elaborada, por el psiquismo, en particular por el Yo..." H. Mayer (1997, p.126). *Adicciones: Un mal de la posmodernidad. Teoría, clínica, abordajes*. Buenos Aires: Editorial Corregidor.

² Término que utiliza "Green (1975) a propósito del narcisismo y la relación de objeto, y Marucco (1978 y 1980) a modo interrogativo acerca de la necesidad teórica en relación con la escisión y el inconsciente escindido. Luego Marucco (1996), plantea la tercera tónica como modelo que permitiría representar la estructura de un aparato psíquico escindido". Zukerfeld, R. y Zukerfeld Zonis, R. (1999, p.22). *Psicoanálisis. Tercera tónica y vulnerabilidad somática*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

refiere que habrían dos niveles de funcionamiento psíquico según predomine una estructura edípica conflictiva (EEC) universal y común a todo sujeto hablante constituida por la existencia de la represión (sueños, transferencia, síntomas, actos fallidos, pensamiento y fantasías); o predomine el funcionamiento propio de inconsciente escindido, pensado como estructura narcisista nirvánica (ENN) universal y común a todo sujeto vivo (dinámica pura del narcisismo tanático y el campo de lo nunca representado). Estas dos estructuras u organizaciones se expanden una sobre la otra, predominando por momentos, por un efecto de barrido o vaivén; movimiento permanente hacia la derecha (EEC) y hacia la izquierda (ENN). De modo tal, que siempre junto a una percepción realista existe una desmentida de la percepción. Las condiciones patológicas se piensan en el modelo de la tercera tópica, en relación a la pérdida de la dinámica de barrido sea por cristalización "a la derecha" (psiconeurosis), "a la izquierda" (patologías narcisistas, adicciones, entre otras) o "al centro" (perversiones) (Zukerfeld & Zukerfeld Zonis, 1999).

La adicción a objetos y sustancias será la heredera directa de la falla en la capacidad de pensar, del fracaso de la actividad de la fantasía, de la incapacidad para jugar, del reemplazo de la palabra por el acto, del cambio del objeto vivo y deseante por la cosa concreta. En las personalidades adictivas persiste una necesidad y dependencia extrema de los otros, y al mismo tiempo una intensa rabia por tener que depender. Permanentemente se jugarían en los vínculos de los sujetos adictos angustias por la tendencia a la dependencia y al mismo tiempo el temor a la intrusión. Por este motivo, se dificultaría en este tipo de personas establecer una relación "verdadera" con un otro, ya que estarían pendientes de regular los vínculos y sostener una identidad precaria a costa de los demás. Se supone que ver al otro como tal le implicaría el compromiso de reconocerlo y cuidarlo; funciones que ni siquiera puede disponer para sí (fallas en las funciones de continencia). Sólo utilizaría objetos que supuestamente puede controlar, tomar y abandonar a su voluntad. De otra manera, se podría decir que "los otros" también actúan como sustancias adictivas, funcionando como tranquilizantes o continentes del teatro psíquico del adicto. Los compromisos adictivos se desarrollan en un "teatro transicional", caracterizado por una dependencia que esclaviza a la persona, y porque los actores son objetos inanimados y parciales. El teatro interno de los dramas psíquicos está externalizado en el mundo o descargándose psicósomáticamente. Los sujetos adictos se aferrarían a la sustancia como "objetos transicionales patológicos", en un escenario a medio camino entre la madre interna y la externa. Los objetos adictivos se buscarían en el exterior, como sustitutos simbólicos de la madre de la infancia (Mc Dougall, 1987).

Para la escenificación de los dramas se requiere de la cooperación del yo de los otros, que a veces ignoran la expulsión proyectiva, y el adicto ignora que el otro representa el papel rechazado. Son intérpretes externos, maleables y con una cualidad compulsiva que los empuja (Mc Dougall, 1987).

En cuanto a la estructura edípica, es primaria u organización pseudo-edípica, ya que la madre sin repudiar al padre se relaciona con el hijo como si fuese la prolongación narcisista de su propio self. El cuerpo del niño está poco diferenciado del cuerpo de la madre, y cualquier contacto erótico se vive inconscientemente como peligro de ser absorbido (las relaciones amenazan la identidad) y morir. Luego, la imagen del padre sirve para borrar el hecho de que la relación edípica esté constituida sobre la relación arcaica fantaseada de: "la madre abisal y el niño tapón" (Mc Dougall, 1987).

La economía psíquica se regularía a través de la descarga-en-actos: de acción y reacción. La elaboración mínima o la sustitución funcionan como métodos destinados a mantener la homeostasis. Los actos inmediatos y repetitivos sirven además para huida o retirada de las situaciones dolorosas, acompañados por la destrucción psíquica de las representaciones no deseadas y del afecto unido a las mismas. Los actos forman parte de una "coraza psíquica" o falso self con una tendencia económica al acting out y la descarga de la tensión. Hay un cierto grado de repudio del conflicto desaprobado y expulsado. La fragilidad interna hace incapaces a estas personas de contener y elaborar; ya que la madre solícita jamás ha sido introyectada. En la vida cotidiana, buscan en el mundo exterior; en forma de sustancia, sexualidad, o uso adictivo de los demás esa madre, queriendo llenar el vacío y crear una vivencia ilusoria de cuidado propio. Hay una incapacidad de desempeñar un papel "parental" protector consigo mismos y esperan que las personas que los rodean puedan

hacerse cargo de sus necesidades físicas y emocionales. La compulsión a la repetición y la fuerza anti-vida, se destaca en el deseo de verse libre de todo deseo (Mc Dougall, 1987).

Por lo general, son traídos a la consulta porque presentan un grado de egosintonía que los hace negar la enfermedad y/o el malestar; y sólo se reconocen enfermos cuando la adicción a alcanzado estados de deterioro en las actividades físicas, cognitivas, conductuales y sociales (les dificulta "seguir viviendo").

Las crisis, inherentes a la vida, pueden ser percibidas como un cambio brusco en el curso de un proceso; como ruptura, herida o engaño que despierta el temor a la muerte o destrucción del sistema afectado. Las drogas funcionarían como suturas aspirando a juntar bordes o llenar agujeros, que remiten a heridas que despertaron y despiertan angustias de castración o angustias de disolución (Kaës, 1979, citado por Mayer, 1997). Esta angustia primitiva, giraría en torno al derecho de existir y de poseer una identidad separada.

En las personas adictas es muy común el pensamiento mágico omnipotente, la desmentida a la muerte y vivencias de desestructuración interior; incluso pueden darse fenómenos de repetición de lo idéntico que deriva de lo "ominoso"³; por un fallo en la represión (originaria) y la pérdida de la consistencia del yo. En cuanto al discurso de la persona adicta, se caracterizaría por ser de tipo encubridor, y no tener palabras para las emociones o alexitimia. La incapacidad de reconocer los estados afectivos, se debe una carencia vital (no es una forma de defensa). En algunas ocasiones, la alexitimia funciona como defensa ante los temores psicóticos, como un intento de autocura o de impedir el retorno a un estado traumático. En algunos pacientes, se debe saber distinguir la asociación libre de un habla asociativa que no conduce a nada, porque le falta la dimensión afectiva (Mc Dougall, 1987).

El pensamiento es operatorio deslibinizado. Los trastornos que originan un déficit en la instauración del pensamiento simbólico, se relacionarían con diferentes tipos de fracaso en la estructuración del psiquismo, y en la construcción de los objetos internos; existiría una elaboración reactiva del conflicto dependencia-independencia, la patología del uso de los objetos y la persistencia de formas primitivas de ambivalencia. En la adolescencia estas características se actualizan y complejizan (Mc Dougall, 1987).

En síntesis, se trataría en la mayoría de los casos, de pacientes narcisistas con déficit en la constitución yoica, que buscan en la sustancia un sustituto simbólico de la madre y llenar los huecos en el sentimiento de identidad (el vacío y abandono) (Mc Dougall, 1987).

La adolescencia como etapa de riesgo y las dependencias patológicas

La adolescencia es un periodo de la vida en el cual intervienen en su configuración elementos somáticos, psíquicos y sociales; que deben tenerse en cuenta para lograr un enfoque situacional. Además, por ser la adolescencia una etapa de duelo, el yo del sujeto entraría en un periodo de crisis (Fernández Mouján, 1986). Las crisis son saludables como momento de definición, ya que resultarían condición y causa de la resolución de la enfermedad (Marcelli y Braconnier, 1986; citado en Musacchio de Zan y Ortiz Frágola, 1996).

Se supone que el intervalo temporal en que transcurre la adolescencia comienza a los 11-12 años y se extiende hasta los 18-20. Se puede dividir en "adolescencia temprana" entre los 11-14 años (que coincide con la pubertad), y luego de un segundo periodo de "juventud" o "adolescencia tardía" entre los 15-20 años; teniendo en cuenta que su prolongación hasta llegar a la adultez, dependerá de factores sociales, culturales, ambientales, así como de la adaptación personal. Actualmente la adolescencia se extiende hasta los veinticinco años o más debido a una prolongación en la transición de la pubertad a la posibilidad de asumir roles adultos e independizarse de la familia nuclear (Beatty y Chalk, 2006).

³ Los factores de lo ominoso son la compulsión a la repetición, el pensamiento animista y la magia, la muerte, y la castración. S. Freud (1919). Lo ominoso. - Tomo XVII - *Obras completas* (2002). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

La pubertad se refiere al logro de la maduración sexual por cambios neuroendocrinos, mientras que la adolescencia es un periodo de transición entre la niñez y la adultez; como proceso de series de eventos. Para una exitosa negociación en el desarrollo transicional de la juventud a la adultez, los adolescentes deben adquirir destrezas para independizarse. El desarrollo de la convicción de los adolescentes se basa en enfrentar riesgos y experiencias estresantes y traumáticas; y ellos lo hacen de manera más productiva que los adultos (Spear, 2000).

Muchos investigadores están intentado evaluar la manera en que influyen los distintos entornos en el sistema biológico y el desarrollo psicológico; para lograr una comprensión interdisciplinaria y coherente de los adolescentes. R. Dalh (citado por Beatty y Chalk, 2006) enfatiza la importancia de estudiar al adolescente en este marco, considerando los aportes de la psiquiatría, la pediatría, endocrinología, la neurociencia, y otras áreas que puedan integrarse para una mejor comprensión de las fuentes de influencia en todo el desarrollo de los adolescentes. Se debe tener siempre presente, que el adolescente como persona está inmerso en un sistema jerárquico de otros sistemas (el de sus relaciones bipersonales, el familiar, el comunitario, el sociocultural) y conformado a su vez por subsistemas (sistema nervioso central, sistemas orgánicos, tejidos, células) (Gómez de Giraud, 2000). Por este motivo, se cree necesario considerar los factores socioculturales e interaccionales, los factores psicológicos, y los factores biopsicológicos y cognitivos; para una comprensión integral y situacional del periodo de la adolescencia. Además, el valor transdisciplinario de las investigaciones, estaría dado por los beneficios en el trabajo clínico y por las posibilidades de pensar en nuevas políticas sociales (Beatty y Chalk, 2006).

FACTORES SOCIO-CULTURALES E INTERACCIONALES

Desde un enfoque cultural la adolescencia, no sería un fenómeno universal (Mead, 1972; citado por Marcelli y Braconnier, 1986), y mientras más compleja es la sociedad estudiada, más conflictiva y larga es la adolescencia (trabajos de Malinowski y Benedict; citado por Marcelli y Braconnier, 1986). Las características de la adolescencia variarían según: el nivel de duración (ritos de paso), los métodos adoptados para la socialización del individuo, y los tipos de culturas.

Desde una postura interaccionista, se considera que la gente joven del siglo veintiuno, son la primera generación que crece en un mundo caracterizado por la comunicación global instantánea, el SIDA y el exceso usados por el terrorismo como un arma política, que compiten en una economía global, y han pasado la mayoría de la niñez viviendo en un hogar con familias monoparentales o de padres divorciados. Reconociendo este significativo y rápido cambio en el contexto social que afecta la vida de los adolescentes, se producen cambios en los procesos biológicos y comportamentales (Beatty y Chalk, 2006). Además, desde la perspectiva de la "Psicoterapias psicoanalítica breve"; también se propone realizar un análisis situacional o de las condiciones de vida del paciente, teniendo en cuenta: características socioculturales, económicas, ideológicas, históricas y el momento evolutivo; tanto del paciente como del grupo social del cual forma parte (Florini, 1977).

En la actualidad la pubertad, como etapa de cambios biológicos, comienza a más temprana edad que hace un siglo atrás (alrededor de los ocho años para las mujeres y los nueve para los varones): los chicos crecen en estatura, desarrollan características físicas de los adultos tempranamente, y producen hormonas que controlan el desarrollo de la sexualidad. En muchas de las sociedades tradicionales el intervalo entre la pubertad y hablar de roles adultos como el matrimonio y conseguir un empleo, iba de dos a cuatro años. Actualmente, este período se ha extendido de ocho a quince años, incrementando la dependencia y prolongado en el tiempo la adquisición de habilidades y responsabilidades adultas. Esto influye significativamente en la relación de los adolescentes con los adultos y con las instituciones; donde interactúan. Al mismo tiempo cambian las normas y las expectativas socioculturales desarrolladas (los estilos de ropa y la música con la tecnología), afectando dramáticamente los contextos donde los jóvenes se desarrollan. R. Dahl (2005; citado por Beatty y Chalk, 2006) se refiere a esto como "caja de lata en el cerebro de los adolescentes" ("tinderbox in

the teenager brain”), que pueden causar dificultades en presencia de ciertos estresores o en ausencia de personas claves que sostengan y contengan.

El alargamiento de este periodo de transición y dependencia por consecuencia, podría ser una de las más importantes causas de diferencias en el desarrollo de los adolescentes; lo que motivó a varios investigadores a realizar estudios focalizados en la población de 18 a 25 años como “adultez en emergencia.” Se supone que la estrategia que fortalece el soporte social en esta transición de vulnerabilidad, sería un razonamiento crítico; particularmente para los adolescentes que crecieron en un ambiente de riesgo. Esto es importante en el momento de lograr habilidades de control y regulación de las emociones; a utilizarse en situaciones donde los adolescentes se encuentran solos (sin la opinión concreta de su familia), o que necesitan habilidades de autocontrol (Beatty y Chalk, 2006).

Estudios realizados en Estados Unidos que analizan factores ambientales, físicos y las condiciones sociales más amplias que rodean al adolescente; identificaron como importantes factores agotadores: la falta de vivienda, el acceso limitado a una educación universitaria y pocas oportunidades laborales, y el vivir en un ambiente urbano propensaría a la fácil disponibilidad de drogas y dificultaría la abstinencia (Reinherz, 2000; Dawes, 2000; Schulenberg, 1996; citados por Deas y Thomas, 2002).

Los datos demuestran que la fuerza de las influencias ambientales disminuye a mediados de la última adolescencia (es decir, entre 16 y 18 años de la edad), mientras que la fuerza de influencias genéticas aumenta (Rose, 1998; citado por Deas y Thomas, 2002). Las variables de la familia continúan ejerciendo una influencia fuerte, no sólo porque la mayoría de los adolescentes todavía valoran a su familia como modelo de comportamientos, sino también porque estos factores abarcan una amplia gama de influencias. Por ejemplo, los factores de la familia incluyen: la dinámica de la estructura familiar (el tamaño de la familia, las relaciones entre los hermanos, y si el adolescente vive con la madre, el padre, o ambos padres), y las influencias genéticas de los padres y/o de los hermanos (la presencia o la ausencia de antecedentes familiares usuarios de drogas). Varios estudios refieren que los adolescentes con padres y/o hermanos consumidores, tendrían un riesgo creciente de desarrollar los desórdenes de uso de drogas (Reinherz y otros., 2000; Kilpatrick y otros., 2000; citados por Deas y Thomas, 2002). Esta asociación se podría relacionar con una predisposición genética compartida o con los factores no genéticos, tales como habilidades parentales deterioradas, la mayor disponibilidad de drogas, y/o la mayor aceptación parental percibida con respecto al uso de drogas. Interesante, un estudio encontró que aunque un padre era abusador de drogas, su presencia en el hogar podía proporcionar una mayor protección contra el desarrollo de los problemas relacionados al uso de drogas en los adolescentes; que su ausencia (Tarter y otros., 2001; citado por Deas y Thomas, 2002).

La adolescencia representa a un grupo social con características socio-culturales reconocibles y particulares propias de la época. Probablemente, la organización social en clases de edad (niños, adolescentes, adultos y ancianos), podría estar sustituyendo en parte la vieja jerarquización social que ha perdido su rigidez (Marcelli y Braconnier, 1986).

En cuanto a las interacciones sociales, los adolescentes pasan la mayor parte el día con sus pares y se reporta que ellos son más felices cuando están con sus amigos. Estas interacciones fuera del núcleo familiar favorecen a la transición e independencia. Pero las interacciones pueden facilitar comportamientos antisociales o la conformidad con este tipo de comportamientos (engaños, destrucción de la propiedad, etc.). La adolescencia frecuentemente se caracteriza por el incremento en la percepción del número de conflictos entre los adolescentes y sus padres. Por otra parte, los adolescentes tienen características comportamentales que incluyen aumentos en las interacciones sociales con sus pares y aumenta la búsqueda de novedad y la toma de conductas de riesgo. Para esto, exploran nuevas áreas y se dispersan a “lugares no familiares” (emigran, por ejemplo); lo que en algunos casos beneficiaría al logro de la independencia. No solo la cantidad sino también la cualidad de las interacciones en la adolescencia, servirían quizá en parte para inhibir la agresión. La agresión no resultaría incompatible con los vínculos sociales. Pero para integrarse a nuevos grupos deben recurrir a habilidades de afabilidad y cooperación con los extraños (Spear, 2000).

Se considera, que los lazos entre pares son típicamente más fuertes en los adolescentes jóvenes; de menos de 16 años de edad. El uso de drogas por los pares se relaciona a la iniciación del consumo; más que a la continuación del uso (Swadi 1999; citado por Deas y Thomas, 2002). El grupo es para el adolescente el medio gracias al cual halla sus identificaciones (con sus miembros y con una ideología), una protección (del adulto, de sí mismo, de la propia sexualidad), una exaltación (potencia y fuerza del grupo), y un rol social. La dependencia al grupo llega a ser a menudo extrema, y los jóvenes adolescentes serían como individuos aislados reunidos, entre las dependencias y los conformismos (Marcelli y Braconnier, 1986).

Por otra parte, el enfoque familiar, estaría uniendo ambas dimensiones, social y cultural. La problemática intrapsíquica del adolescente frente a las imágenes parentales y tipos de relaciones de objeto se desarrolla en torno a la denominada segunda fase de individuación-separación (Marcelli y Braconnier, 1986). Los padres ejercen diferentes influencias según la edad de los niños y adolescentes, y esto los afecta a distinta profundidad.

Se quiere mencionar nuevamente algunos de los rasgos críticos de la sociedad posmoderna, como: el empobrecimiento y la disgregación de la familia, el acortamiento de los tiempos para el procesamiento de la información, y la universalización del modelo consumista adictivo acompañado de un crecimiento cada vez mayor de la cultura oral e imaginativa; que podrían generar un estado de sobreexcitación con un déficit elaborativo y propiciar la conducta adictiva. En la actualidad, el grupo familiar, con cierto grado de participación de los medios de comunicación, serían los encargados de los procesos de socialización de los individuos, y la familia cumpliría además la función de mediatizadora de las contradicciones sociales y como posibilidad identificatoria (Mayer, 1997). Un ejemplo claro de cómo influye la posmodernidad en la vida y el desarrollo de los adolescentes, sería el problema por la estimulación psicofísica con actividades como la televisión, los videos juegos, la computadora, las conversaciones por teléfono o e-mail con sus amigos, etc. Esto hace que los adolescentes se acuesten más tarde y se afecten las funciones en desarrollo; promoviendo además que se vuelvan impacientes en sus funciones cognitivas, y emocionales, generando estrés y desordenes o problemas de sueño (Beatty y Chalk, 2006).

FACTORES PSICOLOGICOS

En varias investigaciones realizadas en Estados Unidos a cargo de NIDA, se identificaron factores psicológicos relacionados constantemente con un riesgo creciente a los problemas de uso de drogas, en los adolescentes. Estos serían principalmente: una baja tolerancia a la frustración y alta dependencia a la recompensa. La constelación de rasgos mencionada, primero fue vinculada al riesgo de alcoholismo en adultos, y luego se demostró que se podía aplicar a los adolescentes en riesgo al uso de drogas. Otro factor psicológico que se constató asociado a la iniciación y de la continuación del uso de drogas, es la elevada agresividad. Por otra parte, si bien los adolescentes con desórdenes de uso de drogas pueden experimentar autoestima baja; la misma no sería un factor causal para el desarrollo del desorden (Swadi, 1999; citado por Deas y Thomas, 2002).

Además, se supone que los acontecimientos de vida agotadores o traumáticos, también aumentan el riesgo de los adolescentes a desarrollar problemas de consumo. Por ejemplo, en una investigación se encontró que los adolescentes que atestiguaron o experimentaron asalto físico y/o sexual tenían mayor riesgo de desarrollar desórdenes de uso de drogas; que los adolescentes sin tales experiencias (Kilpatrick y Col., 2000; citado por Deas y Thomas, 2002).

Por otra parte, la presencia de desórdenes psiquiátricos puede servir como factor de riesgo de comorbilidad; por la concurrencia de un desorden afectivo o de ansiedad con un desorden del uso de drogas. Se supone que la depresión y los trastornos de ansiedad, serían factores de riesgo para el uso de sustancias. La depresión durante adolescencia se liga a los pensamientos y los comportamientos suicidas; especialmente en los adolescentes que también utilizan drogas (Clark y otros, 1997; citado por Deas y Thomas, 2002).

Los investigadores encontraron que los desórdenes de ansiedad coexistían con uso de drogas; y los síntomas de la ansiedad generalmente predataban al consumo, por cerca de dos años. Se supondría que los adolescentes afectados utilizan a menudo drogas para hacer frente a las experiencias traumáticas. Esta teoría es apoyada por un estudio que explora las historias traumáticas de adolescentes con los desórdenes del uso del alcohol (Clark y otros, 1997; citado por Deas y Thomas, 2002).

En cuanto al proceso psicológico psicodinámico del adolescente, es relativamente homogéneo según las sociedades. Siguiendo a S. Freud, se reconoce la importancia de la pubertad como acceso a la sexualidad y por consiguiente al reagrupamiento de las pulsiones parciales bajo la primacía de la pulsión genital. Pero D. Marcelli y A. Braconnier (1986) refieren que habría variaciones según los autores, acentuando un aspecto específico:

- ◆ **La excitación sexual y las modificaciones pulsionales:** La pubertad se caracterizaría por la capacidad orgásmica y advenimiento de la capacidad reproductora, que conlleva a una explosión libidinal y pulsional genital con regresión a las pulsiones pregenitales (Terrier, 1980; citado por Marcelli y Braconnier, 1986).
- ◆ **La problemática del cuerpo:** Con las modificaciones fisiológicas y psicológicas, se abre el acceso a la sexualidad genital y surgen modificaciones en las percepciones sobre el cuerpo en el ámbito de lo real, imaginario y de lo simbólico. El adolescente se enfrenta a la transformación de su cuerpo que le era instrumento de medida y referencia en la relación con el entorno (Haim, 1970; citado por Marcelli y Braconnier, 1986).
- ◆ **La adolescencia como trabajo de duelo:** Por el movimiento intrapsíquico, ligado a una experiencia de separación de las personas influyentes en la infancia, un cambio en las formas de relación, en los proyectos, etc. El duelo se daría por el cuerpo infantil, el mundo infantil y los padres de la infancia (Fernández Mouján, 1986).
- ◆ **Los mecanismos de defensa:** La intelectualización y ascetismo, escisión y mecanismos asociados, y paso al acto. Según A. Freud (1958; citado por Marcelli y Braconnier, 1986), la intelectualización es un mecanismo defensivo del yo para controlar las pulsiones a nivel del pensamiento, y el ascetismo sirve para controlar mejor las pulsiones del cuerpo (en particular la masturbación). Por otra parte, en las relaciones que establece el adolescente con su entorno inmediato, se jugaría una crisis en el estado límite transitorio que podría ser lo que lleva al adolescente a adoptar mecanismos arcaicos como la escisión, identificación proyectiva, y otros más adaptados como el rechazo o la inhibición. Por último, el paso al acto, iría desde su forma extrema en el cuadro de la psicopatía hasta una modalidad de protección de un conflicto como única salida (Marcelli y Braconnier, 1986).
- ◆ **El narcisismo:** En relación a lo cuantitativo y a lo dinámico (egoísmo y grandiosidad). El adolescente debe escoger nuevos objetos, pero también debe escogerse a sí mismo como objeto de interés, estima, y respeto. La forma en la que ciertos adolescentes maltratan el cuerpo, es un signo de sus dificultades narcisistas. Además, el narcisismo en la adolescencia está igualmente en relación con el narcisismo parental proyectado sobre el niño; podrá sentirse grandioso o muy desvalorizado al no poder alcanzar los ideales paternos (Marcelli y Braconnier, 1986).
- ◆ **El lugar del Ideal del Yo:** En la adolescencia se produce una búsqueda de una imagen satisfactoria y de apoyo narcisista de sí mismo (Kestemberg, 1975). Para S. Lebovici (1966; citado por Marcelli y Braconnier, 1986), el conflicto superyo-Ideal del yo, es clave en la adolescencia y se explica a través del fracaso de ciertas conductas compulsivas. Para P. Blos (1979; citado por Marcelli y Braconnier, 1986), el Ideal del yo es el heredero del proceso de la adolescencia.
- ◆ **Identidad y las identificaciones:** Para el adolescente la búsqueda de su identidad será aprehendida de dos formas: como una continuidad de búsqueda desde la edad temprana, y como un trabajo identificatorio que dependerá de la calidad de los objetos mediadores. Las dificultades en los procesos de identificación pueden desembocar en trastornos de identidad y cuadros psicopatológicos (Erikson, 1972; citado por Marcelli y Braconnier, 1986).

♦ **El grupo como transición y base de identificaciones:** La necesidad de los adolescentes de estar en grupos respondería a una motivación intrapsíquica, la revelación del Ideal del yo y que los pares son mediadores de identificaciones. Pero también el grupo será utilizado para hacer la sintomatología de la adolescencia en potencia; exteriorización de conductas, omnipotencia y disminución de angustias (Winnicott, 1975, y Meltzer, 1977; citado por Marcelli y Braconnier, 1986).

FACTORES BIOPSIKOLÓGICOS Y DEL DESARROLLO COGNITIVO

Desde una perspectiva biológica, la pubertad (9-12 años) implica la maduración sexual; que comprende alcanzar el estado de fertilidad, el estirón del adolescente y el desarrollo de caracteres sexuales secundarios (pilosidad, aumento del volumen de los órganos sexuales, acné, etc.). En la pubertad aumenta la liberación hormonal (desde el hipotálamo) por parte de la glándula pituitaria anterior, que produce el crecimiento corporal al actuar sobre huesos y tejidos. Además se libera la hormona ganotrópica y la adenocorticotrópica que provocarán la liberación, por parte de las gónadas y de la corteza adrenal (regula la glucosa y la sal en la sangre, y libera esteroides sexuales), de las hormonas gonadales y adrenales encargadas de la maduración de los genitales y del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (Pinel, 2001).

Teniendo en cuenta la maduración sexual normal en la pubertad, en los varones son más elevados los niveles de andrógenos (principalmente testosterona), mientras en las mujeres son más altos los niveles de estrógenos (Pinel, 2001).

Todos los cambios antes mencionados, que se originan en el sistema endócrino, encuentran su manifestación en diferentes conductas frecuentes en los adolescentes, como: los cambios de humor, un aumento en la intensidad de las emociones (romances y toma de riesgos) y la necesidad de dormir más horas que los adultos. R. Dahl y E. Shirtcliff (2005; citados por Beatty y Chalk, 2006), se ocuparon de investigar los cambios en el desarrollo y en la maduración cerebral; destacando que la maduración cognitiva típica ocurre de manera más lenta e independiente al desarrollo sexual (más relacionado con la pubertad). Como consecuencia de esto, la maduración sexual se alcanza a los doce o trece años y la maduración cognitiva a los veinte años. La capacidad de los adolescentes para la lógica, el razonamiento, y la planificación; continúan desarrollándose como las capacidades para resolver problemas y capacidades para entender las consecuencias a largo plazo de sus comportamientos. La flexibilidad y la rapidez de las conexiones neuronales que gobiernan estas y otras funciones; se ven influenciadas por lo genético, la experiencia, el contexto social, y el aprendizaje de emociones. Este proceso biológico combinado con un desarrollo cognitivo incompleto y los modelos deficitarios presentados por el ambiente en el cual el adolescente vive, hacen al joven vulnerable en lo emocional y dificultan su comportamiento (ejemplo: depresiones y ansiedad social); podrían influir en la regulación del apetito, variaciones en la motivación (ejemplo: abuso de sustancias, y desórdenes alimenticios), y en la impulsividad (ejemplo: comportamientos antisociales y exceso de riesgos).

Además el desarrollo neuronal toma lugar en un contexto, influenciado por un entorno social y por sus propias opciones y preferencias, como consecuencias de sus decisiones. Algunos dictados genéticos como el temperamento y particulares predisposiciones físicas y características mentales, afectan la vida diaria (Spear, 2000).

Nuevos estudios se focalizan en la interacción de los modelos neuro-comportamentales y los contextos sociales que afectan el desarrollo de los adolescentes. E. Shirtcliff (2005, citado por Beatty y Chalk, 2006) ofrece algunas ideas sobre lo neuroendocrino en el desarrollo puberal. Piensa que lo endocrino influye en el desarrollo normal como regulador de desórdenes, ya que las hormonas identifican áreas de vulnerabilidad o predisponen biológicamente. La autora explica que las hormonas funcionan de modo diferente y en mayor medida en los adolescentes, que en los adultos; y sus conexiones y niveles no afectan tan directamente el comportamiento en la adultez.

Se mencionan tres perspectivas (Beatty y Chalk, 2006) sobre "lo endocrino y lo comportamental". La primera sería que el círculo hormonal se corresponde directamente con los círculos de cambios de humor y

otros comportamientos. Un dato importante recientemente observado es que algunas hormonas son muy activas desde la vida del niño; hasta en el útero y en los dos primeros años de vida. Durante la infancia hay un largo control inhibitorio, y el sistema endocrino emerge en la pubertad. La idea de base es que ciertas hormonas impulsarían un desarrollo endocrino en aumento, y potencial desequilibrio; con consecuencias a largo o corto plazo en el comportamiento. Haciendo alusión a esto, se plantea el ejemplo de los adolescentes son más sensitivos cuando las fluctuaciones hormonales son mayores porque sus cuerpos están en el proceso de ajustar la reactivación de un gran número de hormonas. Estas son más abruptas e irregulares que en los adultos. Una segunda perspectiva sería el modelo biosocial que se focaliza en la interacción de los niveles hormonales y los contextos sociales; basados en los datos de que las buenas relaciones con los padres parecerían proteger a los adolescentes de los potenciales efectos dañinos, de los bajos o altos niveles de testosterona. Una tercera visión sería que las hormonas son las responsables del desarrollo de los caracteres secundarios, y esto afecta la imagen del cuerpo, las relaciones sociales, el humor y otras áreas de fluctuaciones en la vida. Algunas intervenciones refieren que los contextos sociales, el incremento social de soporte y la disminución en el nivel de estrés en el ambiente de un individuo; afectan las funciones de ciertas influencias hormonales. Por ejemplo: altos niveles de testosterona podrían contribuir al liderazgo y dominancia social en un contexto, y llevar a conductas de riesgo en otro contexto. La presencia o ausencia de soporte parental influye en la regulación de la impulsividad, el autocontrol, y las señales emocionales.

Siguiendo los aportes de L. Spear (2000), la corteza prefrontal y el lóbulo límbico son regiones del cerebro que en la adolescencia atraviesan una variedad de alteraciones, incluyendo un aparente cambio en el balance entre el sistema dopaminérgico mesocortical y lo mesolímbico. Se desarrollan cambios en esta región sensitiva y estresora o de tensiones, que serían críticos para la atribución de un incentivo para las drogas y otro tipo de estimulantes. La tesis principal de la autora consiste en que algunos cambios en el cerebro específicos de la edad y del comportamiento de los adolescentes, contribuirían a la propensión al uso de drogas. Es característico de la edad que se incrementen la toma de riesgos; quizá menos promovida en la pubertad, que en la adolescencia. Las alteraciones neuronales de los adolescentes generan particulares estrategias de comportamiento; que además no están determinadas. Esto predispondría a los adolescentes a iniciarse en el uso del alcohol y de otras drogas, más que en cualquier otra edad.

Valiosos resultados se han obtenido en experimentos con ratas y primates sobre el funcionamiento cerebral del periodo de la adolescencia. La validez de trasladar los modelos de investigación con animales, se utiliza teniendo en cuenta la literatura (historia, sintomatología corporal, y características neuronales y hormonales) y la complejidad de adaptar los modelos animales a la psicopatología humana (Spear, 2000).

Se sugiere que la percepción y la incidencia estresante de determinados eventos, es mayor en la adolescencia, que en la niñez y adultez. Los adolescentes presentan mayor presión sanguínea, variaciones cardíacas e incrementos de noradrenalina cuando responden procesos de pruebas en los laboratorios. Se supone que si una persona es expuesta a situaciones estresantes, esto induciría a la activación del sistema hipotálamo-pituitaria-adrenal que aumentaría la sensibilidad; lo que podría generar también reacciones antisociales y agresivas. La activación de este sistema tiene una retroalimentación negativa con la estimulación de receptores de glucocorticoides como los del hipotálamo; que propensa a la activación del sistema hipotálamo-pituitaria-adrenal. Aparentemente el uso de drogas aumentaría el nivel de corticosterona en la sangre, lo que disminuiría los niveles de tensión corporal y psíquica (Spear, 2000).

Por definición el periodo de transición de la adolescencia es desequilibrante y disruptiva, y está repleta de oportunidades para el crecimiento y el peligro. La participación en la delincuencia aparece como algo normal en la adolescencia. La toma de riesgos aumenta la mortalidad adolescente por homicidios, suicidios y accidentes (85%). Otros riesgos incluyen ir preso, embarazos no deseados, contagio de SIDA, y el uso de drogas y alcohol. Los adolescentes que toman riesgos creen ser más aceptados por sus pares y ven esto como algo divertido, y se piensan que bajo los efectos de las drogas tienen más competencias sociales (Spear, 2000).

CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

La búsqueda de riesgos, emociones y desafíos con un cierto grado de autorregulación; es una característica de los adolescentes como intentos de expandir y consolidar el self (Lichtenberg, 1982). Las conductas de riesgo cumplen un papel positivo muy importante en el tránsito de la adolescencia a la etapa adulta, en la medida que pueden ser funcionales para: lograr la autonomía de los padres, permitir cuestionar normas y valores vigentes, aprender a afrontar situaciones de ansiedad y frustración, lograr la estructuración del self, y afirmar y consolidar el proceso de maduración. Pero es necesario discriminar cuándo una conducta de riesgo pone en peligro la salud o la vida del adolescente, y cuando afecta la integridad o ponen en juego la vida los otros. Los adolescentes se pueden exponer a perjuicios graves para su salud como el alcoholismo, la drogadicción, los accidentes, la delincuencia, la violencia, la anorexia y bulimia, el embarazo adolescente, las enfermedades de transmisión sexual, etc. (Gómez de Giraudó, 2000).

S. Anderson y Colab. (1998; citado por Spear, 2000), distinguen la toma de riesgos reactiva de la activa; la cual implicaría el desarrollo en la experimentación de una adaptación positiva, éxitos y nuevas fuentes de recursos. Los individuos a veces se engañan pensando que en la toma de riesgos obtienen cosas positivas, porque les produce sensaciones de novedad, completud e intensidad de experiencia. Se supone que la más frecuente razón para iniciarse en el uso de drogas es la curiosidad o la necesidad de buscar una experiencia nueva y diferente. Los riesgos parecen necesarios para mantener "a raya" la adrenalina.

En la adolescencia aumenta la fuerza, la velocidad, el tiempo de reacción, se ponen a prueba las resistencias al frío y al calor, y la capacidad de recuperarse de las heridas. Resulta difícil controlar el comportamiento y las emociones que ponen a los adolescentes en un camino de alto riesgo entre los accidentes, el suicidio, homicidio, depresión, abuso de sustancias, desordenes alimentarios, violencia, conductas sexuales de riesgo; como primeras causas de heridas, enfermedades y de muerte en la gente joven. "Agregarle riesgo a la vida" depende de una compleja interacción de múltiples influencias. La combinación de capacidades incompletas para tomar decisiones, la impulsibilidad y la inestabilidad emocional; resulta una conjunción peligrosa en un contexto cultural que estimula los comportamientos de riesgo y es fuente de riesgo para los adolescentes. La mezcla de las vulnerabilidades mentales y un entorno social que no provee suficiente soporte y protección, será potencialmente dañino para los jóvenes (Beatty y Chalk, 2006).

El abuso de sustancia es una de las fuentes de riesgo para los adolescentes. L. Chassin (2006; citado por Beatty y Chalk, 2006) plantea características claves de estos sujetos, como: sensibilidad incrementada con recompensas inmediatas, la focalización en recompensas sociales, la inmadurez inhibitoria y para la autorregulación, el aumento de los riesgos y la búsqueda de sensaciones, y la dificultad de regular el humor. Además L. Chassin agrega, que los adolescentes son independientes del control parental y se exponen a variedades de tensiones; incluyendo un dormir insuficiente, dietas pobres y tensiones sociales. La sustancia usada es funcional, y dependiendo de la motivación del adolescente, provoca sensaciones de calma ante algunas experiencias tensionantes.

L. Chassin describe un espiral social de experimentación asociada a los grupos y que comenzaría en la escuela. Los datos sugieren que en la adolescencia la sensibilidad de los efectos a las sustancias es menor que en otras etapas de la vida. La historia y los procesos familiares son factores protectivos o de riesgo (relaciones disfuncionales, disturbios, y violencia).

Las tres causas de mortalidad en los adolescentes debido a suicidios, accidentes, y homicidios están altamente relacionadas con el abuso de sustancias (Beatty y Chalk, 2006).

Se piensa que los adolescentes que optan por conductas de riesgo lo harían como una característica evolutiva propia de este período (egocentrismo y fantasean con "historias personales omnipotentes" anulando su vulnerabilidad), y por la existencia de ciertos rasgos de personalidad (necesidad de aventura, poco control de sus impulsos y grandes montos de energía). Habría una necesidad de exposición constante a conductas de riesgo y el grado de las mismas, podría deberse a: la historia personal del sujeto y tendencias al paso al acto, la percepción subjetiva del impacto de las cosas que le toca vivir y capacidades cognitivas para el afrontamiento, una carencia de redes de apoyo y bajo nivel de integración yoica.

Siguiendo a M. Casullo (1998; citado por Gómez de Giraudo, 2000) la diferencia operativa entre el riesgo propio de la adolescencia y las conductas aberrantes estaría en que estos jóvenes de la crónica policial no estaban decidiendo con libertad sobre su vida, ajustando su conducta al principio de realidad, adaptándose activamente (con sus acciones), al contexto sociocultural ni convencidos a nivel consciente, que lo que hacían era congruente con su sistema de creencias o valores. Es decir que desde lo individual y subjetivo, serían respuestas emergentes ligadas a trastornos de personalidad relacionados con baja autoestima, sentimientos de tristeza, soledad, aislamiento, e impulsividad que, sumados a esa conducta de riesgo habitual en la adolescencia; configuran un patrón de respuesta patológico.

Muchas veces las sustancias adictivas provocan en las personas distorsiones senso-perceptivas que perturban el sentido de sí mismo, y crean la ilusión de expansión del self con modificaciones en el esquema corporal. Los adolescentes estarían alentados por el desafío personal de consumir algo prohibido. Por esto, las funciones yoicas y la relación con el ambiente se vuelve riesgosa, alternando mecanismos contrafóbicos y proyecciones (Gómez de Giraudo, 2000).

EL ADOLESCENTE CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN

J. Shedler y J. Block (1990; citados por Spear, 2000) sugieren que el uso ocasional de drogas durante la adolescencia sería una expresión de un desarrollo de apropiación experimental; como lo es la búsqueda de sensaciones y novedad. Pero la dependencia a las drogas, al alcohol y los cigarrillos, se desarrolla rápidamente. La mayoría de los adolescentes que abusan de las sustancias son policonsumidores, y esto contribuye a una variedad de efectos adversos. La edad y el nivel social se asocian a la variedad de acceso a las drogas y la sensibilidad a las mismas.

La utilización temprana edad de drogas posibilitaría llegar a situaciones de abuso. Así también como la cronificación del uso se vincularía a problemas y comportamientos ilegales, e incrementaría la toma de conductas de riesgo y comportamientos agresivos (Spear, 2000).

Habría un número considerable de potenciales fuentes de estrés en la adolescencia, como cambios puberales, cambios ambientales-sociales, desarrollos emocionales, y movimientos de independencia. Es una época de tormenta y tensiones, y momento para negociar. Esto podría contribuir ontogenéticamente en la producción de cuadros psicopatológicos (en el caso de la depresión y la esquizofrenia). Las mujeres parecen más vulnerables al estrés que los varones (Spaer, 2000).

Desde una perspectiva psicodinámica se piensa que las experiencias infantiles frustradoras, y en especial las relacionadas con la carencia de continente y estabilidad; estructurarían un yo empobrecido y desconfiado. Los objetos obligan a la organización mental patológica y no pueden estructurarse los precursores del yo propiamente dicho (sobre la base de la espontaneidad y las experiencias con el mundo); porque ha quedado paralizado sin poder desarrollar un sí mismo. En su lugar, se genera un falso self, con identificaciones alienantes. Cuando se repiten las situaciones traumáticas, se canalizan por un sadismo primario en forma de relaciones sadomasoquistas con los objetos internalizados; empobreciendo el crecimiento yoico. En la adolescencia estos conflictos se reactualizan y se juegan en una búsqueda por la propia identidad (Fernández Muján, 1986).

Como un rasgo común de los usuarios de sustancias psicoactivas, se podría mencionar que la automedicación y/o droga sirve como apoyatura para sostener una identidad precaria. Además, es característico de los adictos, un sentimiento de resentimiento que puede estructurar rasgos caracteropáticos manifestados por una disposición afectiva que lleva al individuo a revivir ofensas y reaccionar de manera hostil, como consecuencia de experiencias tempranas y/o carencias. El resentimiento se vivencia como abandono o falla en la provisión de amor; y esto le generaría dolor. Existe una natural indefensión ante el fracaso de la omnipotencia primitiva, lo que provoca la continua descarga; pues a mayor conflicto se aumenta el peligro de abandono. Se supone que estaría enquistada la necesidad de cariño y protección, y surgiría la necesidad de venganza; que dificulta la posibilidad del desarrollo de la afectividad y de las relaciones de objeto. Por la herida

narcisista provocada, se constituiría un yo megalomaniaco reactivo (prótesis débil e insuficiente, con primitivismo oral) con sentimientos de inferioridad subyacentes. De las identificaciones introyectivas patológicas; en donde el resentimiento pasa a ser una forma de revivir ofensas para la estructura caracteropática, se genera una vulnerabilidad de carácter. Se hipotetiza que este tipo de personas rechazarían las injusticias, sentirían lástima por sí mismos (como placer psíquico masoquista), y proyectarían en la realidad las partes del yo identificados con los objetos malos. Se manejarían predominantemente con la creencia de que han sufrido y se han privado, por lo que tienen derecho a que se los excuse de requerimientos y no se sometan a ninguna necesidad que consideren desagradable; ya que son excepcionales y piensan seguir siéndolo (Musacchio de Zan y Ortiz Frágola, 1996).

El precario desarrollo del sí-mismo con una identidad pobre, obliga al yo a recurrir a vínculos patógenos introyectados. En la identificación patológica, se incorporan elementos que actúan como presencia invasora y exigente, obligando a una reestructuración y sometimiento de las funciones elementales. En este contexto, se plantea que la droga es una defensa contra la depresión anaclítica producto del abandono, y "ser adicto" sería una identidad precaria o falso self para compensar la falla básica estructural. Las tendencias a la dependencia oral, activan defensas contra los tipos más primitivos de ansiedad relacionados con la dependencia primaria (Musacchio de Zan y Ortiz Frágola, 1996).

Tratamiento de rehabilitación en comunidad terapéutica urbana

La comunidad terapéutica es una modalidad de tratamiento residencial o un programa pautado con horarios de asistencia, que tiene como finalidad central la rehabilitación de sujetos adictos.

Los adolescentes que se inscriben a comunidades terapéuticas residenciales libres de drogas, son por lo general jóvenes con abuso severo de la sustancia y con la disfunción de otros problemas serios en sus vidas a causa de la droga. Se caracterizan por tener una personalidad con déficit concomitante en las habilidades sociales, educativas, económicas y de supervivencia (De Leon, 1986; citado por NIDA Research; 1995). Considerando esta perspectiva global, se recomienda un acercamiento multidimensional para la rehabilitación.

Los residentes adolescentes participan en la estructura de autoridad horizontal de la comunidad terapéutica; compartiendo la responsabilidad de las actividades diarias. Sin embargo, no participan en la estructura de autoridad vertical de la comunidad terapéutica; todas las actividades del personal son supervisadas y ellos tienen el último control sobre las decisiones (igualdad de la operación) (NIDA Research, 1995).

Se podría decir que se asemeja en su estructuración a una "gran familia" (supliría las funciones parentales) con jerarquías, normas, actividades y responsabilidades a seguir en un clima respetuoso. Se genera así, un medio altamente estructurado a través de un sistema de presión artificialmente configurado, para que el adicto "actúe" su patología frente a sus pares, y esto sirva para confrontar al sujeto con el mundo social y desarrollar una genuina conciencia de enfermedad. Además, se pretende también lograr un ordenamiento espacio-temporal, que funcione como cobertura ante lo pulsional (pertenencia y de protección) y ofrecer modelos identificatorios que plantean un proyecto personal y colectivo (Goti, 2000)

Comparando los adultos en tratamiento con los adolescentes; estos últimos tienen menos implicación con los opiáceos, y períodos más cortos de abuso de la droga (por su edad más joven), aunque la iniciación es generalmente anterior que para los adultos y tienen mayor implicación con marihuana y alcohol. La necesidad de acomodar el tratamiento a las diferencias individuales y etarias; facilita la maduración y tratar circunstancias culturales y sociales (NIDA Research; 1995).

Con la participación de la familia en el proceso terapéutico, se logró hacer más corta la duración de los mismos para los adolescentes. El uso limitado de la presión del par, que se centra en influencias positivas en el tratamiento, y fomentar la confianza en los compañeros y sus experiencias de vida; serviría para entender sobre lo personal y los comportamientos (NIDA Research; 1995).

Desde una consideración psicoanalítica, "la comunidad terapéutica con su estructura y dinámica vendría a suplir rectificadamente ciertas funciones parentales que se caracterizaron por su inadecuación. La falta de una presencia paterna valorada como tal por la familia y, particularmente por la mirada materna, suele manifestarse en los hijos como desprecio por las normas que se cuestionarán por sentir las como una limitación a la actuación de los impulsos, esto es, a los que ellos suponen su libertad." (H. Mayer, 1997, p.25).

La comunidad está sectorizada en distintos grupos, desde los cuales se aprovecha el vínculo transferencial para estimular la progresiva diferenciación (proceso de cualificación), que contrarresta la tendencia-resistencia a la masificación. Hasta el momento, esta modalidad terapéutica resultó ser un marco de abordaje eficaz y útil, que plantea generar una realidad viviente (similar a la vida misma) con un lenguaje sencillo, concreto y directo. El grupo, es el gran espejo viviente que pone de manifiesto defensas, actuaciones, soberbias y máscaras de autosuficiencia (Goti, 2000; Mayer, 1997).

LAS ETAPAS DEL TRATAMIENTO EN COMUNIDAD TERAPEUTICA

Por otra parte, existen tres grandes momentos en el pasaje por la comunidad terapéutica: la admisión, el tratamiento propiamente dicho, y la reinserción social. La admisión, como período abarcaría desde el primer contacto con el sujeto (como situación óptima con su familia en el caso de los menores) a la adaptación del mismo a las normas de la comunidad terapéutica. Se buscaría lograr cierta consistencia en la conducta a través de la estabilización del consumo, el aprendizaje del rol de ayudar a otros; junto a otros rituales, valores y normas para el funcionamiento en la comunidad. Se generan así cambios importantes en todos los aspectos exteriores, los cuales serían principalmente a nivel del lenguaje, las compañías, conductas (tardanzas, gestos, fugas, entres otras), y el aseo.

La etapa de tratamiento propiamente dicho, consistiría fundamentalmente en que el sujeto adicto se enfrente consigo mismo; con todo lo doloroso que produce culpa, angustia, y desesperación; entre otros sentimientos (Goti, 2000). R. Zukerfeld (1999) supone que los pacientes se apoyarían entre ellos por identificación primaria o modelización; ya que sufren la misma problemática, se comprenderán y no se juzgaran. La idea general sería que el adolescente ascienda a situaciones de mayor responsabilidad y que se vaya intensificando el contacto con el mundo exterior.

Por último, la etapa de reinserción comprendería el momento en el cual el sujeto debe encarar el mundo exterior (familia, trabajo, estudios, manejo del dinero, entre otros) y renegociar grados de autonomía. Se caracteriza por ser una situación de alta tensión emocional, de balance, y de despedidas. La mayoría de las comunidades terapéuticas incluyen en esta etapa y posterior a la misma, sistemas de contención y asesoramiento a modo de una etapa seguimiento para los sujetos dados de alta (Goti, 2000). Esta última etapa o servicio de postratamiento; resulta indispensable, y tiene el objetivo de facilitar la transición del tratamiento primario a mantener una forma de vida libre de drogas (idealmente) dentro de comunidad (más grande) y con responsabilidades sociales (De Leon 1990-1991; Hawkins y Catalano 1985; Leukefeld y Tims 1989; citados por NIDA Research, 1995).

Se sugiere que la recuperación implica mantener dos tareas básicas: aumentar la capacidad del paciente de funcionar con eficacia en una comunidad más grande, y ayudarlo a construir una red social que lo apoye en una vida libre de drogas. A menudo, el proceso de postratamiento implica períodos de recaída; por lo tanto, habría una necesidad de ocuparse de los procesos logrados en el tratamiento primario (De Leon 1990-1991; Hawkins y Catalano 1985; Marlatt y George 1984; McAuliffe 1989; citados por NIDA Research, 1995).

Dos estudios realizados en Estados Unidos; el "Programa de divulgación del abuso de la droga" (Simpson 1979; citado por NIDA Research, 1995) y el "Estudio anticipado de resultado del tratamiento" (Hubbard y otros., 1985; citados por NIDA Research, 1995), proporcionan cierta información de carácter general sobre las recaídas de los adolescentes en la etapa de postratamiento. El riesgo más grande de recaída aparece durante los primeros seis a doce meses, después de terminado el tratamiento. La recaída del primer

año, se clasifica por tipo la droga del tratamiento previo de la dependencia; y se ha encontrado que el alcohol y la marihuana son las drogas más usuales en las recaídas (NIDA Research, 1995).

Por otra parte, el número de recaídas indican que la abstinencia total puede ser un objetivo poco realista; y desde una perspectiva de la investigación, puede conducir a medidas de resultado de tratamiento insensibles o poco veraces. Esto posiblemente estaría enmascarando el hecho de que los adolescentes son una población en constante riesgo (NIDA Research, 1995), y que la rehabilitación no se vincula exclusivamente al abandono del consumo.

MODALIDAD DE TRABAJO

A modo general se podría decir que la modalidad de trabajo se basa esencialmente, en señalamientos que tendrían la finalidad de coartar las actividades impulsivas y promover la canalización de los sentimientos. Otro modo de intervención frecuentemente utilizado sería la confrontación, con el objetivo de mostrar al sujeto aspectos de la realidad o características de la situación, que resultan contradictorios. Se cree importante destacar que la interpretación se usaría excepcionalmente para la disolución de las transferencias negativas fuertemente resistenciales. En general no se usa demasiado, pues material reprimido es pobre, las palabras están desvalorizadas, y la simbolización es escasa o está inhibida (Mayer, 1997).

Como estrategia general el terapeuta debería estimular al yo observador del paciente, para hacer consciente lo distónico. El terapeuta tendría que comprender los sentimientos del paciente, mostrarse empático, y ofrecer una visión especular del paciente a favor de sus aspectos sanos y sin condenar los enfermos; para fomentar la confianza y la transferencia positiva (Zukerfeld, 1992). "El terapeuta debe estimular en sí mismo una constante disociación para devolver adecuadamente las proyecciones patológicas, comprender y estudiar con el paciente las situaciones traumáticas, intentar disminuir la maldad del objeto interno (sin transformarlo a él en el malo), y auscultar permanentemente la contratransferencia adecuando el contenido para que el paciente no se sienta atacado, abandonado, etc. El terapeuta debe de tener una robusta salud mental." (A. Musacchio de Zan y A. Ortiz Frágola, 1996, p. 146).

Por otra parte, la modalidad autogestiva ha tenido una importante influencia en el campo de la psicósomática, adicciones, trastornos de la alimentación, y patologías fronterizas. La misma se caracteriza por tres principios básicos: semejanza o identificaciones primarias, modelización o construcción del Ideal, y confrontación o percepción de la realidad. La homogeneidad se genera por semejanza (narcisista), y surgen alianzas fraternas en una trama de yo grupal; con el fin de desarrollar los recursos yoicos de los integrantes. En cuanto a la modelización ocurre cuando el propio grupo (en el marco de un compromiso emocional), considerando las normas, construyen un modelo o ideal en una condición humana básica de solidaridad (semejanza, esperanza y confianza). La confrontación supone la puesta a prueba las subjetividades con relación al mecanismo de percepción-desmentida. De esta manera, se evidencia el grado de tolerancia a la frustración frente a lo traumático y las reacciones individuales y grupales (Zukerfeld y Zukerfeld Zonis, 1999).

R. Zukerfeld (1992) considera que las patologías graves son las más beneficiadas por la autogestión, porque necesitan continentes estables, desculpabilizadores, generadores de esperanza y no regresivos. Se trataría de un protagonismo escalonado en la constitución de aquel continente; en la oscilación de la dependencia y la independencia.

Algunos autores como R. Zukerfeld (1992), se ocuparon de identificar criterios generales que dificultarían el nivel de analizabilidad de determinados sujetos adictos, como: la carencia de egodistonia, la dificultad para ser sinceros, que la capacidad de simbolización está afectada, y el poco grado de compromiso con el tratamiento. Otros aspectos que podrían dificultar el tratamiento de los pacientes adictos, es que el residente típico del programa de comunidad terapéutica tiene problemas más severos, concurrentes en el ámbito de la salud mental y más involucramiento criminal; que el sujeto que responde a otros tipos de tratamiento para la adicción (NIDA, 1998). Además, el sujeto adicto es muy difícil de tratar solamente con psicoanálisis y estarían desaconsejadas las terapias individuales; ya que las mismas privilegian la acción, el

adicto no tolera los límites, tiene baja la autoestima, gran rencor y culpa (Musacchio de Zan y Ortiz Frágola, 1996).

SOBRE LA TERMINACION DEL TRATAMIENTO

Tanto el paciente como el equipo terapéutico y los demás miembros de la institución, deben afrontar el duelo ocasionado por la finalización del vínculo terapéutico. Las capacidades para enfrentar adecuadamente el duelo, serán condición fundamental para un eficaz manejo técnico de la situación. Además, debe tener en cuenta que un sujeto con un yo relativamente fuerte para tolerar las frustraciones, y que el paciente viva la finalización del tratamiento como una oportunidad de poner en práctica lo aprendido; serían indicadores de una mejor aceptación de la separación (Braier, 1999).

Se supone que la separación de la institución afectará al paciente con una intensidad variable dependiendo de la estructura de personalidad que presente. E. Braier (1999) refiere que la terminación repercute más en quienes establecen vínculos de características simbióticas, regresivas y altamente dependientes; así como en aquellos cuya dependencia ha sido fomentada durante el tratamiento. En ocasiones pueden aparecer intensas ansiedades y llegar a movilizarse incluso el temor a la muerte o a la locura. El autor destaca que sería interesante ver cuál es el destino de la transferencia en aquellos pacientes que por diferentes motivos no toleran suficientemente la separación. Esto se manifiesta de distintas maneras, como: el afloramiento de nuevos conflictos, retrocesos y empeoramientos, hostilidad transferencial, acting out, defensas maníacas, y reacción terapéutica negativa. La aparición de nuevos conflictos podría vincularse al deseo del paciente de permanecer ligado a la institución. Los retrocesos y empeoramientos, que se observan con mayor asiduidad en las etapas terminales, serían un intento de evitar la separación y obtener beneficios secundarias a través de recaídas. La hostilidad transferencial estaría relacionada con la vivencia del paciente que la separación es un abandono por parte del terapeuta. La tendencia al acting out ante el incremento de la ansiedad debe ser evitada; como así también una reacción terapéutica negativa, que implicaría el abandono brusco del tratamiento por parte del paciente (se supone que el paciente abandonaría para no sentir el abandono del terapeuta) (Braier, 1999).

Algunos autores destacan que la separación repercute más en el terapeuta que el paciente (Ferrari y Marticorena, 1968; citados por Braier, 1999). Supuestamente, el/los terapeuta/s se resistirían a reconocer los progresos del paciente, por no querer renunciar a las satisfacciones simbióticas y por las propias incapacidades de realizar duelos.

Psicopatologías asociadas a adicciones en la adolescencia

La droga y el abuso se relacionan con desórdenes mentales; de por lo menos dos maneras. Primero, su existencia y predominio requieren un agente externo (la droga), y varían según la disponibilidad y la potencia del entorno. En segundo lugar, los desórdenes del abuso de drogas implican una persona dispuesta (el abusador); activo participante en la generación de estos desórdenes. Si los individuos no eligieran injerir estas sustancias o las drogas no estuvieran disponibles, no habría desorden. Sin embargo, muchas drogas están extensamente disponibles para los adolescentes y la mayoría de los adolescentes están dispuestos a injerir por lo menos alguna de estas. En los desórdenes de abuso de drogas, los adolescentes no son un grupo homogéneo de síndromes; las ramificaciones de tratar tales desórdenes deben considerar las actitudes, comportamientos, y que ocurre en las relaciones sociales dentro de las cuales el joven se droga (Newcomb y Bentler, 1989; citados NIDA Research, 1995).

El consumo de sustancias puede darse en cualquier estructura de personalidad, y se considera que las psicopatologías se estructuran basándose en el predominio defensivo que aparece frente al complejo de

castración o el horror a la diferencia. En las adicciones, se utilizan predominantemente, los mecanismos de desmentida (de la propia muerte) y la escisión; los cuales son característicos de las patologías narcisistas de fijación oral sádica (Tulián, 2004).

Como ya se mencionó, varios autores han hablado de personalidades pre-mórbidas frecuentes en los sujetos adictos, como estructuras caracteropáticas con un alto grado de resentimiento (Musacchio de Zan y Ortiz Frágola, 1996), y personalidades borderline (Fernández Mouján, 1986). También se ha hablado de la adicción como síntoma (Mayer, 1997) posible en cualquier estructura. Otros autores suponen la existencia de un síndrome de desviación, que caracterizaría en general a los adolescentes que se drogan; como desvío que se manifiesta en el comportamiento. Esto se denota en los programas de tratamiento como desorden antisocial la personalidad; con una marcada agresividad y presencia de conductas impulsivas y bajo control familiar; que sería más frecuente en el sexo masculino (Newcomb y Bentler, 1989; citados NIDA Research, 1995).

Las adicciones se ubican dentro de las patologías graves; las cuales se caracterizan por: situaciones de carencia o exceso de vínculo materno, déficit de las funciones yoicas a nivel del pensamiento y del control de los impulsos, y defectos en la constitución de la identidad y el uso de mecanismos como la desmentida (Zukerfeld, 1992). Otros autores como J. Mc Dougall (1978), señalan que los mecanismos primarios en las relaciones adictivas son la escisión y la identificación proyectiva. Además, existiría una ambivalencia fundamental hacia el objeto y sentimiento de incapacidad para tolerar las tensiones emocionales, como cualidad evasiva de ser uno con los aspectos ideales del objeto; y desconfiar y protegerse de él.

Por otra parte, se debe tener en cuenta que el sentimiento depresivo durante la adolescencia es el fondo común que impregna todas las manifestaciones emocionales y conductuales; debido a los duelos que los adolescentes tienen que afrontar (Fernández Mouján, 1986). En el caso de los sujetos adictos, este sentimiento estaría intensificado por sensaciones de vacío en la identidad y vivencias de abandono (Mc Dougall, 1987).

A continuación, se exponen los cuadros psicopatológicos asociados a adicciones en adolescentes, teniendo en cuenta los aportes de O. Fernández Mouján (1986) y D. Marcelli y A. Braconnier (1986). Las descripciones de estos autores servirán como esquema teórico para hipotetizar sobre los rasgos de personalidad presentes en el sujeto en tratamiento. Por otra parte, se quiere destacar que la nomenclatura a exponer se seleccionó por su clara distinción entre las estructuras, porque se refiere a la etapa evolutiva en estudio, y ya que continúa vigente su clasificación.

NEUROSIS

O. Fernández Mouján (1986) plantea la existencia de "neurosis típicas" en la adolescencia; fóbica para los varones y con el período preferencial psicopatológica en la pubertad, y en las mujeres la histeria de conversión a los quince años. Cuando éstas fracasan, surgen las "neurosis atípicas", con un incremento de la agresión que debe ser controlada; los varones lo realizan mediante la anulación (neurosis obsesiva), y las mujeres por mecanismos narcisistas (neurosis depresiva).

Las neurosis son emergentes de la crisis por la identidad. El duelo básico de la adolescencia consiste en separarse de la identidad infantil; lo que pone en movimiento un monto de ansiedad; que dependerá de cómo fueron incorporadas las identificaciones más tempranas (Fernández Mouján, 1986).

Según D. Marcelli y A. Braconnier (1986), más que en cualquier otra edad de la vida, en la adolescencia es débil el lazo entre la conducta sintomática y la estructura psíquica, y su sobreestimación debe ser prudente en el establecimiento de un diagnóstico estructural. Es más útil distinguir en la adolescencia los reajustes neuróticos (aspecto temporal, sin prejuzgar su futuro en término estructural) más frecuentes, de los casos de neurosis aparente constituida. Las neurosis monosintomáticas graves en la adolescencia tienen un destino mucho más abierto, como descompensaciones de índole psicótico. Las obsesiones-compulsiones graves en la adolescencia evolucionan hacia estados esquizofrénicos.

A modo general, tres aspectos se consideran importantes para valorar los síntomas frecuentes en la adolescencia: fijeza de los mismos, la intensidad de la angustia ante el fracaso del síntoma, y los trastornos de carácter que acompañan a toda neurosis (Marcelli y Braconnier, 1986).

Histeria de conversión

La angustia surge ante el temor al objeto rechazado internalizado y temor a perder el objeto aceptado externalizado (Fairbairn, 1962; citado por Fernández Mouján, 1986). Aparecen las técnicas de la seducción al objeto aceptado para compensar el objeto rechazado; pero cuando esto fracasa y tras seducir tienen que volver a rechazar porque el cuerpo está cargado con significado negativo, tienen que recurrir al síntoma; dando así por tierra al intento de autonomía.

El síntoma histérico típico es la conversión (otros son: paroxismos, trastornos viscerales y trastornos del carácter), y representaría a nivel simbólico la conflictiva edípica no resuelta; que disocia en las representaciones mentales, la aceptación de la "castración" y utiliza al cuerpo como área de expresión de dicha castración (forma patológica de resolver la conflictiva). La zona conversiva es simultáneamente lo anhelado (el pene paterno) y lo doloroso o molesto (castración). La seducción, pero sin objetos concretos, expone a situaciones angustiosas, y en consecuencia, surgen técnicas para equilibrar: superficialidad, teatralidad, exageración, exhibicionismo y sueños diurnos (Fernández Mouján, 1986). Otros autores agregan que los tres aspectos fundamentales del "carácter" histérico son: la sugestibilidad (psicoplasticidad), la mitomanía (comedias, fabulaciones y mentiras con las que falsifica sus relaciones con los demás), y las alteraciones sexuales (insatisfacción) (Ey, Bernard, y Brisset, 1978).

En general se podría decir que la neurosis histérica tiene un lenguaje, un rico mundo imaginativo, y mecanismos que terminaría por una parte de su personalidad (no es una seudoidentidad o caracteropatía). Es rara una histeria pura, ya que siempre tiene rasgos de una neurosis de angustia. O. Fernández Mouján (1986) supone que lo que denuncia una neurosis histérica en la mujer es una mala identidad sexual a raíz de un nuevo fracaso de la conflictiva edípica. La etapa del desarrollo psicosexual de fijación de este cuadro, es genital (en el mejor de los casos) o fálica.

En cuanto al diagnóstico, el autor antes mencionado refiere, que las neurosis histéricas en la adolescencia avancen hacia una melancolía, exagerando los rasgos caracteropáticos propios de la histeria para compensarla. En otros casos la histeria comenzó con sus síntomas y rasgos caracteropáticos a raíz del monto de sadismo (envidia, celos y venganza) subyacente desde las experiencias tempranas (núcleo psicótico). Las señales de mala evolución del diagnóstico, estarían relacionadas con el ambiente edípico, el monto de agresión exagerado y la conflictiva edípica fijada a etapas muy tempranas (rasgos orales y anales). Por otra parte, la neurosis histérica en los hombres es mucho menos frecuente, y cuando aparece es mucho más grave su pronóstico y más perturbadores sus síntomas. La angustia libre es más intensa que en la mujer; ya que tendría un origen homosexual, que no se asimila por medio de los síntomas histéricos. Otro aspecto característico es el componente agresivo de la histeria masculina, muy presente como intento compensatorio de las grandes tendencias pasivas que existen profundamente. Se hipotetiza que estos púberes suelen devenir, al revés que las mujeres (melancolizantes) en paranoides o psicópatas (Fernández Mouján, 1986).

Neurosis fóbica

La angustia se da por temor a la separación del objeto externalizado y el temor al encierro con el objeto también externalizado (Fairbairn, 1962 citado por Fernández Mouján, 1986). La técnica fundamental es evitar los objetos que exponen al aislamiento y al encierro; pero cuando esto fracasa porque al proyectar lo peligroso y dañino se sienten solos y amenazados por la reintroyección, buscan un acompañante (fracasaría así su búsqueda de autonomía).

Se pueden clasificar dos grandes grupos de fobias: las de origen fálico donde la angustia surge de un deseo edípico positivo, y las de origen anal (tendencia erótica a someterse al padre) donde la angustia surge de un deseo edípico negativo. En la pubertad es frecuente encontrar fobias de origen fálico, más bien puras y que

pueden estar acompañadas por inhibiciones secundarias. Las fobias de origen anal, generalmente no son puras, y suelen estar acompañadas de histeria o de mucha angustia (Fernández Mouján, 1986).

Los mecanismos defensivos básicos son: sustitución, proyección, la evitación, el desplazamiento, y el control; buscando poner a los "objetos" afuera para discriminarse, y poder luego evitar y controlar la situación de manera que no se repita la situación fóbica (angustiante). El control del objeto puede tener dos formas: sometiendo o control del objeto acompañante, o sometándose (inhibición con o sin renuncia de la actividad). La neurosis fóbica se maneja fundamentalmente en el mundo externo y lejos del cuerpo, donde luego de reprimir el objeto ligado a las amenazas de castración por los deseos e impulsos, el yo sustituye dicho objeto por otro que no traiga ambivalencia y luego lo visualiza afuera por proyección. Cuando esto resulta insuficiente para controlar la angustia, es necesario desplazar objetos cada vez más alejados y que sea posible evitar (Fernández Mouján, 1986).

Los tabúes (lo temido y evitado) tienen en general formas básicas: miedo al espacio, miedo al encierro, miedo al contacto, miedo a los procesos internos, y miedos a los animales y cosas. Cada una de las fobias denuncia el lugar del objeto castrador; pero también se puede detectar dónde está el objeto tranquilizador que funcionaría como acompañante (Fernández Mouján, 1986).

Para O. Fernández Mouján (1986), el señalamiento de lo patológico de la fobia, es que la autonomía solo tenga salida necesitando pasiva o activamente un tercero; que terminaría por quitarla. La angustia fóbica siempre tiene un carácter desorganizador respecto al yo, como amenaza concreta a la integridad de la identidad (castración o desintegración). Un pronóstico favorable estaría vinculado a fobias con características fálicas de rivalidad o equivalentes a ésta (ser atacado, viajar, ser violado, espacios abiertos, oscuridad). Suele empeorar el pronóstico de este tipo de neurosis con la edad, ya que después de los quince años la identidad sexual se supone lograda, junto a la capacidad de pensar menos concretamente. Además es negativo el pronóstico cuando la fobia es de origen el anal (sometimiento) y la carga sádica intensa incrementa la culpa y la formación de estructuras psicopáticas, o bien provoca reactivamente estructuras obsesivas. La asociación con la neurosis de angustia contribuye también a empeorar el pronóstico, porque denuncia el fracaso de las defensas y el tránsito a formas más regresivas de estructuración. Otra forma de evolución, son las caracteropatías fóbicas graves, que generalmente encubren o un conflicto homosexual o un núcleo psicótico. También las fobias impulsivas suelen tener un componente homosexual.

En síntesis, se podrían diferenciar tres grandes grupos de fobias por sus características y pronósticos: histéricas, obsesivas y paranoides. Los elementos pregenitales contribuyen siempre a la formación de las fobias (miedos a ser mordidos, a las comidas, la suciedad, etcétera); pero la gravedad estaría indicada por la modalidad: como fobias monosintomáticas, fijas y de convicción. En los varones los temores no son bien tolerados culturalmente; y en la mujer al recibir un doble mensaje "se autónomo dependiendo de mí", la histeria fóbica pasa generalmente desapercibida y consultan ya con fobias graves impulsivas, obsesivas o paranoides. En general el mal pronóstico de la fobia se vincularía a que la situación u objeto fóbico solo sea evitable mediante la inhibición, se acompañe de rasgos obsesivos que indican la presencia del componente sádico-anal, la intensidad de los síntomas y la poca posibilidad de modificarla a través del ambiente (Fernández Mouján, 1986).

Neurosis obsesiva

La angustia surge por temor al vaciamiento por expulsión de los objetos internalizados y temor al estallamiento por contener objetos internalizados (Fairbairn, 1962 citado por Fernández Mouján, 1986). La técnica fundamental sería controlar (que estimula además la desexualización del pensamiento y retiene "los buenos" objetos) para no expulsar y anular para no estallar. Pero cuando esto fracasa por la marcada erotización de las técnicas anales que se convierte en un placer en sí (componente mágico), la angustia permanece, pues el mecanismo se ha convertido en sadomasoquista sólo controlable mediante síntomas neuróticos (Fernández Mouján, 1986). Los mecanismos de defensa usuales en este cuadro, son: la formación reactiva, la anulación, y el aislamiento.

En la neurosis obsesiva el objeto "bueno" y "malo" son contenidos internos que se controlan para compensar los objetos rechazados (motivadores de angustia) por medio de cierta omnipotencia de los actos (rituales) y las ideas. Esta neurosis, según O. Fernández Mouján (1986), aparece como estructura típica masculina para el control de la angustia surgida ante el conflicto dependencia-independencia. Los rasgos obsesivos y síntomas aislados son comunes en cualquier adolescente púber (por el erotismo y sadismo anal de las pulsiones), pero se estructuran en neurosis cuando el monto de estas pulsiones se suman las malas experiencias infantiles. Esto da lugar a la regresión y al manejo mágico de la angustia.

En el nivel de instancias, se establecería una lucha entre el yo y el superyo ideal que exige perfección en oposición a las pulsiones "anales" sádicas y eróticas; las cuales quedan anuladas o aisladas por los distintos mecanismos defensivos. Mientras más precozmente se estructure esta neurosis, más temprano quedará detenido el proceso de la identidad, en reemplazo del cual se generaría una seudoidentidad útil en actividades donde el orden y la exactitud son importantes (Fernández Mouján, 1986).

Los síntomas característicos son la compulsión, los rituales y las inhibiciones. La compulsión reflejaría la lucha entre tendencia e ideas sádico-anales y el ideal del superyo. Los rasgos caracteropáticos son muy típicos y están centrados en el erotismo y sadismo anal (Edipo pregenital); que es el punto de fijación de la conflictiva obsesiva. Algunos rasgos sería por ejemplo, respecto al erotismo: obstinación, avaricia, control, coleccionismo, y sus respectivas formaciones reactivas: sumisión, prolijidad, entre otras. La neurosis obsesiva no tiene diferencias según la edad, pero sí aparece en un porcentaje mucho más elevado de varones (Fernández Mouján, 1986).

Neurosis de angustia

En este tipo de neurosis se manifestaría un monto de frustración tanto libidinoso como agresivo, que sería contenido en el propio cuerpo y en un estado cíclico de ansiedad que carga el self (expresión de la frustración). En cuanto a la evolución de la neurosis de angustia, cuando no terminan en fobias siguiendo la evolución lógica, suelen terminar en neurosis hipocondríacas o en los cuadros fronterizos. En general denuncian una falla de algunos de los mecanismos defensivos del yo y de la relación del yo con un ambiente particularmente frustrador. Se trata de una neurosis "actual" caracterizada por un fondo permanente de angustia y crisis (Fernández Mouján, 1986).

Generalmente, el punto de fijación de esta neurosis es la fase fálica.

La semiología se basaría en un conjunto de trastornos funcionales de tipo cardiovascular, digestivo, urinario, y sensitivo sensoriales, entre otros (Ey, Bernard, y Brisset, 1978).

CARACTEROPATÍAS Y CUADROS FRONTERIZOS

O. Fernández Mouján (1986) refiere que las caracteropatías y los cuadros fronterizos se caracterizan por ser trastornos en la formación del "núcleo del yo"⁴, que dan como resultado una identidad enajenada⁵; sea estructurando una seudoidentidad (caracteropatías) o un estado esquizoide donde la identidad está poco definida (fronterizos).

⁴ "...aquella parte del Yo que constituye el centro observador desde donde se autoobserva con identidad. Esta constituido por identificaciones asimiladas." O. Fernández Mouján (1986, p. 311). *Abordaje teórico y técnico del adolescente*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

⁵ "...identidad anulada tempranamente y encubierta por otra poco delimitada con vínculos objetales fútiles y confusos, y con propensión a la introversión en momentos de definición. Esta estructura defensiva funciona "como sí" el Yo tuviera verdadero interés por los objetos, pero no alcanza a tenerlos." O. Fernández Mouján (1986, p. 311 y 312). *Abordaje teórico y técnico del adolescente*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Caracteropatías

Se trata de un carácter patológico, ya que las manifestaciones externas lo son al detener el desarrollo de la identidad. Cuando la estructura de carácter se estereotipa e intensifican sus rasgos; estamos ante un trastorno de carácter, y se repetirían las mismas conductas durante la vida diaria (compulsión a la repetición). Otras características tendrían que ver con la existencia de una patología subyacente (punto de fijación, ansiedades e identificaciones), egosintonía con el yo y conflicto con el ambiente, rasgos de defensa básicos, repetidos y de carácter patológico, y la clasificación de lo patológico estaría dado por el ambiente social (lo que no quiere decir que objetivamente lo sea) (Fernández Mouján, 1986).

O. Fernández Mouján (1986) hipotetiza que en la caracteropatía se constituye un yo por identificaciones negativas (núcleo psicótico), negadas por identificaciones con objetos impuestos por el ambiente (enquistados). Se conforma una estructura yoica imitativa o "reactiva", que tiene como finalidad controlar experiencias primitivas de castración, dando por resultado "seudoidentidades" (objetos enquistados). El mecanismo defensivo propio de las caracteropatías en la adolescencia, es la formación reactiva y el sometimiento. Estos sujetos pueden llegar a presentar cuadros graves de actuaciones o psicosis que tendrían una relación directa con la pérdida de un cierto equilibrio del ambiente, o más precisamente en las relaciones objetales (de caracteres francamente narcisistas).

O. Fernández Mouján (1986) hipotetiza que el carácter patológico se empieza a esbozar cuando las conductas muestran una especial fuerza destructiva del "objeto".

Las caracteropatías se dividen clínicamente en: leves, graves y en neurosis de carácter.

♦ **Caracteropatías leves:** Cuando las identificaciones se estructuran casi exclusivamente como única forma de ser reconocido por los otros, sin necesidad evidente de negarse a sí mismo. Serían como una defensa patológica frente a un medio avasallador.

♦ **Caracteropatías graves:** Cuando se repiten y estereotipan rasgos de carácter patológico, existe una patología subyacente, egosintonía, rasgos de defensa básicos, y la clasificación de lo patológico esta dado por el ambiente social.

♦ **Neurosis de carácter:** Se trata de una reacción de carácter patológico (responde a un núcleo psicótico), como "síntoma" extendido en el tiempo o durante la vida diaria, apoyado por racionalizaciones que alejan de la toma de conciencia al sujeto y de la gente que lo rodea. Carecerían de síntomas definidos en algún cuadro neurótico, y estos sujetos "harían de su vida su neurosis", caracterizándose por la precariedad de la represión.

Por otra parte, según los rasgos predominantes, la **caracteropatía impulsiva** sería frecuente que se acompañe con problemas de adicciones. Este cuadro, se caracteriza a nivel clínico por la presencia de conductas orales e incapacidad para tolerar la frustración. El lenguaje sería de acción para evitar la oralidad sádica que amenaza con la culpa; que se puede expresar como conductas antisociales, seductoras, y sin control. Estos sujetos actuarían bajo el principio del placer, tratando de evitar encontrarse con un vacío interior y rabia interna concomitante (Fernández Mouján, 1986).

Borderline o cuadros fronterizos

Se constituye un yo por identificaciones negativas y carencia de identificaciones estructurantes; situación que se compensa con identificaciones con objetos idealizados (enquistados). Estas identificaciones, dificultan el reconocimiento e integración, por parte del Yo, de los impulsos y las sensaciones externas con los afectos que acompañan a ambas experiencias. O. Fernández Mouján (1986) postula que lo mencionado, es uno de los motivos por el cual los cuadros fronterizos son tan afectos a las drogas que hipersensibilizan; con ellas entran en una gran confusión entre impulsos y sensaciones, evitando así el abandono al que quedarían expuestos si diferenciaran bien al yo del objeto. Las experiencias infantiles de abandono serían compensadas con la estructura yoica narcisista, generando un "estado esquizoide" (objetos idealizados). El mecanismo defensivo característico del cuadro borderline en la adolescencia es la flexibilidad cristalizada (de la actuación a la inhibición).

En los fronterizos la identidad es negada o evitan su integración para no exponerse al abandono; situación que llevaría a ansiedades confusionales o de vacío interior imposible de tolerar. Por esto, es importante distinguir clínicamente entre un estado fronterizo compensado, de otro que señala la defensa extrema del yo por medio de la actuación, para evitar la depresión grave: "la descompensación del fronterizo". Se puede llegar así a regresiones psicopáticas, neuróticas o psicóticas con reversibilidad del proceso (Fernández Mouján, 1986).

La pubertad es fundamentalmente un período descompensatorio para todo fronterizo, porque reitera una experiencia de separación-individuación. Para controlar la ansiedad de abandono utiliza identificaciones por imitación, negadoras y restitutivas de la simbiosis. Las crisis fronterizas son estados esquizoides donde la diferencia entre realidad interna y externa es lábil, así como los impulsos del ello y el yo. Esto explicaría la propensión de los fronterizos a las actuaciones, que al comienzo pueden consistir en actividad excesiva pero que después se concretan en conductas más bizarras, comportamientos antisociales, adicciones, fugas, accidentes, etcétera (Fernández Mouján, 1986).

La tendencia a la actuación corresponde a la necesidad de negar la verdadera identidad. A nivel clínico, se expresa como incapacidad de tolerar frustraciones, lo que denuncia una carencia de representaciones del yo capaces de elaborar los impulsos. Es frecuente encontrar en estos pacientes trastornos somáticos con hipocondría, hipomanía, síntomas histéricos, depresión, aislamiento, entre otros. El pensamiento no está perturbado, pero sí el juicio de realidad, debido a la gran variedad de elementos confusos que sirven para evitar una buena diferenciación de la identidad. La vida sexual se encuentra perturbada, lo que demuestra la confusión no sólo a nivel de diferenciación con el otro sexo, sino entre aspectos femeninos y masculinos dentro de sí mismo (bisexualidad). La enorme flexibilidad del yo es una modalidad estructural patológica (repetitiva) que busca evitar la diferenciación, y sirve para adoptar estructuras de conducta de manera cambiante sin despersonalizarse (Fernández Mouján, 1986).

La depresión es el ingrediente permanente de estos pacientes, pero secundario respecto a las permanentes frustraciones, pues la falta de identidad le impide establecer contactos reales y gratificantes. La depresión puede llevarlos a estados de aislamiento penosos con el fin de evitar nuevos fracasos (Fernández Mouján, 1986). Esto se podría relacionar con la denominada depresión por abandono, como la causa del síndrome borderline; dominada por el paso al acto hétero o autoagresivo (toma de droga o de alimentación excesiva, relaciones homo o heterosexuales desordenadas, relaciones de arrebatos, etcétera) para llenar un vacío interior (Marcelli y Braconnier, 1986).

Las adicciones son muy frecuentes y variadas; y aparecen como conductas que compensarían estados de depresión por ser generadoras de estados de confusión. De esta manera, evitarían la diferenciación y obtendrían cierto monto de gratificación. La inautenticidad (funciona "como si") no es percibida como tal en los momentos de compensación. Quizá la conciencia del vacío interior se evidencia indirectamente con conductas destinadas a llenarlo, como: adicciones, relaciones indiscriminadas, y actividades con sentido de aferrarse a objetos y personas. El abandono es el sentimiento más evitado, pues pondría en contacto con el vacío aterrador fruto de una carencia de identificaciones que constituyen la identidad, asimiladas al núcleo del yo. La causa del fracaso se da por identificaciones primarias (imitativas) que no devienen representaciones de objeto estables y verdaderas; situación que llevaría al yo infantil a una exagerada dependencia con la madre dificultando la posterior separación. La madre posee la cualidad especial de "omnipresencia" que puede irrumpir en la intimidad del self exagerando identificaciones por imitación. Existe un vínculo simbiótico madre-hijo, un padre que interviene poco en la relación, la formación de estados "como si" o seudoidentidades, y la estructuración de un yo como identidad poco definida (Fernández Mouján, 1986).

PSICOPATÍAS

Los rasgos psicopáticos instrumentales y transitorios son frecuentes en la adolescencia. Pero la psicopatía, se caracteriza porque el sujeto vive de la identidad ajena como un "consolador", ya que la

insatisfacción por su verdadera identidad es constante; lo cual se vincula a su incapacidad de disfrutar del éxito y de aprender de la experiencia. El psicópata niega sus aspectos infantiles deteriorados y persecutorios, no tolera el aburrimiento, la humillación la decepción y la sorpresa; que le implicarían perder la omnipotencia. La psicopatía encuentra su fijación oral sádica o anal sádica expulsiva, y el mecanismo de defensa característico es la identificación proyectiva masiva (Fernández Mouján, 1986)

La acción psicopática es para negar el vacío de representaciones; de modos de producción y pensamientos propios. Se confunde así, el símbolo con lo simbolizado (seudosímbolos⁶), dado que sus primitivos vínculos son indiscriminados y se mezclan durante el pensamiento reflexivo a través de fantasías inconscientes persecutorias que impiden la formación de símbolos, teniendo que proyectarlos a través del pensamiento concreto que lo impulsa a la acción. Imponen sus proyecciones perdiendo la posibilidad de ir asimilando experiencias. El lenguaje de seudosímbolos busca la identificación proyectiva violenta y la evitación de cualquier posible reintroyección; negando de todo duelo, concretización de actos inmediatos. Las defensas son de características maníacas (no reparatorias como la negación, el triunfo y menosprecio). El psicópata huye de su interior para no pensar y explota la realidad; utilizando a las personas que lo rodean. Carece de responsabilidad grupal y proyecta en los demás el objeto destruido que luego controla omnipotentemente. Lo caracteriza una actitud exigente, controladora y exploradora (Fernández Mouján, 1986).

Según L. Grinberg (1966; citado por Fernández Mouján, 1986) la identificación proyectiva del psicópata tiene características orales y anales sádicas, controladoras, inductoras, y omnipotentes pero con mayor contacto con la realidad; dirigidas a objetos externos. El objeto depositante es controlado obsesivamente por una combinación de defensas que lo mantienen en equilibrio ("estado psicopático"). Con la proyección, el psicópata se libera de la culpa, la depresión y la persecución; mientras que el control de la proyección aumenta los sentimientos de omnipotencia. La proyección debe ser violenta y rápida para evitar pensar y darse cuenta de la consecuencia en el sujeto y su imposibilidad de defenderse. El objeto depositario de la acción no es reconocido como tal, y el psicópata sólo se capacita cada vez más en la destreza del manejo y el control.

El psicopático se define y se presenta ante los demás como su complemento (lo reprimido). Su culpa no es edípica sino existencial; por el hecho de haber nacido (Roca, 1970 citado por Fernández Mouján, 1986).

Es raro ver un psicópata puro, pues por lo general este cuadro viene acompañado de estructuras adaptativas neuróticas histéricas, fóbicas u obsesivas. La manera de detectarlo es a través de lo reprimido, que es proyectado: el fóbico somete al acompañante a actuar el ideal del yo contrafóbico, el obsesivo complementa al objeto sometido actuando de superyo sádico para realizar el objeto de la ambivalencia, y el histérico proyecta sus inhibiciones y lo simbólico dramático se convierte en acciones concretas que satisfacen su yo Ideal edípico (Fernández Mouján, 1986).

El origen de esta patología se puede explicar desde una perspectiva psicogenética, ya que numerosos autores están de acuerdo sobre la importancia de las carencias y rupturas en la pequeña infancia. Para D. Winnicott (1984; citado por Marcelli y Braconnier, 1986), la tendencia antisocial es una conducta de reivindicación frente a un sufrimiento o una situación de carencia, "la esperanza de encontrar una buena relación primitiva". Parece que estas carencias precoces son responsables de alteraciones constatadas en las posibilidades del investimento narcisista del lactante. La carencia del narcisismo primario y la alteración en el investimento de la actividad del período anal forma lo que dicho autor llama "estigma psicopático"; una disposición potencial. Para otros autores, la naturaleza caótica de las primeras relaciones esta centrada en la dimensión del tiempo, por la incapacidad para pensar el tiempo vivido, ligado a la impulsividad, el paso al acto y la dificultad para tomar y modificar su comportamiento en función de la experiencia vivida.

⁶ "...la aceptación de cierta pérdida del objeto pero no la pérdida de la situación omnipotente, o sea, un símbolo que tiene la forma externa de tal pero el contenido de una ecuación simbólica que continua cargada de la persecución infantil inmodificada." Ferschtut y Serebriani, 1964 citado por O. Fernández Mouján, 1986 (p. 325). *Abordaje teórico y técnico del adolescente*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Por otra parte, entre los factores familiares se reconoce un aumento de la frecuencia de las situaciones marginales y/o irregulares en la familia de los adolescente psicópatas. Haciendo alusión a los factores sociales como la urbanización, la concentración humana y la ausencia de relaciones entre individuos facilitan las interacciones agresivas y el paso al acto. A nivel de instancias psíquicas se trataría de un yo débil, que cede sus funciones (el juicio y el pensamiento) y sus defensas a lo instintual. Hay autores que afirman la carencia o debilidad del superyo. No hay una pugna entre yo y superyo; instancia que lo haría reconocer el daño provocado y generaría el sentimiento de culpa (Marcelli y Braconnier, 1986).

Otros autores, como O. Fernández Mouján (1986), hablan de un superyo tirano, sádico y primitivo que somete al yo a una presión intolerable. El yo para evadir la presión, busca como necesidad incesante el castigo para aliviar la tensión entre yo y superyo; como una compulsión a la repetición. El daño al objeto es tan masivo, que se torna imposible su reparación.

La edad de aparición es antes de los quince años, a veces antes de los doce. Los rasgos psicopáticos pueden observarse durante el desarrollo infantil temprano (niños inadaptados, caracteriales, perversos, prepsicosis). Posteriormente, durante la adolescencia suele observarse una conducta sexual perversa, al igual que la búsqueda de drogas. Es una patología más frecuente en varones y suele manifestarse en ellos con anterioridad. Las mujeres, pueden iniciar la sintomatología más tardíamente. Además predomina en clases sociales inferiores (Fernández Mouján, 1986).

Los trastornos no son sentidos por el sujeto como ajenos y molestos; sino que se viven como parte integrante de la personalidad plenamente aceptada, por lo cual el sujeto no se siente enfermo. Raramente se presentan a consulta, sino que son asistidos en el ámbito forense. Cerca del setenta y cinco por ciento de los psicópatas son también alcohólicos; es un diagnóstico diferencial sumamente difícil y es necesario una buena anamnesis de la infancia como dato difícil de obtener en algunas ocasiones por la imposibilidad de dilucidar que patología se inició en la infancia (Marcelli y Braconnier, 1986).

El pronóstico vinculado a una personalidad antisocial es muy negativo. La vida del psicópata llena de histerias; raramente supera los primeros años de la madurez. Suele terminar bruscamente, por accidente enfermedad o suicidio. Algunos se convierten en psicóticos crónicos, o más frecuentemente, en perversos organizados en la que un grupo de individuos semejantes le sirve de "yo auxiliar" formando una especie de "mafia". Otros suelen acabar en cárceles, cuando no en instituciones psiquiátricas cerradas. La evolución favorable suele ser relativamente inestable; como algunos casos que hallan el equilibrio en determinados cuerpos militares, religiosos políticos, o sectas de fanáticos. Estas soluciones lo son, hasta el momento que el sujeto cambia de ambiente (Fernández Mouján, 1986).

Factores a evaluar en el paciente que abusa de sustancias

Las dos variables a evaluar en esta investigación, son: los rasgos de personalidad de los adictos en tratamiento en comunidad terapéutica y los efectos del tratamiento asociados a mejorías en el mismo. Para medir los rasgos de personalidad se utilizan dos pruebas psicológicas: el test de Manchas de H. Rorschach y el 16 PF-5 de R. B. Cattell, y para evaluar los indicadores de mejorías en el tratamiento de adicciones se confeccionará una entrevista semidirigida; cuyas preguntas se desprenden de los indicadores de mejorías arrojados por una entrevista exploratoria aplicada con anterioridad. Además a la entrevista semidirigida se le agregan preguntas para chequear el estado de las funciones yoicas y las capacidades adaptativas de los sujetos en cuestión.

INSTRTUMENTOS PARA EVALUAR RASGOS DE PERSONALIDAD

La "Asociación Americana de Psicología" (1999, citado por Tornimbeni, Perez, Olaz y Fernández, 2004, p. 13) define un test como: "un procedimiento evaluativo por medio del cual una muestra de comportamiento

de un dominio especificado es obtenida y posteriormente evaluada y puntuada empleando un proceso estandarizado." La Psicometría es una de las áreas de la Psicología que se ocupa de los procedimientos de medición del comportamiento humano; incluyendo a los tests psicológicos.

Los tests de personalidad intentan determinar los diferentes factores de la misma, apreciando rasgos individuales. Esto surge con la concepción estructuralista y factorialista de la personalidad. R. B. Cattell refiere que los rasgos medidos son estructuras mentales, cuyo funcionamiento aparece en forma de estructuras reales. Además los rasgos son tendencias estables de una persona a comportarse de una manera determinada en diferentes situaciones. Lo que interesa, son las diferencias individuales y como se vinculan los rasgos constatados en los tests, con la conducta típica de las personas en su vida cotidiana (Tornimbeni, Pérez, Olaz y Fernández, 2004).

Por otra parte, existen métodos proyectivos y psicométricos para apreciar la personalidad. Los tests proyectivos cuentan con un material poco diferenciado, ambiguo, y que se presta por consiguiente a un esfuerzo creador limitado a una elección; a través de la cual se transparentará la estructura de la personalidad de quien lo haya realizado. Según H. Ey, P. Bernard y Ch. Brisset (1978), el Test de Rorschach parece situarse entre la libertad creadora y el carácter previsible por la posibilidad de categorizar sus repuestas. Presenta una serie de manchas inductoras de construcciones imaginarias.

Los tests psicométricos se caracterizan por estar estructurados en una serie de ítems o indicadores, que valoran características o variables bien definidas del fenómeno evaluado y admite una puntuación en una escala previamente definida. Los principales criterios de este tipo de test, se basan en la importancia de la validez (si alcanza la finalidad para la cual fue construido o mide lo que pretendía medir) y la confiabilidad (exactitud o precisión de la medición) (Tornimbeni, Pérez, Olaz y Fernández, 2004).

La teoría de los Cinco Factores de la Personalidad y el 16PF-5

La teoría de los Cinco Factores de la Personalidad ("Big Five Model"), es actualmente aceptada como también criticada por algunos investigadores; pero no se puede negar que la emergencia de este modelo en la década pasada fue uno de los principales descubrimientos de la historia del estudio de la personalidad. En la actualidad, es el modelo de mayor consenso para la descripción de los rasgos de personalidad. Los cinco factores son los siguientes: estabilidad emocional o neuroticismo (N), introversión o extraversión (E), convencionalidad al mundo o apertura a las experiencias (O), egocentrismo o amabilidad (A), y irresponsabilidad o responsabilidad (C) (Djuric Jovic y Petot, 2005a).

El "Cuestionario Factorial de Personalidad Quinta Edición" (16 PF-5) de R. B. Cattell, está basado en la Teorías de los Cinco Factores. El test es una revisión y actualización de las formas anteriores (16 PF). Las cinco dimensiones superiores se denominan ahora "dimensiones globales" (aunque siguen siendo vectores secundarios definidos mediante análisis factorial), y están en la línea de los "cinco grandes" medidos expresamente por otros instrumentos como el NEO PI-F de R. R. Costa y P. T. McCrae. Para empezar, es un cuestionario consistente, contrastado en múltiples procesos y enfocado a la normalidad de los rasgos de personalidad (Djuric Jovic y Petot, 2005b).

Modelo de informe descriptivo del 16PF-5

Teniendo en cuenta las normas de interpretación (2001) del 16PF-5 se considera la estrategia de R. B. Cattell y Colaboradores, siguiendo la secuencia de:

♦ **Estilos de respuestas:** son las señales de alerta ante posibles sesgos de respuestas por parte del examinado, y constan de tres índices:

- Manipulación de la imagen (MI): con doce elementos. Medida de la "deseabilidad social"; tiene que ver con la adecuación consciente e inconsciente de la imagen consigo mismo y con los demás.
- Infrecuencia (IN): se influye en los casos en que se elija mucho la respuesta B (?).
- Aquiescencia (AQ): se consideran las respuestas dadas sin atender al contenido específico de la cuestión y también es índice de incongruencia cuando el sujeto afirma contenidos dispares.

- ♦ **Dimensiones globales:** cada una de ellas, está formada por un grupo de escalas primarias y viene definida en su polo alto (+) o bajo (-) con adjetivos:
 - EXTRAVERSIÓN (Ext.): con su polo introversión.
 - ANSIEDAD (Ans.): con su polo ansiedad ajustada.
 - DUREZA de mentalidad (Dur.): con su polo mentalidad receptiva.
 - INDEPENDENCIA (Ind.): con su polo acomodaticia.
 - AUTO-CONTROL (AuC.): con su polo desinhibición.
- ♦ **Escalas primarias:** que comprenden:
 - Afabilidad (A): tendencia que va desde ser una persona social e interpersonalmente reservada, a alguien cálidamente implicado con los demás. Cuando la afabilidad es alta, es uno de los principales diferenciadores entre varones y mujeres (al lado de otros, como Dominancia y Sensibilidad) tanto en los estudios españoles como en los exploratorios efectuados en la Argentina por R. B. Cattell y Colab..
 - Razonamiento (B): es una breve apreciación de los aspectos intelectuales. La escala contiene por igual tres tipos diferentes de elementos de razonamiento: verbal, numérico y lógico. La tendencia va desde el pensamiento concreto al abstracto.
 - Estabilidad (C): en el afrontamiento de los problemas cotidianos y sus retos. La persona que puntúa alto suele ir pasando por la vida manejando con equilibrio y de un modo adaptativo, los sucesos y emociones. La persona con puntuación baja experimenta una cierta falta de control sobre su vida.
 - Dominancia (E): tendencia a ejercer la voluntad de uno mismo sobre la de los demás, en lugar de acomodarse o adaptarse a los deseos de otros. Sirve para proteger los deseos, derechos o terreno propio.
 - Animación (F): se compara con la natural autoexpresión y espontaneidad que manifiesta el niño antes de asumir el autocontrol de la socialización. En contraste, la persona de baja animación tiende a tomar la vida más seriamente; es más callada o apagada, cuidadosa y menos dada a la diversión; tiende a inhibir su espontaneidad.
 - Atención a las normas (G): aprecia el grado en que las normas culturales de lo correcto/incorrecto se han interiorizado y se emplean para gobernar la conducta humana. Esta variable se ha asociado con el concepto psicoanalítico del "superyo"; en el que los ideales morales de la cultura y el ambiente se interiorizan, para controlar los impulsos autogratiñcantes del "ello".
 - Atrevimiento (H): cuando la puntuación es alta el examinado se considera a sí misma como atrevida y "aventurera" entre los grupos sociales y no muestra casi temor en las situaciones sociales. De lo contrario se tratará de una persona tímida, cauta y vergonzosa.
 - Sensibilidad (I): es el aspecto sentimental de la persona; es decir, la persona con puntuación alta tiende a basar sus juicios en gustos personales y valores estéticos, podría decirse con un estilo intuitivo, mientras que la persona que puntúa bajo suele tener un enfoque más utilitario. Consecuentemente la persona sensible se apoya en la empatía y en la sensibilidad a la hora de hacer sus consideraciones, mientras que la utilitaria muestra menos sentimiento y atiende más a lo operativo de las cosas y del trabajo.
 - Vigilancia (L): es la tendencia que va desde la confianza en los demás, hasta la postura de alerta ante los motivos e intenciones de los otros. La tendencia opuesta implica confiar sin sospechas y adaptarse.
 - Abstracción (M): apunta al tipo de temas y cosas a las que una persona dirige su atención y pensamiento. La persona abstraída está más orientada a los procesos mentales e ideas, que a los aspectos prácticos
 - Privacidad (N): es la tendencia a la naturalidad frente a una postura privada y de no apertura. En esta versión 16PF-5, está relacionada con la dimensión Extraversión.
 - Aprensión (O): cuando la puntuación es alta en esta dimensión, la persona se preocupa de las cosas y tiene sentimientos de inseguridad. A veces, estos sentimientos son respuesta a una situación particular, o son parte de un patrón característico de conducta que se manifiesta en todas las situaciones de la vida

de una persona. Si la puntuación es baja la persona será segura, despreocupada y satisfecha consigo mismo.

- Apertura al cambio (Q1): si la puntuación es alta la persona suele pensar en cómo mejorar las cosas y le gusta experimentar con ellas; si observa que lo existente no le satisface o es poco adecuado, se inclina por el cambio. Por el contrario la persona de puntuación baja prefiere los modos tradicionales y conocidos de ver las cosas; no se cuestiona cómo están hechas las cosas y prefiere lo familiar y predecible.
- Autosuficiencia (Q2): está relacionada con el mantenimiento del contacto o proximidad de los otros. Una persona con esta escala elevada prefiere estar sola y tomar las decisiones por su cuenta. La persona con nivel bajo de esta dimensión está orientada hacia el grupo, prefiere estar rodeada de gente y le gusta hacer las cosas con otros.
- Perfeccionismo (Q3): cuando la puntuación es alta la persona quiere hacer bien las cosas, es detallista; suele ser organizada, tener sus cosas en los lugares adecuados y hacer planes. Probablemente le gusta y se encuentra comfortable en situaciones organizadas y predecibles, y le pueden resultar duras aquellas otras que no puede predecir. En el extremo puede llegar a ser inflexible. En contraste, una persona con baja puntuación deja más las cosas a la suerte y se siente más comfortable en una situación sin mucho orden; por tanto, esta persona puede llegar a ser considerada perezosa, desorganizada y con falta de preparación sin serlo realmente.
- Tensión (Q4): está asociada con la tensión nerviosa (stress). Una persona con valores elevados en esta escala, puede también manifestar una energía incansable y aún mostrarse intranquila cuando tiene que esperar. Un cierto grado de tensión puede ser positivo y mover a la acción, pero cuando es elevado puede llevar a la impaciencia y la irritabilidad. Las relaciones con otras medidas de la personalidad sugieren la posibilidad de que una tensión elevada puede a veces perturbar el autocontrol o impedir una acción efectiva. Las personas que puntúan bajo en Tensión, son relajadas, plácidas y pacientes.

El Test de Manchas de Rorschach

H. Rorschach [1884-1922], fue un joven médico egresado de la facultad de Zurich (en Suiza); orientado desde el comienzo a la psiquiatría, y quien diseñó el Test de Manchas tras múltiples ensayos. Hoy es la prueba proyectiva más utilizada a nivel mundial, y su difusión por diversos países resultó en la conformación de diferentes "escuelas", que se distinguen por acentuar aspectos del test y dar a la clasificación de las respuestas matices propios (sin diferenciarse de modo sustancial). Se puede hablar de una escuela centro europea (suizo-alemana), francesa, y en los Estados Unidos se distinguen cinco escuelas cuya unificación ha sido intentada por J. Exner; tratando de psicometrizar la prueba (Mirotti, 2001).

El Test de Rorschach se incluye dentro de las técnicas proyectivas, pero sólo muy limitadamente interviene este mecanismo; como "la natural tendencia humana de adjudicarle a un objeto externo aspectos de nuestra propia y personal realidad" (M. A. Mirotti, 2001, p. 4), típico en las kinestésias o respuestas de movimiento (M). Si se hace referencia a la estructura de la respuesta el mecanismo es de transposición, por el cual le imponemos al mundo y al material de la prueba, nuestra propia organización psíquica.

Modelo de informe descriptivo

Para la organización de las respuestas y datos arrojados del Test de Manchas, se utiliza la "Hoja de Respuestas", la "Planilla de Cómputos", y el "Modelo de Informe Descriptivo" desarrollados por M. A. Mirotti. Este último consta de seis ítems que abarcan aspectos del funcionamiento psíquico, pudiendo agregarse un séptimo ítem referido a aspectos psicopatológicos o factores de conflicto.

Según M. A. Mirotti (2001), la descripción se apoya en los valores psicológicos de los factores, en los datos estadísticos, clínicos y eventualmente experimentales, y atiende a los aspectos cuantitativos del protocolo; se orienta a un enfoque nomotético. Resulta importante destacar que cada dato cobra sentido en

relación con el conjunto, y la significación puede ser diferente según el nivel evolutivo que evidencie el protocolo.

Los ejes del informe se presentan a continuación:

- ♦ **Rendimiento intelectual y modo de procesar la información:** Se considera el número de respuestas o R (M: 18 a 30) y el tiempo de reacción (+- 30 seg.), los modos de aprehensión, el tipo de sucesión, los determinantes, el contenido, y la frecuencia.
- ♦ **Reactividad afectiva:** Se refiere a la predisposición que presenta el sujeto a reaccionar de modo manifiesto ante los impulsos externos, y a la cualidad de esta reacción. Cobran especial importancia las respuestas al color o RC, y el movimiento (M) o el claroscuro (K) como amortiguadores de la reacción afectiva. También debe tenerse en cuenta el coeficiente afectivo (M: .5).
- ♦ **Desarrollo de la ideación:** Se trata de la disposición a elaborar interiormente, en el plano de las representaciones, los estímulos que se reciben desde el exterior y descargar en ese nivel las tensiones que producen; de esto son las principales representantes las M. Resulta importante considerar el tipo vivencial, que plantea una relación entre M/C.
- ♦ **Monto y manejo de la ansiedad. Los estados de ánimo:** Se refiere al monto significativo de ansiedad, sin cuestionar el posible origen o trasfondo conflictivo. Los indicadores de ansiedad serían: todos los choques, la vaguedad en los modos de aprehensión, los claroscuros difusos, el aumento de humano detalle (Hd) y animal detalle (Ad), y algunos contenidos (humo, abismo, monstruos), entre otros.
- ♦ **Modalidad de contacto social:** Los colores representan la catexia objetal, tienen particular importancia para evaluar la extensión y el tipo de contacto social. Se debe tener en cuenta el tipo de RC, ya que permite deducir la estabilidad o labilidad de las relaciones, el ego o alocentrismo, la mayor o menor impulsividad. También se consideran los indicadores de represión, los indicadores de necesidad de afecto (reflejo, M, textura, entre otros) y carencia afectiva (choque al vacío), el nivel de autoestima, y fenómenos especiales como las desvitalizaciones.
- ♦ **Autoestima:** Se tiene en cuenta todos los factores de la prueba relacionados con el narcisismo, seguridad y crítica. Se consideran los fenómenos especiales de simetría y reflejo, las actitudes autocríticas (crítica de sujeto) o disconformidad con el mundo (crítica de objeto), alusiones al tamaño, entre otras.
- ♦ **Factores de conflicto:** Se trata de eventuales aspectos psicopatológicos, que podrían vincularse al monto de ansiedad.

PARÁMETROS ASOCIADOS A MEJORÍAS EN EL TRATAMIENTO DE ADICTOS

Según "The National Institute of Drug Abuse" (1998) para evaluar la efectividad de los resultados, es indispensable que la persona se mantenga dentro del tratamiento el tiempo suficiente, para poder recibir todos los beneficios (tres meses como mínimo). Esto depende de factores asociados, tanto con el individuo como con el programa de tratamiento. Influye en el paciente su decisión de entrar y mantenerse dentro del tratamiento, la motivación que tenga para cambiar su comportamiento de uso de drogas, el grado de apoyo de la familia y de las amistades, el trabajo o estudios, y el compromiso de la familia para mantenerse dentro del tratamiento. Con relación al programa, los consejeros exitosos son los que logran establecer una relación terapéutica positiva con el paciente.

Siguiendo a H. Fiorini (1977), la instalación del vínculo terapeuta-paciente como estructura única y personificada (particularizada), se construiría en etapa del desarrollo que por ciertas razones se vio obstaculizado y entorpeció su posterior crecimiento. El vínculo adecuado a un momento del desarrollo, demanda ciertas cualidades peculiares que no deben reforzar temores, sino disipar y suplir carencias sin prolongarlas. La disponibilidad de un amplio espectro de repuestas, que permita al paciente organizar el campo e ir desplegando sus necesidades, dependerá de la flexibilidad del terapeuta y el encuadre de trabajo.

La actividad terapéutica de los tratamientos en general, y el enfoque de esta investigación, propone considerar en la tarea un "doble frente" (Fiorini, 1973; citado por Braier, 1984) en el cual se tendrán presentes

siempre “las partes sanas” del paciente (adultas y progresivas), junto con “las partes enfermas” (infantil, regresivo y patológico).

A modo general, se considera que la “mejoría en el tratamiento” es un ciclo de crecimiento autónomo en espiral, donde se entrelazan influencias y efectos en términos individuales y de las condiciones de vida que rodean al sujeto; se producen cambios por fenómenos de retroalimentación y potencialización de los efectos. El proceso de mejoría implicaría la promoción de un ciclo orientado hacia la recuperación y el crecimiento, en el cual los efectos positivos se eslabonan en una cadena (Fiorini, 1977).

Para evaluar las mejorías en el tratamiento de adicciones, se consideran los datos arrojados por una entrevista exploratoria con preguntas generales del tema; construidas considerando los aportes antes mencionados de NIDA (1998), y los parámetros utilizados por la institución que serían los objetivos de cada etapa y fase del tratamiento.

La entrevista exploratoria se aplica a cinco operadores terapéuticos del “Programa del Sol”, y como primera conclusión general se puede decir que se constatan mejorías en el tratamiento de adolescentes adictos cuando ellos han alcanzado estabilidad emocional o una mejoría anímica generalizada, toleran la frustración y adquieren capacidades de espera, reconducen el síntoma a su origen intrapsíquico, y ordenan sus aspectos personales conductuales y familiares sociales. Teniendo en cuenta lo antes mencionado y considerando algunos otros aspectos que se nombran a continuación, se diagrama un modelo de entrevista semidirigida a utilizarse para evaluar mejorías a nivel psíquico, comportamental e interraccional en el tratamiento de adicciones.

Por otra parte, según el equipo terapéutico, los factores que creen que tienen mayor influencia en el avance de los sujetos por etapas son: la constelación familiar que apoya al paciente en el tratamiento e idealmente la conciencia de enfermedad, junto con el aislamiento del medio que potenciaba el consumo y el establecimiento de nuevos vínculos. Luego, en etapas posteriores, es importante la predisposición y recursos del paciente, para el abordaje del sustrato del síntoma o conflictiva de fondo. Además, si se consideran los aspectos de la personalidad de los sujetos en tratamiento vinculados a un mejor aprovechamiento del mismo, se destaca el grado de socialización teniendo en cuenta la empatía y la capacidad de generar vínculos de confianza con el equipo terapéutico y el grupo de pacientes. En los pacientes duales o narcisistas, la familia cobraría un papel más importante (que en la neurosis) en el ordenamiento de las conductas y la estabilidad emocional del paciente.

Por último, se considera que un paciente tiene problemas para llevar a cabo el tratamiento, cuando: el sujeto no está comprometido con el tratamiento (no deja de consumir, no trabaja sus conflictos, mantiene conductas de especulación y la mentira, y no establece vínculos saludables), la familia no interviene en el mismo, y lleva un tiempo de consumo prolongado (se relaciona con la desvinculación o desarraigo familiar).

En síntesis, se puede decir que un mejor aprovechamiento del tratamiento se relaciona principalmente a: el grado de motivación personal y compromiso con el tratamiento, el grado de apoyo y compromiso familiar, la capacidad técnica del tratante, la posibilidad de establecer vínculos “continentes” con el staff y los otros pacientes en tratamiento, y las aptitudes para enfrentar situaciones de riesgo de consumo. Por otra parte, es importante también que el paciente estudie, trabaje o tenga un oficio para el momento de reinserción social.

A continuación se describen los objetivos por etapas y fases del tratamiento:

- ◆ Etapa de admisión y diagnóstico: se evalúa el nivel de compromiso del paciente y motivación, la historia vital, el grado de compromiso con la sustancia de abuso (experimentador, compromiso creciente, abuso y dependencia), las características de la personalidad del adicto, y el medio socio-familiar y socio-ambiental.
- ◆ Etapa de adaptación e inserción: se busca que la familia reciba información acerca de la enfermedad y comprenda su importancia en la recuperación, que el paciente reconozca e incorpore las normas mientras participa en las actividades, y desde el equipo tratante que se evalúen mecanismos de defensa y posibles vías de acción actualizando y/o rectificando información.
- ◆ Tratamiento: se divide en tres fases:

Fase I: a nivel familiar que se reconozcan los conflictos de su sistema de interacciones y se oriente la familia (comprometida) al cambio, tratando de restituir el orden interno; que el paciente reconozca su

problemática, incorpore recursos y tramite factores que operan en la génesis de su patología; y que el equipo trate de ampliar la recopilación histórica, diagnostique la evolución y las posibilidades de pasar de etapa.

Fase II: que la familia favorezca la reinserción social y acompañe activamente al paciente en este proceso; que el paciente reconozca sus alternativas de reinserción y proyectos; y que el equipo terapéutico asista y acompañe al paciente en su proyecto vital.

Fase III o de cierre (reinserción social): implica el logro de los siguientes objetivos, a nivel familiar que se tramite la relación con la institución y que se asimilen posibilidades de recaídas y cómo deben enfrentar las mismas; que los pacientes también tramiten la relación con la institución, conozcan sus recursos y debilidades, y continúe en el mejor de los casos un proceso analítico; y que el equipo realice un informe sobre los logros y recursos, obstáculos y presunciones pronosticas.

♦ Postratamiento: basado en el seguimiento de los pacientes.

Las funciones yoicas y los aspectos adaptativos

Siguiendo a H. Fiorini (1977) las funciones yoicas mencionadas por H. Hartmann (1961 y 1966, citado por Fiorini, 1977) sirven para entender los mecanismos de acción de las influencias correctoras sobre la conducta, y en el caso de la psicoterapia, el éxito o fracaso depende de la evolución adecuada o el descuido de los recursos yoicos del paciente.

En el primer periodo de conceptualización freudiana, eran vistas como subordinadas a otros sistemas (pasivas), y fue una zona poco atendida. Pero el "yo" como sistema de funciones está dotado de mayor movilidad (que las instancias del superyó y el ello) y potencial plasticidad a influencias de cambio múltiples, con logros evidenciables empíricamente en el comportamiento como área de autonomía (potencial) del individuo. Las funciones yoicas que regulan el contacto de las condiciones de la realidad y el ajuste a las mismas, resultando de interés para todo enfoque diagnóstico, pronóstico y terapéutico (Fiorini, 1977).

Según H. Hartmann (1961/1966, citado por Fiorini, 1977), existen tres grupos de factores que intervienen en el desarrollo de las funciones yoicas, y son: la intensidad de los impulsos, la dotación genética y las influencias ambientales. Estas últimas cobrarían importancia en el tratamiento de sujetos adictos, ya que el grupo familiar tiene un rol fundamental en la evolución de las funciones como coproducciones que se van gestando en los vínculos, y son: la riqueza o pobreza perceptiva, imaginativa, cognitiva, la existencia de un área libre de conflictos, la plasticidad del repertorio defensivo, entre otras. Esto mismo se podría trasladar a la instituciones de tratamientos y otras en general, que pueden resultar yo reforzadoras o yo debilitantes (Fiorini, 1977).

Cada uno de los contextos de los cuales forma parte el sujeto adicto (en este caso); podrían y deberían en el mejor de los casos, servir de verificación reforzadora del yo individual y grupal mediante el apoyo de los rendimientos positivos (en oposición a lo patógeno y debilitador del funcionamiento yoico). Lo ideal sería evaluar las funciones yoicas del individuo, e indagar sobre la relación de las mismas con el conjunto de las condiciones de realidad que inundan al sujeto influenciando su rendimiento.

Se considera que en todo tratamiento terapéutico, se debería reforzar el yo del paciente por estimulación y verificación de las funciones yoicas y partes sanas de la personalidad, potencialmente rescatables a pesar del conflicto (captar en toda su magnitud la constante dialéctica salud-enfermedad). Por la finalidad de la interpretación en un paciente fronterizo, no sería tanto lograr el insight, sino proporcionar un marco para que el paciente pueda organizar una serie de fenómenos; fomentando sus funciones integradoras de sentimientos, pensamientos y afectos (Fiorini, 1977).

Por otra parte, Fiorini (1977) propone distinguir entre las funciones propiamente dichas (percepción, planificación, coordinación), de los efectos del ejercicio de estas funciones (control de impulsos, adecuación realista, integración), y las cualidades asignables a estas funciones basándose en sus rendimientos objetivos constatables según la calidad de dichos efectos.

Las funciones yoicas

Se pueden diferenciar tres órdenes de funciones:

- ◆ **Funciones yoicas básicas:** Comprenden la percepción, atención, memoria, pensamiento, anticipación o planificación, ejecución, control y coordinación de la acción. Estas funciones están dirigidas al mundo exterior, a los otros, y a los aspectos del sí mismo, y están dotadas de cierto potencial de autonomía primaria (actúan con eficacia dentro de cierto margen de condiciones). El potencial de acción libre de conflictos es relativo y reversible por su plasticidad.
- ◆ **Funciones defensivas:** Por diversas formas de manejo de los conflictos creados entre condiciones de realidad, impulsos y prohibiciones, las funciones defensivas están dirigidas a neutralizar ansiedades. Estas intercambian influencias con las funciones yoicas básicas. Se supone que una persona relajada, paciente y emocionalmente estable, podrá neutralizar sus ansiedades adecuadamente.
- ◆ **Funciones integradoras, sintéticas u organizadoras:** Se trata de un estrato funcional superpuesto a los anteriores. Su objetivo es mantener la cohesión entre una enorme variedad de conductas, y son puestas a prueba especialmente en situaciones de cambio donde el sujeto debe reorganizar sus relaciones con el mundo, por movilización selectiva para la adaptación. Además existe la posibilidad de coordinar metas racionalmente elegidas. La posibilidad de reorganización podría vincularse al grado de apertura a los cambios e independencia, que presenta la persona en cuestión.

Los efectos de las funciones yoicas

Los efectos de las funciones comprenden: adaptación a la realidad, sentido y prueba de realidad, control de los impulsos, regulación homeostática del nivel de ansiedad, mayor tolerancia a la ansiedad y a la frustración con capacidad de demora, productividad, capacidad sublimatoria, integración y coherencia de una diversidad de facetas de la persona (Fiorini, 1977).

Por otra parte, H. Hartmann (1961 y 1966, citado por Fiorini, 1977) diferencia entre:

- ◆ Estado de adaptación: como meta alcanzable, en la cual se aspiraría a detenerse.
- ◆ Proceso de adaptación: supone la puesta en tensión activa de un amplio repertorio de recursos yoicos propios de cada sujeto, que es condición necesaria para todo intento de ración dinámica y crítica con la realidad.

Además el autor distingue sub-niveles en los fenómenos de adaptación: la adaptabilidad (eficacia potencial de ciertas funciones para el manejo de la realidad), la adaptación referible a la posibilidad de ajuste interaccional en pequeños grupos, y la adaptación como adaptación pasiva de condiciones sociales vigentes.

Las cualidades de las funciones yoicas

Las principales cualidades de las funciones yoicas son:

- ◆ Autonomía: como la posibilidad de funcionamiento no interferido por el área de conflicto.
- ◆ Fuerza de cada una de ellas y en su conjunto: con relación a la eficacia adaptativa a un cierto monto de exigencias.
- ◆ Plasticidad: como la capacidad de reajuste del repertorio de funciones ante las variaciones producidas por la intensidad y monto de exigencias.

Definición de variables y conceptos claves

Las variables se definen conceptualmente como:

♦ **Rasgos de personalidad:** son una pauta típica de relaciones o tendencias estables de comportamiento de un individuo con el medio. Esta predisposición conductual es distinguible y característica en diferentes situaciones (Del Barrio, 1992, citado por Tornimbeni, Pérez, Olaz y Fernández, 2004). También se considera, la definición de estructura de la personalidad como “un esquema o pauta típica de relaciones del individuo con el medio, que se expresa según el objeto y el vínculo, las defensas y el área fenoménica predominantes” (Bleger, 1963; citado por Bohoslavsky, 1984 pág. 103).

Según O. Fernández Mouján (1986), la personalidad podría denotarse en un repertorio o pautas de conductas privilegiadas, habituales, persistentes y más influidas por los cambios situacionales y el carácter. Siguiendo a éste autor, lo que cambia durante el periodo de la adolescencia es el carácter, y la personalidad sólo se orientará hacia donde se pueda dar el cambio.

♦ **Cambios y mejorías en el tratamiento de adicciones:** se considera que el “cambio por participación en una comunidad terapéutica” sería una transformación psicológica y/o conductual y/o interaccional como resultado de la adhesión al tratamiento y trabajo terapéutico; y la “mejoría” consistiría en un ciclo de crecimiento autónomo en espiral que implicaría que las pacientes hayan alcanzado estabilidad emocional o una mejoría anímica generalizada, toleren la frustración y adquieren capacidades de espera, reconduzcan el síntoma a su origen intrapsíquico, y ordenan sus aspectos personales conductuales y familiares sociales. Los aspectos que favorecerían esta situación se vinculan al grado de motivación personal y compromiso con el tratamiento, el grado de apoyo y compromiso familiar, la capacidad técnica del tratante y la posibilidad de establecer vínculos “continentes” con el staff y con los otros pacientes en tratamiento, y las aptitudes para enfrentar situaciones de riesgo de consumo.

♦ **Tiempo de participación programa terapéutico:** se trata de cinco meses entre la primera (junio) y segunda (noviembre) medición. Se obtienen datos sobre los cambios y mejorías logradas a nivel psíquico, comportamental e interaccional; y los principales rasgos de personalidad del sujeto, durante la etapa de tratamiento propiamente dicho y la etapa de reinserción social.

DIMENSIONES E INDICADORES DE CAMBIOS Y MEJORIAS

Las dimensiones de mejoría son:

♦ **Estabilidad emocional:** que el estado anímico del sujeto no varíe demasiado o tenga un cierto grado de equilibrio. Esto hará que se mantenga calmado en situaciones de emergencia, porque controla sus impulsos (seguridad) y gestiona bien sus emociones; lo que ayudará a afrontar una situación ansiógena (problemas o retos) eficazmente.

♦ **Tolerancia a la frustración y control de los impulsos:** que la persona sea capaz de esperar y de sobrellevar sin mayores consecuencias las decepciones, cambios, ansiedades y pérdidas que se presentan en la vida cotidiana. Se relaciona con las condiciones psíquicas estables (equilibrio y manejo de los problemas) y funciones yoicas del paciente, especialmente la adaptación y reorganización a las condiciones de la realidad y la capacidad de control de los impulsos. También se puede vincular a la paciencia y a lo relajado que se encuentre el sujeto en un momento determinado.

♦ **Reconducción del síntoma a su origen intrapsíquico:** partiendo de la base de que la adicción a sustancias sería un síntoma; encontrarle por medio de los distintos dispositivos terapéuticos y la voluntad del

sujeto, la génesis intrapsíquica de la conflictiva de base. Se trata de que la persona analice y elabore situaciones traumáticas. Esta actitud a la introspección, se podría vincular con un estado natural de apertura o de discreción, como también con el grado de vulnerabilidad y compromiso sentimental en el problema.

♦ **Ordenamiento de aspectos conductuales, afectivos y socio-familiares:** que el sujeto logre una rutina o actividades saludables; por la incorporación de las normas de la institución, y relaciones afectivamente equilibradas. Lo óptimo sería que el sujeto tenga recursos y energía libidinal que le permita catextizar las relaciones; para lo cual es necesario cierto monto de confianza básica y empatía.

Dimensiones de los favorecedores de mejorías en el tratamiento de adicciones:

♦ **Grado de motivación y compromiso con el tratamiento:** es el monto de predisposición o movimiento personal necesario para primero, asistir al tratamiento y luego, **trabajar sus conflictos con un grado de implicación auténtica (voluntad) con el mismo.**

♦ **Aptitudes para enfrentar situaciones de riesgo de consumo:** comprenden las funciones yoicas y los recursos propios de cada persona, necesarios para poder evitar el "riesgo de consumo" no exponiéndose a situaciones, y de "no caer" si se encuentran en ocasiones de peligro de consumir. Se supone que una persona segura de sí misma y satisfecha, con una autoestima normal; es capaz de reflexionar sobre lo que le ocurre.

♦ **Grado de apoyo y compromiso familiar:** monto de predisposición a acompañar y participar en el tratamiento del sujeto adicto; como emergente (también) de una conflictiva familiar.

♦ **Capacidad técnica del tratante y la posibilidad de establecer vínculos "continentes" con el staff y los otros pacientes en tratamiento:** que el equipo terapéutico esté capacitado en la teoría y en la práctica para el abordaje de este tipo de pacientes; y que además cuenten con capacidades de empatía para establecer vínculos de confianza. Partiendo del supuesto que el equipo técnico está capacitado para tratar a pacientes adictos, sólo se evalúa en la entrevista semidirigida; las capacidades del paciente para establecer y mantener vínculos.

Teniendo en cuenta los tres órdenes de las funciones yoicas, se establecen las siguientes dimensiones para evaluarlas:

♦ **Funciones yoicas básicas:** percepción, atención, memoria, pensamiento, anticipación o planificación, ejecución, control y coordinación de la acción.

♦ **Funciones defensivas:** se trata de diversas formas de manejo de los conflictos creados entre condiciones de realidad, impulsos y prohibiciones. Las funciones defensivas están dirigidas a neutralizar ansiedades.

♦ **Funciones integradoras, sintéticas u organizadoras:** si el sujeto mantiene cierto grado de cohesión entre una enorme variedad de conductas, y puede alcanzar metas coordinadas y elegidas racionalmente. Las mismas, son puestas a prueba especialmente en situaciones de cambio donde el sujeto debe reorganizar sus relaciones con el mundo.

Capítulo III METODOLOGIA

Supuesto de la investigación

Se piensa posible encontrar variaciones en los parámetros de mejorías (a nivel psíquico, comportamental e interraccional) en el tratamiento de adicciones, como cambios resultantes de cinco meses de adhesión y participación de un adolescente en una comunidad terapéutica. Además, se intentará evaluar si se producen modificaciones o no en los rasgos de personalidad de un sujeto como consecuencia del tratamiento.

Teniendo en cuenta el supuesto de que en la etapa de tratamiento propiamente dicho, sería la etapa donde ya el sujeto habría logrado un ordenamiento y consistencia en sus conductas, junto a la estabilización de las conductas adictivas y a nuevas normas en el contexto familiar, entre otros; la comunidad terapéutica contendría la "aparición" de rasgos más estables de la personalidad y ciertos conflictos propios de cada caso en particular. Además el adolescente, deberá prepararse para encarar paulatinamente el mundo exterior (familia, trabajo, estudios, manejo del dinero, entre otros) y renegociar grados de autonomía; en las etapas de reinserción social y posterior seguimiento.

Por otra parte, se tratará de comparar el perfil de personalidad del examinado y los cambios registrados, con el perfil de dos sujetos que se encuentran en la etapa de seguimiento de 19 y 22 años. Para comparar los resultados empíricos del estudio de caso, se utiliza una generalización analítica (Yin, 1994; citado por Arzaluz Solano, 2005) y la variación concomitante, teniendo en cuenta que los sistemas son tan similares como es posible (con respecto a los hechos). También, se considera que el análisis de los sujetos en la etapa de seguimiento es global; sin especificar en determinadas desviaciones, ya que la finalidad de los mismos es servir de "control o referencia" de características necesarias para terminar el tratamiento.

Diseño

Se trata de un diseño estudio de caso instrumental (Stake, 1994; citado por Arzaluz Solano, 2005) y holístico o con una unidad de análisis (Yin, 1994; citado por Arzaluz Solano, 2005), cuyo objetivo central es estudiar los cambios en el nivel de mejorías en el tratamiento y en la personalidad de un joven adicto, como resultado de cinco meses de participación en la etapa de tratamiento propiamente dicho. Este caso servirá de ilustración prototípica de los efectos del tratamiento de adicciones en un adolescente con características neuróticas, y que contó y cuenta en la actualidad con el apoyo de su familia. Además el caso resulta prototípico del perfil de demandante de tratamiento, obtenido del relevamiento de encuestas realizado por el "Programa del Sol" desde enero del 2004 a diciembre del 2005 (S.O.S. País. Programa del Sol, 2006); y de las características de un pronóstico favorable descriptas por H. Mayer (1997).

Se designa al adolescente del caso como "sujeto prototípico" o "X", y los dos adolescentes que están en la etapa de seguimiento serán "XX1" y "XX2".

El estudio de caso es una metodología cualitativa descriptiva, la cual se emplea como una herramienta para estudiar algo específico como los efectos por participación en un tratamiento dentro de un fenómeno complejo; que es la rehabilitación de los jóvenes adictos en el contexto de la comunidad terapéutica urbana. Se registrarán mediciones en el sujeto en dos momentos: en el mes de junio y en noviembre del año 2006.

El caso será comprendido como un sistema integrado y en funcionamiento, por lo que requiere un análisis que logre interpretar y reconstruir ese sistema.

Si bien el tema de la adicción a sustancias ha sido abordado, se busca en esta investigación alcanzar nuevos aspectos del fenómeno de estudio; relacionados con la detección de "cambios y mejoras" logradas a nivel psíquico, comportamental e interaccional.

Población y Muestra

La población comprendería a todos los jóvenes y adultos (módulo matutino, vespertino, nocturno y consultorio externo) que asisten al tratamiento de rehabilitación al "Programa del Sol".

Se selecciona un adolescente de 18 años que asiste al módulo vespertino para realizar un diseño de caso instrumental (Stake, 1994; citado por Arzaluz Solano, 2005), ya que servirá de ilustración prototípica de una personalidad con predominio de rasgos neuróticos, que contó con el apoyo familiar desde el inicio para realizar el tratamiento, y que no tiene presión judicial para realizar el mismo. Se le explica al adolescente las generalidades de la investigación a llevar a cabo; se garantiza el anonimato y cuidadoso tratado de los datos.

Se tendrán en cuenta para el análisis de los datos, las indicaciones de NIDA (1998) con respecto a la descripción de los tratamientos eficaces, como por ejemplo: que el sujeto haya asistido a los ámbitos de terapia individual y de grupo, que se haya mantenido dentro del tratamiento por decisión propia, que tenga un grado de motivación actual, y apoyo de la familia (y de las amistades, preferentemente).

Instrumentos y procedimientos

Los procedimientos de recolección que se utilizan en esta investigación son técnicas de tipo cualitativas y cuantitativas, con la finalidad de que el procedimiento evaluativo sea complementario y que se enriquezca la comprensión e interpretaciones cualitativas descriptivas del caso en cuestión.

Los instrumentos que se aplicarán para la recolección de datos son el test de Rorschach como técnica proyectiva, el 16PF-5 de R. B. Cattell como técnica psicométrica basada en la Teoría de los Cinco Factores, y una entrevista semidirigida sobre mejoras en tratamiento aplicada al terapeuta idóneo y al sujeto en cuestión; con el objetivo de evitar errores de sesgo con el consenso intersubjetivo entre los datos significativos. Con los instrumentos mencionados, se genera una triangulación para la evaluación del caso; desde los tests de personalidad, desde la opinión del terapeuta respaldada por el equipo terapéutico y desde el mismo paciente, y desde una teoría principalmente psicoanalítica.

No se considera la perspectiva familiar, puesto que el encuadre de la institución no lo cree pertinente.

Se menciona, que a pesar de que la validez de convergencia entre el test de Rorschach y al 16 PF-5 es baja, se justifica el abordaje multimétodo ya que el uso de diferentes instrumentos produce diverso número de información sobre el mismo caso y cierta información puede integrarse por juicios clínicos (Petot y Djuric Jovic, 2005b). Además, se quiere hacer referencia a que en la ciudad de Córdoba, no se han registrado estudios sobre mejoras y personalidad utilizando el Test de Manchas de Rorschach en el contexto de la comunidad terapéutica urbana.

Por otra parte, se destaca que en una primera instancia de investigación, se aplicó una entrevista exploratoria a miembros del equipo terapéutico del "Programa del Sol", para obtener parámetros e indicadores sobre las mejoras durante el tratamiento de adicciones.

A continuación, se describirán los instrumentos y procedimientos destinados a evaluar los rasgos de personalidad, de aquellos utilizados para evaluar las mejoras en el tratamiento de adicciones.

Instrumentos y procedimientos para evaluar los rasgos de personalidad

A modo general se quiere hacer referencia a que "las relaciones entre Rorschach y cuestionarios de personalidad de tipo autoinforme constituyen un tema de discusión importante y aún sin resolver a la hora de confirmar hipótesis estructurales y clínicas" (Rorschachiana XXVII, 2005, p. 77). D. Greenwald (1999; citado por Djuric Jovic y Petot, 2005a), fue la primera en investigar las relaciones de la Teoría de los Cinco Factores con algunas variables relacionadas con el Rorschach; obteniendo resultados bajos y confusos, contrarios a su expectativa.

La validez de convergencia es baja entre el Rorschach y los cuestionarios de personalidad, pero en la práctica clínica se justifica un abordaje de multimétodo, porque el uso de diferentes instrumentos produce diverso número de información sobre el mismo caso, y cierta información puede integrarse por juicios clínicos. Reafirmando éste, diferentes instrumentos son útiles para cubrir distintas partes del territorio de estudio llamado "personalidad." Por otra parte, el Test de Rorschach no está intrínsecamente asociado a ningún modelo teórico en particular, si bien ha estado asociado por décadas a modelos psicodinámicos o psicoanalíticos de la estructura psíquica (Djuric Jovic y Petot, 2005b).

Además, otros autores afirman que la teoría de los Cinco Factores es un modelo sistémico de la persona y el test de Rorschach debe interpretarse en un contexto de evaluación psicodinámica global (Costa y McCrae, 2005).

ADMINISTRACIÓN DE 16PF-5

El test 16PF-5 se caracteriza por medir la personalidad normal (a diferencia del Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota), y se aplica predominantemente en el ámbito clínico de la Psicología y empresarial.

El material de la prueba consiste en un cuadernillo que posee un total de ciento ochenta y cinco elementos en frases ordenadas numéricamente, que contienen tres posibles respuestas: A (verdadero), B (interrogante, para señalar que no es posible decidirse entre A y B) y C (falso).

La quinta versión del test mide, con algunas variaciones y mejoras, las mismas dieciséis escalas primarias o rasgos de primer orden (afabilidad, razonamiento, estabilidad, dominancia, animación, atención y respeto a las normas, atrevimiento, sensibilidad, vigilancia, abstracción, privacidad, aprensión, apertura y cambio, autosuficiencia, perfeccionismo, y tensión). Los estilos de respuestas: "deseabilidad social" (Mi), "infrecuencia" (IN) y "aquietud" (AQ), sirven para controlar los sesgos en las respuestas. Los resultados del perfil de escalas primarias, dimensiones globales y estilos; viene puntuada del uno al diez; y en función a esto se analiza el test.

Para la administración del test se le aclara al/los sujeto/s, que no se piense demasiado en el contenido de la frase (en general, se contestan cinco o seis preguntas por minuto), que se evite señalar muchas respuestas B, que procure no dejar ninguna cuestión por contestar, y que lo haga sinceramente.

Además el 16 PF-5 está baremizado en Argentina para adultos, varones, mujeres y ambos sexos reunidos. Puede administrarse de manera colectiva o grupal, con una duración variable entre cuarenta y cuarenta y cinco minutos, y su corrección está informatizada (disco de corrección/perfil o mediante un pin en www.e-perfil.com). Puede ser respondido en papel o por Internet, y obtener el informe en la lengua que se desee (dieciséis versiones diferentes de alguna de ellas como el inglés o el portugués).

Validez y Fiabilidad del 16PF-5

A continuación, se resumen los estudios sobre validez y fiabilidad del 16 PF-5, citados en las investigaciones de A. Aluja y A. Blanch (2003) y de O. Petkevicius (2004).

Si se tienen en cuenta los orígenes de la psicología moderna de la personalidad, los estudios sobre el lenguaje comenzaron a principios del siglo pasado con Allport y Odbert (1936); quienes seleccionaron decenas de miles de términos del diccionario de la lengua inglesa utilizados habitualmente para clasificar el

comportamiento de las personas. Este método se denominó enfoque léxico y consiste en utilizar el análisis del lenguaje como una forma de conocer los elementos que definen la personalidad de modo estable y consistente.

Cattell (1946), trabajando con el listado de Allport y Odbert, lo perfeccionó y utilizó como base para seleccionar sus dieciséis factores primarios de personalidad (revisión de Cattell y Kline, 1977). Teniendo en cuenta los estudios de Cattell, Fiske (1949), analizó la personalidad de un grupo de psicólogos mediante autoinformes; mientras eran evaluados a la vez por sus compañeros y por personal del centro de trabajo. Gracias a los resultados factoriales del análisis de los adjetivos provenientes de las tres fuentes de datos que utilizó Cattell (L, Q y T), se posibilitó el surgimiento de la estructura de personalidad conocida como la "Teoría de los Cinco Factores" (Cattell y Kline, 1977).

Luego, Tupes y Christal (1961) en un estudio similar utilizando las tres fuentes de Cattell, obtuvieron también los cinco factores. Una vez estudiado su contenido psicológico de los denominados cinco factores, se consensó en llamarlos de la siguiente forma: Extraversión, Amabilidad, Responsabilidad, Estabilidad emocional y Apertura a la experiencia. Después de esta denominación, muchos autores desde Norman hasta McCrae y Costa, han profundizado en el modelo.

Resulta importante destacar que este modelo teórico ha mantenido el interés conjunto de autores americanos (como Costa y McCrae), europeos (básicamente holandeses, alemanes, ingleses, italianos), y últimamente grupos españoles (Sánchez-Bernardos, 1994; Aluja, García y García, 2002).

Si se consideran las críticas más severas realizadas al modelo de Cattell, las mismas se refieren a la dificultad de reproducir o replicar la estructura de los dieciséis factores y a la baja fiabilidad alfa o consistencia interna de los factores (Eysenck, 1986). Sin embargo, Cattell (1986), se defendió de las críticas de Eysenck argumentando la complejidad de las diferentes metodologías factoriales como las responsables de resultados contradictorios. Se destaca que como criterios para la extracción de factores, además del screen test propuesto por Cattell (1966), se han usado sistemas de agrupamiento de ítems en parcelas que aumentan la fiabilidad y consistencia factorial (Bernstein y Teng, 1989), así como también el uso de puntos de corte para extraer factores en función de indicadores de ajuste basados en la prueba Chi Cuadrado mediante el método de estimación de máxima verosimilitud (Cattell y Krug, 1986).

Se enfatiza que en el modelo de los dieciséis factores de Cattell existe bastante afinidad entre los distintos factores de primer orden, y es por ello que el autor los refactorizó y obtuvo los llamados factores de segundo orden. En los estudios iniciales se obtuvieron aislados hasta ocho factores de segundo orden: Envía, Ansiedad, Coercia, Independencia, Discreción, Subjetividad, Inteligencia y Buena educación (Cattell y Kline, 1977). Esto denota que los factores de Discreción y Subjetividad no han sido replicados satisfactoriamente (Argentero, 1989), y parece que existe más unanimidad en una estructura de cinco factores en la línea del modelo de los Cinco Grandes (Karson y O'Dell, 1974; Krug y Johns, 1986).

En el 16PF-5 (quinta edición) se incorporan cambios importantes en la redacción y reformulación de los ítems, quedando estabilizada la estructura de cinco factores de segundo orden, Extraversión, Ansiedad, Autocontrol, Independencia y Dureza (Cattell, Cattell y Cattell, 1993). Los datos técnicos de esta versión han estado recopilados en diferentes obras por Conn y Rieke (1994, ver revisión de Russell y Karol, 1994).

Los análisis informan de bastante afinidad entre los cinco factores del 16PF-5 de Cattell y las cinco dimensiones del NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992), tal vez con la excepción del factor de Independencia que se relaciona positivamente con Extraversión y negativamente con Amabilidad.

En el estudio de normalización español realizado por el equipo I+D de TEA Ediciones y publicado por Rusell y Karol (1995), se proporciona una única matriz con la estructura de cinco factores incluyendo los dieciséis factores primarios. Las cargas de los factores primarios en los cinco factores secundarios son similares a las informadas en los dos estudios americanos.

La nueva redacción (del 16PF-5) de más del 75% los ítems, así como la eliminación de los cómputos de la opción B, excluyendo Razonamiento del formato de respuesta, ha contribuido por un lado a clarificar el contenido del cuestionario repercutiendo positivamente en la mejora de la coherencia y consistencia de las

respuestas (Conn y Rieke, 1994). Por otra parte, y al mejorar sensiblemente la fiabilidad de los factores de primer orden, también ha mejorado la consistencia factorial de la estructura de los cinco factores de segundo orden. Tanto en la solución de los cinco como en la de los seis factores la varianza explicada es superior al 60% y las medidas de adecuación a la muestra también son aceptables. Podría ponerse en entredicho la inclusión del factor B de Razonamiento en las matrices factoriales dado que es teórica y empíricamente evidente que este factor no se relaciona con la personalidad. La prueba de ello es que B no carga sustancialmente en ninguno de los cinco factores secundarios, y en la solución de los seis factores únicamente la escala de Vigilancia (L), obtiene una carga importante en el estudio de referencia aunque no en el actual (Cattell y Cattell, 1995).

Los resultados de un estudio realizado por Aluja y Blanch (2003) corroboran la replicabilidad de los factores de segundo orden del 16PF-5 en muestras españolas, al tiempo que refuerzan su validez de constructo de acuerdo con los cinco factores propuestos por los autores.

Por otra parte, se considera importante que se realicen adaptaciones de la prueba y baremos propios de la población a la cual se aplica. La mejora de las propiedades psicométricas del instrumento y la replicabilidad de su estructura de segundo orden, apoya la vigencia de este instrumento clásico para la evaluación de la personalidad.

Por último, se menciona que en el año 2004, el Lic. O. Petkevicius, realizó la adaptación argentina del 16 PF-5 y baremos para ambos sexos (por separado y reunidos), con la colaboración de la Universidad del Salvador y la Universidad de Ciencias Sociales y Empresarias. Actualmente, O. Petkevicius ha difundido la utilización de esta prueba en el ámbito empresarial y continua realizando investigaciones sobre el 16 PF-5.

ADMINISTRACIÓN DEL TEST DE RORSCHACH

El test de Manchas de H. Rorschach se utiliza para medir aspectos estructurales de la personalidad.

El material de la prueba consiste en diez láminas numeradas (orden estricto) con manchas sobre fondo blanco; cinco de las éstas poseen manchas totalmente grises, dos tienen manchas rojas, y tres son policromadas. Las láminas deben entregarse al examinado de forma estándar o posición "a"; teniendo la posibilidad de girarlas en el sentido de las agujas del reloj como posiciones "b", "c", y "d"; y cuando se gira la lámina sucesivamente @.

La administración debe realizarse de manera individual, en un lugar silencioso (para lograr concentrarse) y con suficiente luz; consumiendo un tiempo aproximado de treinta minutos a una hora. La consigna es: "¿Qué le parece que es esto? o ¿qué es esto?". Luego se registran las repuestas (puede dar varias si lo desea) de manera literal, incluyendo la conducta gestual y cómo posiciona la lámina. También se debe registrar el número de respuestas (R, media normal en Córdoba es de veinticuatro; entre dieciocho y treinta), junto con el tiempo que tardan en responder y la demora en dar la respuesta (Tiempo total T.T. 30", y Tiempo de Reacción, Tr.) las mismas. Por otra parte, la consigna plantea una tarea a nivel de "proceso secundario", dando la oportunidad de oscilar entre el ajuste a la realidad y la fantasía, con libertad y espontaneidad.

El campo de aplicación comienza a los once años aproximadamente, en adelante.

Se debe interrogar todo lo necesario para una correcta clasificación de las respuestas, pero lo menos posible para verificar la percepción del sujeto sin que se filtren los puntos de vista del examinador (no sugerir). En los casos de pocas respuestas (quince o menos, con fracasos o signos de bloqueo), se puede comenzar el interrogatorio diciendo: "Si usted ve ahora algo más, puede decirlo, o si vio algo y no lo dijo por cualquier motivo."

Según M. A. Mirotti (2001) las manchas son un "objeto" ante la vista, que se convierten en un estímulo actual, con la consigna y la disposición del sujeto a responder.

Clasificación de las respuestas

Cada respuesta textual, se clasifica de acuerdo a cuatro enfoques:

- ♦ **Modos de aprehensión (Ap.):** Teniendo en cuenta si se utiliza todo la mancha en la respuesta (G), o sólo una parte (D y Dd), o la respuesta se refiere al espacio en blanco o fondo (B o b).
- ♦ **Determinantes (Det.):** Considerando en qué se hace la interpretación: por la forma (F) de la mancha, o si tiene que ver y en qué medida el color (C) o el claroscuro (K), o si se interpreta la figura en movimiento (M).
- ♦ **Contenidos (Cont.):** Tienen que ver con qué le ha parecido la mancha al sujeto: una persona, un animal, algo de la naturaleza, algo de anatomía, entre otros.
- ♦ **Frecuencia (F.):** Si la respuesta de una persona aparece dentro de una gran cantidad de casos en determinadas láminas (Popular, P), o sólo muy raramente (Original, O).

Se podrían agregar a esta clasificación, los denominados Fenómenos Especiales (F.E.) que comprenden características de algunas respuestas, verbalizaciones y conductas anexas a las mismas, que poseen gran valor de significación.

Validez y Fiabilidad del Test de Rorschach

En la ciudad de Córdoba, no se han realizado estudios sobre la confiabilidad y validez del test de Rorschach, pero sí se han hecho en Buenos Aires, vinculados al Sistema Comprensivo. Si bien en esta instigación no se aplica el sistema mencionado, se cree importante destacar algunos datos del sitio web de la "Asociación Argentina de Psicodiagnóstico de Rorschach".

En cualquier aplicación que se realice, la sensatez psicométrica del Test de Rorschach se define por los procedimientos estandarizados, concordancia entre los codificadores, fiabilidad, datos normativos y validez. Si se administra de manera adecuada el instrumento, consiste de un estandarizado conjunto de materiales, que se presenta con instrucciones uniformes ante las personas que responden. Las variaciones entre las "escuelas" del Rorschach, acentuarían algunos aspectos y matices de las respuestas, pero los resultados estructurales serían los mismos. Por otra parte, las diferencias transculturales en los puntajes promedio del test, si existieran, podrían reflejar diferencias culturales reales que serían medidas con exactitud por estos puntajes del test. y se supone que no tendrían que ver con la validez del mismo.

Si bien los críticos del Rorschach alegaron que los datos originales que muestran una importante concordancia entre los codificadores para el Sistema Comprensivo de Rorschach (por ejemplo, Exner y Weiner, 1995, pp. 21-27), es poco fiable porque se basan en un porcentaje de concordancia (Wood, Nezworski y Stejskal, 1996). Posteriores revisiones metaanalíticas y los estudios con muestras de pacientes y pacientes ambulatorios identificaron coeficientes Kappa medios a lo largo de diversas categorías de codificación del Sistema Comprensivo que oscilaron desde .79 hasta .88, lo cual indica un excelente rango para el método Kappa (Acklin, McDowell, Verschell y Chan, 2000; Meyer, 1997a, 1997b). Respecto de las Correlaciones Intraclase, Meyer y otros (2002) observaron medianas y medias de los coeficientes interjuez de .92 y .90, respectivamente, para 164 variables de sumario estructural en dos clasificaciones independientes de 219 protocolos que incluyeron 4761 respuestas. De las 164 variables examinadas en esta investigación, 156 (95%) cumplieron con los criterios de Correlación Intraclase de la excelente fiabilidad y ninguna mostró tener poca fiabilidad.

En un estudio metaanalítico realizado por Hiller, Rosenthal, Bornstein, Berry y Brunell-Neuleib (1999; ver también Rosenthal, Hiller, Bornstein, Berry y Brunell-Neuleib, 2001) de estudios de investigación del Rorschach publicados desde 1977 hasta 1997, en los cuales había al menos una variable externa (es decir, no incluida en el test) y en los cuales se había postulado alguna base razonable para las asociaciones esperadas entre las variables, se identificó un coeficiente de validez medio no ponderado del .29 para las variables del Rorschach en 2276 protocolos. Se aplicaron métodos similares en 5007 protocolos MMPI en estudios publicados durante ese mismo período que arrojaron un coeficiente de validez medio no ponderado del .30 para las variables del MMPI. Estos coeficientes de validez virtualmente equivalentes demuestran que el test de Rorschach es tan válido como el MMPI.

Instrumentos y procedimientos para evaluar cambios y mejoras en el tratamiento

A continuación se presenta el modelo de entrevista semidirigida diseñada para evaluar cambios y mejoras en el tratamiento de adicciones a nivel psicológico, comportamental e interaccional. La misma, cuenta con preguntas basadas en indicadores ya presentados, y se realiza en dos versiones: una aplica a un terapeuta de staff de la comunidad en el mes de junio (para evaluar a los sujetos X, XX1, y XX2) y en noviembre (para evaluar a X), y otra versión con los mismos parámetros aplicada al adolescente en el mes de noviembre.

ENTREVISTA SEMIDIRIGIDA

Teniendo en cuenta el análisis de conceptos y la operacionalización de las variables, se diseña el momento cerrado de la entrevista semidirigida.

Se quiere destacar que el terapeuta a quien se le aplica la entrevista se caracteriza por ser alguien que comparte mucho tiempo con el paciente (ámbitos terapéuticos y otras actividades) y conoce de la evolución del caso porque ha estado presente desde que la persona ingresó a la institución. Además, la entrevista semidirigida para evaluar a los sujetos en la etapa de seguimiento, se aplica al mismo terapeuta, con el objetivo de lograr mayor objetividad.

La entrevista semidirigida, se diseñó a partir de la administración de una entrevista exploratoria realizada a cinco miembros del equipo terapéutico; la cual arrojó dimensiones, que se desglosaron en indicadores de mejoría en el tratamiento. Además se agregan tres preguntas, con el objetivo de evaluar las funciones yojcas de los sujetos.

Por otra parte, en las dimensiones favorecedoras de mejoras en el tratamiento; se tendrá en cuenta la capacidad técnica del terapeuta al momento de seleccionarlo para la entrevista y considerarlo idóneo (por su empatía, capacidad de ser "continente" y conocimiento del caso). Por último, el grado de apoyo y compromiso familiar se agrega a la pregunta por la motivación y compromiso del sujeto en tratamiento.

Entrevista para administrar al terapeuta (mes de junio y noviembre)

- ◆ ¿Observa usted fluctuaciones o variaciones anímicas en X? (Estabilidad emocional)
- ◆ ¿Piensa usted que X es una persona capaz de sobrellevar sin mayores consecuencias las decepciones, ansiedades y pérdidas? (Tolerancia a la frustración y capacidad de control de los impulsos)
- ◆ ¿Constata usted que X trabaja sus conflictos en los distintos dispositivos terapéuticos? ¿Tiene voluntad? (Reconducción del síntoma al origen intrapsíquico)
- ◆ ¿Cree usted que X ha logrado una rutina saludable, y vínculos estables en lo afectivo y duraderas en el tiempo? ¿Piensa que X puede ponerse en el lugar de los otros, comprender, y confiar? (Ordenamiento conductual-afectivo y capacidades para vincularse)
- ◆ ¿Cómo era la predisposición e implicación de X cuando comenzó el tratamiento? ¿Cómo es ahora? ¿Percibe usted que la familia lo ha acompañado en el proceso? (Grado de motivación y compromiso del sujeto y de la familia)
- ◆ ¿Cree usted que X podría evitar exponerse a situaciones de posible consumo o si se encontrara en ocasiones de peligro de consumir no lo haría? ¿Por qué piensa esto? (Aptitudes para enfrentar situaciones de riesgo)
- ◆ Teniendo en cuenta las actividades en las que X participa, ¿es capaz de concentrarse, recordar nombres y datos, coordinar y planificar? (Funciones yojcas básicas)
- ◆ ¿De qué manera cree usted que reacciona X ante un problema que se le presenta en la vida cotidiana? ¿Y ante las prohibiciones o restricciones? (De qué manera neutraliza las ansiedades)
- ◆ ¿Cree usted que X es coherente en sus conductas y en lo que dice? ¿Puede alcanzar metas coordinadas y elegidas racionalmente? ¿Puede reorganizarse ante los cambios? (Funciones yojcas de síntesis)

Entrevista para administrar al paciente (mes de noviembre)

- ◆ Teniendo en cuenta como te sentís en el transcurso de una semana, por ejemplo. ¿Crees que tenes variaciones anímicas o emocionales? ¿Son mayores o menores que al iniciar la etapa del tratamiento propiamente dicho? (Estabilidad emocional)
- ◆ ¿Cómo reaccionarías ante una situación que te decepcionara mucho, ante una pérdida o algo que te generara elevada ansiedad? Antes del tratamiento, ¿reaccionabas de la misma manera? (Tolerancia a la frustración y capacidad de control de los impulsos)
- ◆ ¿Crees que has trabajado tus conflictos en los distintos dispositivos terapéuticos? ¿Has tenido voluntad? (Reconducción del síntoma al origen intrapsíquico)
- ◆ ¿Pensas que has logrado una rutina saludable, y vínculos estables en lo afectivo y duraderas en el tiempo? ¿De qué manera ves a los otros ahora y cómo los veías antes del tratamiento? ¿Crees que puedes ponerte en el lugar de una determinada persona, comprender, y confiar? (Ordenamiento conductual- afectivo y capacidades para vincularse)
- ◆ ¿Cómo era tu predisposición e implicación cuando comenzaste el tratamiento? ¿Cómo es ahora? ¿Pensas que tu familia te acompañó en el proceso? ¿De qué manera?(Grado de motivación y compromiso del sujeto y de la familia)
- ◆ Actualmente, ¿crees que podrías evitar exponerte a situaciones de posible consumo o si te encontraras en ocasiones de peligro de consumir no lo harías? ¿Por qué piensas esto? (Aptitudes para enfrentar situaciones de riesgo)
- ◆ Teniendo en cuenta las actividades en las que participas en el Programa, ¿sos capaz de concentrarse, recordar nombres y datos, coordinar y planificar? ¿Desde que iniciaste el tratamiento fue así? (Funciones yoicas básicas)
- ◆ ¿Cómo reaccionas cuando tenes un problema en tu vida cotidiana? ¿Y ante las prohibiciones o restricciones? ¿Has notado cambios en tu modo de reaccionar desde que empezaste con el tratamiento? (De qué manera neutraliza las ansiedades)
- ◆ Actualmente, entre lo que haces o demostrás y lo que decís, ¿crees que hay mucha diferencia o poca? ¿siempre fue así? Cuando te propones determinado objetivo, en el que estuviste pensando, ¿lo llevas a cabo? Ante situaciones de cambio, ¿podes reorganizarte para adaptarte? ¿siempre fuiste así? (Funciones yoicas de síntesis)

Plan de actividades

La investigación está compuesta por dos etapas. En una primera (mes de junio), se administran dos tests de personalidad a un sujeto en tratamiento, y una entrevista semidirigida al profesional del equipo terapéutico considerado idóneo; por tener conocimiento sobre el caso particular. Además, se repite esta aplicación mencionada para dos adolescentes en la etapa de seguimiento.

En una segunda etapa (mes de noviembre), se administra al mismo sujeto nuevamente (re-test) el test de Rorschach y el 16 PF-5, y dos entrevistas semidirigidas: una al terapeuta (de la primera etapa) y otra al adolescente.

Se menciona como dato importante, que todas las entrevistas semidirigidas se realizan al mismo terapeuta, con la finalidad de lograr mayor objetividad (desde lo subjetivo) e igualdad de criterios de evaluación.

Para llevar a cabo las respectivas etapas, se pautan dos encuentros con cada adolescente de aproximadamente una hora, y se dispone de treinta a cuarenta minutos para realizar la entrevista semidirigida. Se calcula que la recolección total de los datos requerirá cuatro semanas, teniendo en cuenta que se realizan tres encuentros por semana.

PRIMER ENCUENTRO CON EL ADOLESCENTE

Se inicia el proceso explicitando la consigna de la investigación, es decir, que se tratará de dos encuentros para aplicar unas pruebas, que su participación es voluntaria y anónima, y que al finalizar la investigación se le realizará una devolución descriptiva de sus aspectos favorables con la presencia de algún miembro del equipo terapéutico.

Luego, se le pregunta al adolescente en tratamiento si están de acuerdo con lo expresado anteriormente; y de ser así, se inicia una breve charla informal (sobre gustos o intereses musicales, deportivos, entre otros) con la finalidad de crear una situación cómoda y notar el grado de predisposición para realizar el test de Rorschach. Se calcula que esta prueba puede durar entre treinta minutos y una hora.

Después, se le pregunta al sujeto qué le pareció la prueba y cómo se siente; con la finalidad de evacuar ansiedades.

SEGUNDO ENCUENTRO CON EL ADOLESCENTE

En el segundo encuentro, se realizará un interrogatorio para completar las respuestas poco claras del test de Rorschach. El interrogatorio puede resultar esencial para la correcta clasificación de las respuestas, y su importancia radica en la necesidad de verificar la percepción del examinado sin dejar que se filtren los puntos de vista del examinador. Después se le entrega al adolescente el cuadernillo del 16 PF-5 para que complete el cuestionario de autoinforme; para el cual se calcula una duración de cuarenta a cuarenta y cinco minutos. Una vez finalizado el mismo, se le pregunta que le pareció el test y cómo se siente.

Por último, se explicita que con la administración del 16 PF-5 concluyen los encuentros, y que en aproximadamente dos o tres meses, se le hará una devolución descriptiva de aspectos generales de su personalidad y se enfatizará en los aspectos saludables. La devolución será mediada por un miembro del equipo terapéutico para que la información logre presentarse de manera dosificada y relacionada a la cotidianidad del sujeto.

Capítulo IV CONCLUSIONES

Análisis de resultados

Se administran el test de Rorschach y el 16 PF-5 en dos oportunidades; en una primera toma en el mes de junio y una segunda en el mes de noviembre, con un lapso de cinco meses. Para cada test de Rorschach se clasifican las respuestas de la "Hoja de respuestas" (Anexo) y se pasan los datos a la "Planilla de cómputos" (Anexo). En esta, se realiza un análisis cualitativo de los datos, para luego relacionarlos en un informe (Anexo) en el cual se describen los ejes ya mencionados: rendimiento intelectual y modo de procesamiento de la información, reactividad afectiva, desarrollo de la ideación, monto y manejo de la ansiedad, modalidad de contacto social, autoestima y factores de conflicto. Luego, se comparan ambos informes para ver si hubo diferencias.

Además, se analizan los datos del 16 PF-5 (Anexo) y se describen los resultados para los estilos de respuestas, las dimensiones globales y las dimensiones primarias; para después comparar ambos informes.

Por otra parte, se consideran los datos recogidos en las entrevistas semidirigidas y se compara la información para tener un enfoque significativo considerando aspectos clínicos y del paciente; con relación a los cambios y mejorías por participación en un programa de tratamiento de adicciones.

Finalmente, se caracterizará el perfil de dos adolescentes (XX1 y XX2) que se encuentran en seguimiento luego de haber concluido el programa terapéutica para rehabilitarse, y luego se compararán los datos con los resultados obtenidos del análisis del caso.

Análisis de los resultados del caso

A continuación se exponen datos relevantes; para una mejor comprensión del caso, y los resultados obtenidos en la administración de los tests de personalidad (Rorschach y 16 PF-5 de junio y noviembre), y los efectos del tratamiento constatados mediante las entrevistas semidirigidas (al terapeuta y al adolescente).

El caso investigado, a partir de un diseño de estudio de caso instrumental y holístico, se trata de un adolescente de 18 años con problemas de abuso de sustancias (consumía cocaína y marihuana), que fue llevado (obligado) por sus padres a concurrir a una comunidad terapéutica urbana (Córdoba) para iniciar el tratamiento, y ahora lleva más de un año en la institución.

Dejó el colegio por prescripción del equipo terapéutico en acuerdo con los padres del sujeto; lo que hizo que el adolescente se comprometiera en su recuperación. La familia lo apoyó y participa en el tratamiento. Además, cuando ingresó a la institución presentaba conductas de riesgo; como el consumo habitual y en grandes dosis, y comportamientos violentos cuando estaba drogado. Sin embargo, y como dato positivo se refiere que el sujeto no tenía causas judiciales cuando comenzó el tratamiento (no había presión de la Justicia; lo que a veces demora el compromiso personal).

En la evaluación de noviembre se destaca que el adolescente se encuentra finalizando el tratamiento (pasó de la etapa de tratamiento propiamente dicho a la etapa de reinserción social), y está trabajando. Se destaca una situación de crisis desencadenada por una posible mudanza al exterior, como consecuencia una recaída en el consumo (marihuana), y un posible duelo no elaborado.

DATOS RELACIONADOS CON LA PERSONALIDAD DEL ADOLESCENTE

Seguidamente, se describen los datos concurrentes y algunas divergencias halladas entre la aplicación de junio y la de noviembre; para el mismo test.

Resultados obtenidos en los tests de Manchas de Rorschach

Desde el parámetro del **rendimiento intelectual y modo de procesar la información**, en ambas pruebas el examinado tendría una inteligencia media (R: 22 y 29), y se destaca que el incremento en el número de respuestas de la última prueba aplicada, podría deberse a una mayor confianza en la examinadora y una posible disminución de los mecanismos represivos e inhibitorios (el simbolismo es más claro y directo). Además, el sujeto tendría la posibilidad de disponer de un pensamiento creativo y personal (O+: 1).

En ambas tomas, predominaría en el examinado, un enfoque hacia la realidad práctico concreto (D%: 50 y 69), con pretensiones perfeccionistas (F+%: 50 y 74). Se hipotetiza que en determinadas situaciones, el dirigirse hacia lo obvio y fácil podría dificultar la capacidad de planificar del adolescente; por no disponer de suficiente energía. Habría una disposición en el sujeto a mantenerse en el plano de la objetividad y racionalidad (F%: 75 y 77). Se supone que lo mencionado en este párrafo predispondría a rasgos de tipo obsesivos.

Comparando el estado de las funciones yoicas de ambos tests, se destaca una evolución favorable (R+%: 75 y 97); lo cual podría relacionarse con una disminución en la labilidad de la atención (F-: 6 y 1), presencia de un juicio más crítico y mayores posibilidades de excluir lo que le perturbaría al sujeto (O-: 1 no hay en el segundo test, y F+%: 50 y 74).

Teniendo en cuenta la **reactividad afectiva**, se denota en ambas evaluaciones, una disposición del sujeto a verse afectado por los estímulos (FC y CF), pero con inhibiciones para reaccionar de modo manifiesto debido a las represiones neuróticas (Tipo vivencial: coartado). Se hipotetiza que por lo mencionado, el adolescente tendería a mostrarse más bien como alguien seco y rígido.

Aparentemente, el sujeto tendría posibilidades de moderar racionalmente y con estabilidad, la reacción (FC: 2); o presentar una afectividad más intensa; y el yo podría quedar más lábil (CF: 2).

Considerando el **desarrollo de la ideación**, en ambas evaluaciones el examinado contaría con posibilidades de adecuar la descarga impulsiva; sea mediante el control racional (F+%: 50 y 74) o por la elaboración en el plano de la fantasía y posibilidades sublimatorias (M:2, y en el segundo test M: 1 y MFC: 1).

Analizando el **estado de ánimo** del adolescente, se destaca un monto significativo de angustia en ascenso (Índice de angustia: 27% y 31% y Ad: 3/6, (A):2, (Ad):1) y posibilidades de experimentar sentimientos de culpa (Sangre: 1).

Se hipotetiza que en la primera prueba la angustia estaría vinculada con la necesidad de defenderse de algo reprimido que amenaza con invadir la conciencia provocando una herida narcisista y sus consiguientes sentimientos depresivos – angustiosos (Choque al claroscuro en la lám. IV). En la segunda prueba, el monto de angustia; aunque más elevado, sería angustia libre y el sujeto dispondría de mayores (y mejores; por la disponibilidad de mecanismos más adaptativos) posibilidades de control de la misma (FK/t: 1).

Otra diferencia que se supone, es que en el primer test la ansiedad estaría relacionada a una actitud de disconformidad por sentimientos de desvalorización ante la figura paterna (CHK); y en el segundo test estaría dada por una modalidad de vincularse con otros entre la necesidad de cariño (FK/t: 1), y las serias dificultades para recibirlo y fomentar estas reacciones debido a perturbaciones en el contacto (H%: 3) con características de la condición paranoide (Temas: cuernos, ojos, mirándose).

La **modalidad de contacto social** que caracteriza en las dos pruebas al adolescente estaría definida por perturbaciones en el nivel de contactos (H:0 y 1) y represión de la exteriorización de los afectos (Hd: 1 y (Hd): 3/5). Se supone en el adolescente aspectos regresivos (Anatómica: 2) y características infantiles (Objeto: 1).

En ambas pruebas habría una evidente disposición fóbica evitativa ante la posibilidad de vincularse; pero en el segundo test aparecerían nítidamente una tendencia a la dependencia oral sádica (Temas: planta carnívora, con la boca abierta y boca con dientes filosos) y componentes persecutorios para las relaciones

interpersonales (Temas: cuernos, ojos, mirándose). Otra diferencia es que en el primer test se supone una mayor predisposición a la somatización (Temas: hueso y cráneos).

A modo general se podría decir que la **autoestima** del examinado se encuentra disminuida debido a sentimientos negativos hacia sí mismo, de insuficiencia e inseguridad (Deterioro: 1). Por otra parte, se hipotetiza una evolución favorable entre ambas pruebas teniendo en cuenta que en la primera el sujeto estaría proyectando inconscientemente lo negativo (de él) en el medio (Crítica de objeto: 2); mientras que en la segunda prueba el adolescente reconoce que necesitaría apoyo externo, ya que percibe que está preocupado o con problemas (Religión: 2).

Otro aspecto positivo a destacar, es que en el primer test el sujeto buscaría afirmarse de un modo hostil aunque indirecto excluyendo en el mejor de los casos la actuación de la agresividad; y en el segundo test la persona tendría deseos de afirmación (Arquitectura: 1 y Mext.: 2) más adaptados o saludables (no implican agresión, hostilidad, y conductas indirectas).

Teniendo en cuenta los **factores de conflicto**, podría hipotetizarse una descentralización de la problemática: de una actitud de disconformidad por desvalorización ante la figura paterna (CHK en la primer prueba), a una modalidad de vincularse con otros entre la necesidad de cariño (FK/t: 1) y las perturbaciones en el contacto (H%: 3) con características de la condición paranoide (Temas: cuernos, ojos, mirándose).

Considerando los aportes de Endora (citada por Mirrotti, 2001 p. 235) y lo antes mencionado, se supone que la hipótesis psicodinámica de base sería una pobre relación temprana con la madre y defectos de identificación; que generaron como consecuencia, problemas de socialización y disposiciones hostiles para las relaciones interpersonales (Desvitalización: 1).

Resultados obtenidos en las aplicaciones del 16 PF-5

Teniendo en cuenta los **estilos de respuestas**, se podría hipotetizar una mayor integración entre la percepción del sujeto de sí mismo y la manera en la que lo ven los demás, puesto que la persona admitiría tener rasgos deseables e indeseables (MI: 5). En la primer prueba el sujeto admitiría poseer conductas que no resultan deseables socialmente (MI: 3).

Por otra parte, en el primer test el adolescente podría actuar con independencia de la autoridad o no hacerlo, dependiendo de la situación en la cual se encuentre (AQ: 5); mientras que en el segundo test no le interesaría acordar con la autoridad (AQ: 4).

Se hipotetiza por lo mencionado con anterioridad, que el sujeto estaría más seguro de sí mismo e integrado en sus rasgos de personalidad, en la medición de noviembre.

Considerando las **dimensiones globales**, se podría decir que el sujeto es marcadamente introvertido (Ext: 1), que tendería a ceder fácilmente y adaptarse para evitar los conflictos o por timidez ante situaciones sociales (Ind: 3), y que percibiría los deseos como urgencias; por lo que podría encontrar dificultades para reprimirse (AuC: 3).

Entre ambos tests se registraron positivas diferencias en una tendencia a una mentalidad más abierta, receptiva e intuitiva (Dur: 5 y 3). Además se destaca un leve aumento de la ansiedad; pero la misma sería relativa (Ans: 4 y 5).

Si se compara las apreciaciones holísticas y tentativas del perfil del examinado en ambos tests, teniendo en cuenta las **escalas primarias**, se denota una gran variación (y disminuyen) en los apuntalamientos con persistencia de rasgos como: una elevada sensibilidad (I: 8 y 9) y marcadas tendencias autosuficientes y solitarias (Q2: 10). Como variaciones significativas de la segunda medición, se destaca una actitud distante al momento de relacionarse con otros (A: 3) e inestabilidad emocional (C: 2).

A continuación se resume por escala, la apreciación presuntiva general:

AFIABILIDAD: Persona distante, cauta en sus implicaciones y contactos (A: 4 y 3).

TEORICIDAD: De una predisposición al razonamiento concreto (B: 3, primer test) a la posibilidad de disponer también de un razonamiento abstracto (B: 6, segundo test).

ESTABILIDAD: Se fue acentuando entre ambas pruebas una tendencia a reaccionar y a tener variaciones emocionales (C: 4 y 2).

DOMINANCIA: Tendería a acomodarse a los deseos de los otros; lo que podría ser una forma de evitar conflictos (E: 3).

ANIMACION: Sería más bien callado y cuidadoso. Comparando ambas pruebas, se registra un aumento del valor extremo (F: 1 y 4), que se hipotetiza estaría relacionado con una menor inhibición de la espontaneidad del examinado.

ATENCION A LAS NORMAS: Se trataría de una persona inconformista, y se supone que sus valores podrían no estar sólidamente basados en usos convencionales al momento de gobernar sus acciones (G: 3 y 4).

ATREVIMIENTO: El examinado sería tímido ante las situaciones sociales, especialmente si son nuevas. Comparando ambos tests, el valor extremo (H: 1) aumentó; lo que podría vincularse a una elevación de la autoestima del sujeto (H: 1 y 4).

SENSIBILIDAD: Fuertes predisposiciones a la empatía y en la sensibilidad (I: 8 y 9).

VIGILANCIA: Se denotaría en esta persona una tendencia a desconfiar de los demás y ser precavida en leve descenso (L: 7 y 6).

ABSTRACCIÓN: De la posibilidad de disponer de la abstracción y la practicidad (M: 6, primer test), a la tendencia a responder a situaciones concretas (M: 4, segundo test).

PRIVACIDAD: De una postura privada (N: 8) a una tendencia a la apertura y genuinidad (N: 4).

APRENSION: De una actitud de despreocupación y satisfacción que podría implicar la negación de los sentimientos peyorativos del yo (O: 4), a una actitud con posibilidades de aprensión (O: 6).

APERTURA AL CAMBIO: Se supone que el examinado preferiría los modos tradicionales y conocidos de ver las cosas; lo familiar y lo predecible (Q1: 4).

AUTOSUFICIENCIA: El sujeto sería extremadamente solitario e individualista (Q2: 10).

PERFECCIONISMO: Se hipotetiza que el examinado podría tolerar el desorden, y en otras ocasiones ser organizado y disciplinado (Q3: 5).

TENSION: Se supone que esta persona usualmente se sentiría relajada y tranquila, pero el bajo nivel de energía podría llevarlo a no estar motivado y no moverse hacia el cambio (Q4: 4).

RESULTADOS VINCULADOS A LOS EFECTOS DEL TRATAMIENTO

El adolescente testeado indica ser **emocionalmente inestable**; y fue evolucionando desde el inicio del tratamiento en un **sentido favorable**. Al principio presentaba mecanismos de defensa fóbicos; especialmente claustrofóbicos y evitativos (le costaba subirse al colectivo y no podía estar entre mucha gente), síntomas psicósomáticos (vómitos, dolor de cabeza y de panza, mareos, y diarrea), y abuso de la sustancia (cocaína y marihuana). En la evaluación del mes de junio, empezaron a aparecer niveles de angustia libre; con algunas posibilidades de sublimarla a través dibujo con características góticas (dibuja dragones y fetos en blanco y negro). En noviembre, el sujeto se encuentra en una situación de crisis, pero con un bajo nivel de angustia, ya que tuvo una recaída y está como "anestesiado". Se hipotetiza que lo que generó la situación de crisis fue que el padre se "alejara" (viajara a España) y la idea de mudarse; lo cual despertó en el adolescente ansiedades de desintegración y sensaciones de vacío (el sujeto vincularía el espacio con la pertenencia y el ser), que debió llenarse con la sustancia. Es común que la angustia disminuya momentáneamente como consecuencia del consumo (anestesia), pero luego aparecen sentimientos depresivos y se actualizan las vivencias de vacío.

Por otra parte, el adolescente remarca que ha aumentado notablemente su autoestima, sensibilidad y responsabilidad; porque al comienzo no le importaba nada.

Con respecto a **la tolerancia a la frustración y el control de los impulsos**, podría decirse que es **relativo y que necesitaría mejorar en este aspecto**; especialmente la capacidad de sobrellevar decepciones. Cuando a esta persona algo lo decepciona mucho o ante una situación que le produce ansiedad,

tiende a replegarse y a declararse fracasado y/o aparecen síntomas como el consumo, fóbicos o de angustia libre. El adolescente cuenta que se deprime pero que trata de seguir; mientras que antes de comenzar el tratamiento, consumía y se ponía violento.

Se destaca como favorable que el sujeto no tiene reacciones violentas y acting out; solo aparecería esto, si se encontrara en una situación de tensión y drogado.

Teniendo en cuenta la **reconducción del síntoma al origen intrapsíquico** por el análisis de los conflictos en los distintos dispositivos terapéuticos, se habría dado un **buen nivel elaborativo** de los mismos. El sujeto logró niveles de "insight" y trabajó con escenas reprimidas que le habían ocasionado gran dolor psíquico (recuerda una discusión familiar).

En relación con la **voluntad**, caracterizo desde el inicio a esta persona, la alexitimia (no encontrar palabras para expresar los sentimientos), abulia (falta de voluntad) y una identificación con lo negativo de la sociedad que se manifestaba en conductas opositoras (era heavy, no le gustaba el fútbol, no tenía religión, etc.). La voluntad fue aumentando lentamente con continuas necesidades de apuntalamiento y confrontación; y actualmente podría decirse que se encuentra un tanto disminuida, ya que el sujeto volvió a consumir y se junta con ex-compañeros que abandonaron el tratamiento.

A nivel del **ordenamiento conductual** podría hablarse de una **evolución favorable**; aunque con algunas **dificultades para sostener actividades saludables**. En una primera etapa de evaluación (junio) se reporta que el problema del abuso ya no era el foco de conflicto, pero que el sujeto contaba con escasos recursos internos que debían fomentarse y fortalecerse. En la segunda evaluación (noviembre) aparece en crisis lo que aparentemente lo sostenía, y el adolescente se siente cansado.

Desde la perspectiva del **ordenamiento afectivo y las capacidades para vincularse** que dispondría esta persona, se caracterizaría por tener poca iniciativa para establecer contactos, un alto grado de desconfianza, y desvalorización de las personas en general (el adolescente las considera vacías, le dan bronca y angustia). Antes del tratamiento, el sujeto se relacionaba en torno a situaciones de consumo de sustancias y como consecuencia de estas.

En cuanto a la modalidad de vincularse, se denotarían tendencias dependientes y fusionales-indiscriminatorias; tanto en el adolescente como en el funcionamiento familiar ("La familia unida"), que obstaculizarían la individuación e independencia de sus miembros fomentando tendencias regresivas. Dentro de esta modalidad, el sujeto presentaría un vínculo simbiótico con la madre y una relación basada en sobreexigencias (muy elevadas en un principio) con el padre.

Como un aspecto positivo se destaca, que el adolescente mantiene dos amigos de la infancia; como posibilidad de establecer vínculos duraderos en el tiempo.

Con respecto al **grado de motivación y compromiso del sujeto**, se podría decir que al iniciar el tratamiento la predisposición era mala y el adolescente presentaba síntomas psicósomáticos y fóbicos, que además le dificultaban asistir al tratamiento. El adolescente había comenzado el tratamiento obligado por sus padres, ante la otra opción, que implicaba internación.

El terapeuta hipotetiza que el pedido a la familia de que el adolescente concurriera todos los días al programa (lo cual implicaba abandonar el colegio), fue decisivo para que el sujeto se responsabilizara de su curación; contribuyendo al establecimiento de vínculos, favoreciendo despliegues transferenciales, y para que se acelerara el proceso. En la evaluación de junio, el adolescente transcurrió por un momento en el cual no quería dejar de asistir y se enojaba cuando le iban quitando días como modalidad de la institución de ir preparando a los pacientes para la finalización. En noviembre, el examinado tendría pocas ganas y compromiso para asistir al tratamiento.

En relación con el **grado de motivación y compromiso de la familia** del sujeto, se podría decir que lo apoyó en el tratamiento y tuvieron la iniciativa de hacerlo asistir al programa. El adolescente percibe que su familia lo acompañó concurriendo a reuniones y grupos de padres, exigiéndole que hablara, tratando de comprenderlo, y cuidándolo. Se destaca que al inicio del tratamiento, la familia tenía un funcionamiento fusional-indiscriminatorio que hacía que ante una situación negativa como era el problema de consumo del

adolescente, se culpabilizara (la madre lloraba y decía que la había decepcionado, y el padre no le hablaba) y marcara más el síntoma excluyendo y desconociendo a la persona. Por otra parte, algunos signos positivos, como era que el adolescente sintiera angustia en vez de somatizar; eran vividos por la familia en un primer momento como desfavorables.

Además, el terapeuta destaca la labor del equipo con la pareja parental para la reconstrucción de la modalidad de reaccionar ante el problema del sujeto, posibilidades de comprenderlo y reaccionar sin miedo cuando tengan que ponerle límites; y principalmente aceptar al adolescente con sus limitaciones.

En la evaluación de noviembre, con la crisis del examinado, la madre se encuentra desorientada y culposa, y el padre frustrado; pero buscan asesoramiento en la institución.

Teniendo en cuenta las **aptitudes que posee el sujeto y su familia para enfrentar las situaciones de riesgo de consumo** se destaca que al principio los recursos eran totalmente externos y provenían de los cuidados y restricciones familiares (que no saliera solo, que no lo dejaran juntar con determinadas personas, etc.); como ocurre en la mayoría de los casos. Luego (evaluación de junio), el terapeuta refiere que se ha modificado el foco y el sujeto cuenta con más recursos (mejores posibilidades sublimatorias) para relacionarse con la angustia; por lo cual cree que no se expondría a situaciones de consumo. Después (noviembre), en un estado de crisis, el sujeto retoma el consumo como una posible tendencia regresiva ante las posibilidades de independizarse (de dejar de ser el “nene de mamá” y de no “ser un hombre”...) al terminar el tratamiento.

El adolescente destaca que se siente más fuerte y con mayor autoestima producto de un proceso de conocerse; con lo que podría estar insinuando que aparentemente por estas razones, podrá manejar su consumo.

Las **funciones yoicas básicas** de esta persona (concentrarse, recordar nombres y datos, coordinar y planificarse) se encontraban al inicio del tratamiento disminuidas a causa del consumo, con inhibiciones, y mecanismos fóbicos que se manifestaban principalmente al momento de trabajar en grupos extensos y otras situaciones que le generaban angustia (como, subirse al colectivo). Además presentaba una modalidad de pensamiento rígido, polarizado, y opositor; que le dificultaba aún más comunicarse con los otros. En la evaluación de noviembre, se denota que el pensamiento se ha flexibilizado, puede tolerar y respetar las diferencias; sin sentir que por esto deja de ser él. El adolescente dice que antes hacía lo que tenía ganas y se distraía con facilidad; que actualmente mejoró, pero que le cuesta planificar.

A modo general, se podría decir que la **modalidad del sujeto de neutralizar las ansiedades** se basa en una actitud de impotencia, angustia y parálisis ante los problemas; y de positiva aceptación de las prohibiciones. Desde el inicio del tratamiento, el sujeto se caracterizó por un negativismo, vacío yoico, sobreexigencias (provenientes de un superyo tirano que lo aplastaba) y sentimientos de fracaso que le impedían intentar. En noviembre se registra que las sensaciones de impotencia siguen vigentes pero el yo se ha fortalecido, el superyo es menos tirano, y el sujeto se arriesga; aunque a veces logra sus objetivos con constante apuntalamiento y confrontación debido a la poca iniciativa del adolescente (por ejemplo, empezar el curso de dibujo o buscar trabajo).

Teniendo en cuenta las **funciones yoicas de síntesis**, se podría decir que al comienzo del tratamiento el examinado era bastante coherente a nivel de lo que hacía y decía; porque se quedaba callado por la alexitimia, tenía dificultades para proponerse objetivos por la abulia, y podía reorganizarse con algunas resistencias. Luego (evaluación de noviembre), el sujeto se muestra incoherente, con dificultades para comprometerse con el tratamiento y para reorganizarse; pero con un yo más fortalecido.

Desde la perspectiva del adolescente; que aunque aparentemente opuesta a la del terapeuta podría complementarse con la misma, destaca que antes era incoherente y que esto es propio de que se está forjando la personalidad, y que ahora es coherente. Dice que siempre piensa mucho antes de hacer algo, pero que antes no intentaba por miedo a fracasar, y que ahora se arriesga. Aparentemente tendría dificultades para reorganizarse ante los cambios, y se hipotetiza que esto se debe a sus cosas le darían pertenencia e identidad

en cierto grado (dice que tiene un territorio), y que le cuesta mucho confiar en las personas. Se rescata como aspecto positivo una flexibilización de su pensamiento, y posibilidades de respetar las diferencias y comprender.

Por último, se quiere hacer referencia a fortalezas yoicas del sujeto, como: las posibilidades que posee de elaborar los conflictos y tener insight, que no se caracteriza por manifestarse con conductas violentas y acting out, que tiene marcadas capacidades empáticas a pesar de su alexitimia, y posee dotes artísticos notorios como oportunidad sublimatoria.

Comparaciones entre el caso y los adolescentes en la etapa de seguimiento

Seguidamente, se realiza primero una breve descripción de las principales características recurrentes en dos adolescentes (XX1 y XX2) en la etapa de seguimiento, y luego se compara el perfil de ellos con el sujeto prototípico (X).

CARACTERÍSTICAS RECURRENTE EN DOS ADOLESCENTES EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO

Teniendo en cuenta el perfil de personalidad de dos sujetos adolescentes que han finalizado el tratamiento de rehabilitación, se destacan como características generales: la predominancia de rasgos neuróticos en su personalidad con fuertes represiones (Rorschach, R: 9 y 11; M: 0), buen estado de las funciones yoicas (Rorschach, R+ %: 88 y 100), tendencias al pensamiento racional y objetivo - concreto (Rorschach, F%: 66 y 82; y 16 PF-5, B: 1 y 4), flexibilidad para reestructurar el campo perceptual y autonomía de pensamiento (Rorschach, B: 1), y una predisposición a tomar decisiones por su cuenta (16 PF-5, Q2: 7 y 8).

En cuanto al control de los impulsos, existirían posibilidades de manejo de los mismos mediante el control racional (Rorschach, FC': 1 y FC elaborado: 1), la ansiedad y tensión sería relativamente baja y el sujeto no se frustraría con rapidez (Rorschach, Índice de angustia: 9 y 11; y 16 PF-5, Q4: 4), y existirían posibilidades de adecuación ante la reacción impulsiva (Tiempo de reacción: +- 10 seg.). Predominarían en estos sujetos tendencias introvertidas; generalmente poco sociables y con independencia de pensamiento (16 PF-5, Ext: 3 y 4).

Se quiere destacar que en ambos casos los factores de conflictos aparecen bien circunscriptos y ligados a las relaciones primarias (Fracaso total en la lám. IIV y Fracaso total en la lám. IX).

Por otra parte, los sujetos no tendrían inconvenientes para asumir que poseen algunos rasgos indeseables socialmente (16 PF- 5, MI: 1 y 4), lo que podría relacionarse con una mayor integración yoica. Además, serían personas que se mostrarían serios y resultarían cuidadosos ante los demás (16 PF-5, F: 2 y 4), pero que se presentarían de modo genuino y natural (16 PF-5, N: 4).

En la entrevista sobre mejorías, se destaca predominantemente el aumento de la estabilidad emocional, la mejor tolerancia a las frustraciones, el trabajo de los conflictos, el logro de una rutina saludable pero con escasos vínculos, el aumento y reforzamiento de los recursos internos para enfrentar situaciones críticas, y la activación de algunas de las funciones yoicas (nuevas alternativas ante los problemas, coherencia en las metas, etc.).

COMPARACIONES DEL PERFIL DEL EXAMINADO CON LOS SUJETOS EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO

Primero se quiere destacar que el adolescente examinado tendría una estructura neurótica con menores represiones en comparación con los sujetos en seguimiento (mayor número de respuestas en el Rorschach). Se puede suponer que la estructura de personalidad del sujeto prototípico, dispone de mejores y mayores posibilidades sublimatorias y elaborativas en el plano de la fantasía.

En todos los examinados las funciones yoicas estarían en buen estado y tendrían tendencias al pensamiento racional y objetivo - concreto con autonomía. Se mostrarían como personas serias; sin dejar de

ser naturales y genuinos. Además tenderían a tomar decisiones por su cuenta, controlar medianamente las reacciones impulsivas y ser más bien introvertidos.

En los sujetos en seguimiento los factores de conflictos aparecen bien circunscriptos y ligados a las relaciones primarias; y en el sujeto en tratamiento se produjo lo inverso en una descentralización de la problemática. Se hipotetiza que la psicopatología de base era diferente entre los adolescentes, y consecuentemente el trabajo terapéutico fue distinto. Igualmente, se considera que en los tres casos la consecuencia de base de la conflictiva remite a sucesos y sensaciones de la infancia.

Por otra parte en el adolescente prototípico aparece en la entrevista, presunciones de un duelo no elaborado; que no se denotó en los adolescentes en etapa de seguimiento.

Como dato desfavorable, se destaca la ansiedad elevada y dificultades para sostener las actividades saludables que presenta el adolescente en tratamiento; a diferencia de los sujetos en seguimiento. Esto tendría implicaciones directas con la poca tolerancia a la frustración del caso.

Síntesis global de resultados

A modo de síntesis global, se plantean primero los factores que permanecieron relativamente estables del adolescente evaluado. Luego se describen los factores que variaron favorablemente en las mediciones y entrevistas realizados (en junio y noviembre). Por último, se mencionan brevemente los factores que se piensan desfavorables para el adolescente.

Se destaca que permaneció estable: la estructura de personalidad del sujeto (neurosis con mecanismos predominantemente obsesivos), el enfoque del sujeto hacia la realidad (práctico-concreto), la modalidad de vincularse (dependiente con personas significativas y una postura distante y desconfiada con el resto de la gente), y rasgos de la personalidad como la introversión, autosuficiencia y timidez.

Se hipotetiza que se modificó favorablemente como efecto del tratamiento de rehabilitación de adicciones: la utilización de mecanismos más adaptativos, una evolución de la sintomatología de la somatización a la angustia libre, más autoestima, mayor integración de la personalidad, mejor estado y fortalecimiento de las funciones yoicas, necesidad de autoafirmación sin hostilidad, mayor registro de los sentimientos, descentralización de la problemática del consumo, posibilidades de establecer vínculos y mantenerlos, y mayor apertura hacia las opiniones y la diversidad. Además, se consideran como capacidades a destacar del examinado, las variadas posibilidades de adecuar las tensiones impulsivas (con el control racional, la sublimación o la descarga en el plano de la fantasía) y notables capacidades empáticas (a pesar de la alexitimia).

Por otra parte, se piensa que sería potencialmente desfavorable para el adolescente: la poca tolerancia a la frustración, la alexitimia y la abulia, la angustia y parálisis ante situaciones que generan ansiedad, la necesidad de apuntalamiento, y un posible duelo no elaborado (duelo por la muerte de su abuela).

Se considera importante construir o mejorar las destrezas yoicas del sujeto para afrontar las situaciones que le generan ansiedad y decepción (funciones yoicas defensivas) y reorganización ante los cambios (funciones yoicas de síntesis); lo cual implicaría una mayor tolerancia a las frustraciones y mejor control de los impulsos.

Por último, la situación de crisis por la cual está pasando el adolescente, sería frecuente que ocurra cuando se acerca la finalización del tratamiento, y resulta positivo que el sujeto esté contenido por la institución para que pueda trabajarse terapéuticamente su recaída.

Interpretación a la luz de la teoría

El caso investigado resulta prototípico de una personalidad con rasgos predominantemente neuróticos, egodistonia y donde la adicción sería un síntoma. Estos datos marcarían un pronóstico favorable, junto con que el sujeto cuenta con el apoyo y participación de su familia; especialmente de sus padres (Medina Bisiach, 2006 y Mayer, 1997). Además, las características del sujeto coincidirían con los datos del relevamiento realizado en el 2004-2005 por el "Programa del Sol" (S.O.S. País. Programa del Sol, 2006); porque se trata de un varón (92% género masculino), de 18 años (la edad oscila entre 15 y 18 años), soltero (estado civil soltero), y que vive en Córdoba (84% es oriundo de la Ciudad de Córdoba y barrios aledaños). Como dato que favorecería supuestamente la rehabilitación del sujeto del caso, se enfatiza en que la persona no fue derivada de Correccionales; lo cual implicaría una disminución en las posibilidades de presentar rasgos psicopáticos.

Teniendo en cuenta las características situacionales e interaccionistas, la extensión de ocho a quince años del intervalo entre la pubertad y hablar de roles adultos (matrimonio y conseguir un empleo), a incrementando la dependencia y extendido en el tiempo la adquisición de habilidades y responsabilidades adultas. Esto influye significativamente a nivel situacional, en la relación de los adolescentes con los adultos y con las instituciones con las cuales interactúan; y que también se denota en el adolescente del caso, que aparentemente necesitaría de un constante apuntalamiento (desde la comunidad terapéutica lo incentivan a realizar cursos y a buscar trabajo). El tratamiento de rehabilitación de adicciones intentaría promover la responsabilidad y la asunción de roles adultos (promoviendo que el adolescente trabaje, por ejemplo). Se hipotetizan, que en el adolescente del caso, se produjeron fallas en el momento de lograr habilidades de control y regulación de las emociones; razón por la cual no se generaron habilidades de autocontrol en situaciones de ausencia del grupo familiar y se predispuso a la exposición de conductas de riesgo (Beatty y Chalk, 2006).

Se podría decir que el sujeto testeado fue un policonsumidor (pastillas –informado por el paciente-, cocaína y marihuana); lo que habría contribuido en la variedad de efectos adversos. La utilización a temprana edad de drogas; que en este caso se hipotetiza que comenzó en la pubertad, posibilitaría llegar a situaciones de abuso. Así también como la cronificación del uso incrementaría la toma de conductas de riesgo y comportamientos agresivos; que el adolescente (y el terapeuta) asume haber tenido (Spear, 2000).

Como factores psicológicos relacionados a la drogadicción, se destaca en el sujeto una baja tolerancia a la frustración, y supuestamente una alta dependencia a la recompensa; por lo cual abusaba de la sustancia (Swadi, 1999; citado por Deas y Thomas, 2002). Además, se hipotetiza que la muerte de su abuela resultó particularmente un acontecimiento traumático en su vida; que habría aumentado el riesgo a desarrollar problemas de consumo.

Por otra parte, se consideran como signos de comorbilidad, la probable existencia de síntomas de ansiedad que predaten al consumo (Clark y otros, 1997; citado por Deas y Thomas, 2002).

Como factores ambientales y familiares que generan tensión en el adolescente, se refiere a una posible mudanza (cambio de vivienda), una modalidad de relación dependiente entre los miembros de la familia, y supuestas influencias genéticas o interaccionales (uno de sus hermanos también consume) (Reinherz, 2000; Dawes, 2000; Schulenberg, 1996; citados por Deas y Thomas, 2002).

Según O. Fernández Mouján (1986), las neurosis serían emergentes de la crisis por la identidad. El duelo básico de la adolescencia consiste en separarse de la identidad infantil; que pone en movimiento un monto de ansiedad, la cual dependerá de cómo fueron incorporadas las identificaciones más tempranas. En la adolescencia, más que en cualquier otra edad de la vida, el lazo entre la conducta sintomática y la estructura psíquica, y su sobreestimación debe ser prudente en el establecimiento de un diagnóstico estructural. Pero

teniendo en cuenta los aspectos para valorar los síntomas frecuentes en la adolescencia: fijeza de los mismos, la intensidad de la angustia ante el fracaso del síntoma, y los trastornos de carácter que acompañan a toda neurosis, se hipotetiza en el sujeto examinado una estructura neurótica con tendencias regresivo dependientes de tipo oral sádico (Fernández Mouján, 1986).

Además, el adolescente presenta fuertes inhibiciones, represiones y tendencias racionales perfeccionistas; que denotarían una mayor utilización de mecanismos obsesivos. La neurosis obsesiva, según O. Fernández Mouján (1986), aparece como estructura típica masculina, y mientras más precocemente se estructure, más temprano quedará detenido el proceso de identidad. La neurosis obsesiva tendría la finalidad de controlar, con la utilización del pensamiento, el monto de angustia surgida ante el conflicto dependencia-independencia. Los síntomas característicos son la compulsión, los rituales y las inhibiciones (Fernández Mouján, 1986).

Se supone que otros mecanismos del sujeto ante situaciones que lo angustian, son: una modalidad fóbica más bien proyectiva y evitativa (pensar que la gente es vacía, no poder subirse al colectivo, etc); y sintomatología psicósomática (dolor de panza y cabeza, vómitos, diarrea, y mareos) como modalidad más regresiva. Se podría decir que los mecanismos fóbicos fracasan cuando el monto de ansiedad es elevado, y el adolescente pierde autonomía (tenía ataques de pánico y claustrofobia en el colectivo que le impedían llegar a destino o lo retrasaban). Se hipotetiza que en este caso, la angustia tendría carácter desorganizador respecto al yo; como amenaza concreta a la integridad de la identidad (Fernández Mouján, 1986).

También, se denotan en el sujeto algunos rasgos narcisistas, como: la preocupación constante por definir la identidad y problemática centrada en el sí mismo (típico en la adolescencia), la autoestima resultaría de la interacción con los otros, constante angustia vinculada a responder a un yo ideal o al negativo del ideal, alteraciones en la percepción y en la configuración del esquema corporal (comunes en la adolescencia), dificultades para el registro (de conductas y emociones) dependencias patológicas con los modos primarios de vínculos, y un fondo depresivo que también es frecuente en la adolescencia como fenómeno de duelo (Fiorini, 2006).

Siguiendo a E. Erikson (1972; citado por Marcelli y Braconnier, 1986), la búsqueda de la identidad en la adolescencia podría resultar como un trabajo identificatorio que dependerá de la calidad de los objetos mediadores. Se hipotetiza que existieron defectos en las identificaciones logradas por el sujeto debido a una pobre relación temprana con la madre, un duelo no elaborado con una persona significativa de su infancia, y hostilidad hacia el padre (y hacia sí mismo) como consecuencia de una relación con marcadas sobreexigencias.

Considerando a la drogadicción como un fenómeno multicausal, se podría decir que el adolescente del caso habría comenzado a consumir en la pubertad, y como situación detonante podría existir una relación directa o indirecta con la pérdida de una persona significativa en su vida (su abuela; el adolescente refiere que ella era sus piernas); entre otros conflictos que él recuerda como muy dolorosos. Hipotetizando que lo sucedido ocurrió en una personalidad con tendencias dependientes (vínculos simbióticos con la madre, por ejemplo), que buscaba identificarse con lo negativo de la sociedad, sometido a un superyo tirano y a un Ideal del yo inalcanzable (propuesto aparentemente por la figura paterna), que se encontraba a principios de la crisis de la adolescencia. La conducta adictiva puede prestarse como identidad a un yo débil; lo cual es también una conducta indeseable en el estandarte de la sociedad. Además, el adolescente relata que analizando sus conflictos; había situaciones que no recordaba, razón por la cual se hipotetiza que la droga podría haber servido al adolescente como forma de huida de una situación dolorosa, acompañada por la destrucción de las representaciones indeseadas y el afecto unido a las mismas (Mc Dougall, 1987).

Teniendo en cuenta los aportes de J. Mc Dougall (1987), se podría decir que las sustancias adictivas, habrían funcionado para el adolescente como tranquilizantes o continentes del teatro psíquico del adolescente, y el teatro interno de los dramas psíquicos sería externalizado en el mundo con violencia o descargado psicósomáticamente (vómitos, mareos, entre otros). La autora hipotetiza que los sujetos adictos se aferrarían a la sustancia como "objetos transicionales patológicos", en un escenario a medio camino entre la madre "o la

abuela" interna y la externa. Los objetos adictivos se buscarían en el exterior, como sustitutos simbólicos de la función materna de la infancia o de la relación simbiótica establecida con figuras maternas.

Se destaca como modalidad predominante en el funcionamiento familiar: tendencias fusionales, pensamiento dicotómico e indiscriminación; que dificultaría ver a los miembros como seres independientes fomentando vínculos dependientes y regresivos. Autores como A. Ortiz Frágola y A. Musacchio de Zan (1996) piensan al toxicómano como emergente y chivo expiatorio de las relaciones familiares y sociales. El consumo de sustancias se habría generado como "anestesia" a este dolor y la angustia concomitante, y compensatorio de aspectos deficitarios en una identidad entre crisis y cambios. La drogadicción, que podría haber servido en un momento para olvidar los sufrimientos y como síntoma de un sistema familiar; es una conducta que desde el abuso pone en riesgo la vida del sujeto y trae consecuencias a nivel conductual (violencia) y psíquicas. Esto además hizo que el adolescente perdiera su potencial autonomía en un intento inapropiado de resolver sus conflictos. Si los mismos se debieran a un ambiente temprano de privación que produjo fallas evolutivas, se podría hipotetizar que se relaciona con dificultades identificatorias ante la "propuesta familiar" de un Ideal del Yo inalcanzable, un Yo Ideal tirano, y un superyo severo.

Lo mencionado con anterioridad, podría haber contribuido a la formación de una identidad por identificación con lo negativo de lo idealizado socialmente como forma de hacerse singular (dentro de su familia y diferenciado en la sociedad); y la utilización de mecanismos obsesivos (para responder a las sobreexigencias), el predominio de un funcionamiento rígido-dicotómico (como forma de separar los "objetos buenos" de los "objetos malos"), y el uso de mecanismos psicósomáticos y fóbicos como último recurso para evitar la angustia.

Además, se hipotetiza que la desvalorización y las críticas del sujeto hacia la sociedad (dice que la gente le da bronca, que lo angustian y le dan lástima porque son vacíos); se darían por la proyección de los "objetos malos" en los otros (Musacchio de Zan y Ortiz Frágola, 1996). La disminución gradual en esta tendencia, demostraría en cierta medida, menor vulnerabilidad de carácter y mayor confianza (o "indicios" de confianza) en las personas que rodean al adolescente.

Desde una consideración psicoanalítica, la comunidad terapéutica con su estructura y dinámica habría suplido rectificadoramente en este caso, ciertas funciones parentales (se modificó la forma de considerar y tratar la problemática del adolescente, sin aislarlo y culpabilizarlo) y orientando a los padres para lograr un ordenamiento espacio-temporal que funcione como cobertura ante lo pulsional (de pertenencia y de protección) (Goti, 2000).

Con la participación de la familia en el proceso terapéutico, se logró que el sujeto iniciara el tratamiento, se responsabilizara en su recuperación, y hacer más corta la duración del mismo. Se supone que fueron fomentadas las influencias positivas y la confianza en los compañeros, porque al principio el sujeto no hablaba nada y luego resultó un referente querido en el grupo (NIDA Research, 1995).

Por otra parte, se considera importante destacar que el adolescente se caracteriza por su alexitimia. Según J. Mc Dougall (1987), la incapacidad de reconocer los estados afectivos o alexitimia, se debe a una carencia vital (no es una forma de defensa) y en este caso podría haber funcionado como un intento de autocura o de impedir el retorno a un estado traumático.

La adolescencia como etapa de la vida; implicaría por sí sola, un trabajo de duelo y una oportunidad de individuación-separación. Se hipotetiza que en la crisis del sujeto se reeditan estas dos temáticas ligadas a que se aproxima la finalización del tratamiento. Esto incluiría la separación de las personas influyentes en su infancia, un cambio en las formas de relación con los demás, en los proyectos, entre otras. Posibilitaría este cambio y trabajo psíquico un aumento de la autoestima y la posibilidad de respetar las opiniones de otros sin sentirse el sujeto que "deja de ser". Se hipotetiza que al principio del tratamiento la baja autoestima del adolescente estaba relacionada con el narcisismo parental proyectado sobre él; y se sentía muy desvalorizado al no poder alcanzar los ideales. Para S. Lebovici (1966; citado por Marcelli y Braconnier, 1986), el conflicto superyo-ideal del yo, es clave en la adolescencia y se explica a través del fracaso de ciertas conductas compulsivas.

Tanto el paciente como el equipo terapéutico y los demás miembros de la institución, deben afrontar el duelo ocasionado por la finalización del vínculo terapéutico. Las capacidades para enfrentar adecuadamente el duelo, serán condición fundamental para un eficaz manejo técnico de la situación. Se hipotetiza que la poca tolerancia a las frustraciones, sería un indicador de dificultades para la separación; como también lo es la posibilidad de duelos no resueltos como la muerte de su abuela (Braier, 1999).

Además, un número considerable de potenciales fuentes de estrés en la adolescencia, como cambios ambientales-sociales (posible mudanza), desarrollos emocionales (mayor registro de los sentimientos y emociones), y movimientos de independencia (como empezar a trabajar, terminar el tratamiento, entre otros). La percepción de lo estresante es mayor en la adolescencia debido a lo disruptivo del período de cambios (Spaer, 2000).

Se supone que la separación de la institución afectará al paciente con una intensidad variable dependiendo de cada estructura de personalidad. E. Braier (1999) refiere que la terminación repercute más en quienes establecen vínculos de características simbióticas, regresivas y altamente dependientes; como ocurre en este caso. Se hipotetiza que por esto; junto a otras oportunidades de crecer como que el padre se vaya a trabajar a España, despertaron en el sujeto intensas ansiedades, movilizaron temores a la muerte, y recaídas en el consumo. Teniendo en cuenta que el sujeto relacionaría con el espacio sus pertenencias y su identidad (dice que tiene un territorio), la angustia ocasionada ante la posibilidad de mudarse tendría que ver con la desintegración y el vacío yoico. Además, los cambios en la percepción del cuerpo como medida de proximidad o distancia con los otros; se relacionan con la identidad y los vínculos del sujeto con el entorno (Haim, 1970; citado por Marcelli y Braconnier, 1986). Se supone que por este motivo, el sujeto recurrió a la sustancia como modo de llenar huecos, de negar, y de quitarse autonomía; por no disponer de una modalidad menos arcaica de reaccionar ante la situación y no continuar con el proceso de individuación-separación que venía dándose en el tratamiento.

Por otra parte, la aparición de nuevos conflictos podría vincularse al deseo del paciente de permanecer ligado a la institución. Los retrocesos y empeoramientos, que se observan con mayor asiduidad en las etapas terminales, serían un intento de evitar la separación y obtener beneficios secundarios a través de recaídas (Braier, 1999).

La institución, el adolescente y su familia, están logrando la recuperación aumentando la capacidad del sujeto de funcionar con eficacia en una comunidad más grande (trabajando), y guiándolo en la construcción de una red social que lo apoye en una vida libre de drogas (De Leon 1990-1991; Hawkins y Catalano 1985; Marlatt y George 1984; McAuliffe 1989; citado por NIDA Research, 1995).

Se supone que el riesgo más grande de recaída aparecería durante los primeros seis a doce meses que siguen el tratamiento, pero en este caso surgió antes, con una de las sustancias comúnmente usadas (marihuana) (NIDA Research, 1995).

Por último, se quiere hacer referencia a que las recaídas son frecuentes en los momentos de finalización del tratamiento, y es positivo que ocurra cuando los sujetos se encuentran contenidos.

Apertura de la discusión

En una primera estimación se refiere que en la investigación llevada a cabo, se lograron cumplir los objetivos describir y realizar interpretaciones, sobre los cambios constatables y/o mejorías alcanzadas como resultado de la participación de un adolescente en un tratamiento en comunidad terapéutica urbana. Además, se identificaron los indicadores relacionados a mejorías en el tratamiento para adicciones, se realizó un análisis integral y complementario de la personalidad del sujeto adicto, y se evaluaron las modificaciones. Finalmente, se comparó el perfil del examinado; que se encuentra aún en tratamiento, con los perfiles de personalidad de dos adolescentes que han concluido el tratamiento (seguimiento) en la misma institución.

A modo general se menciona que el tratamiento no produciría cambios en la estructura de la personalidad; si no más bien modificaciones en los niveles de autoestima, flexibilidad en el pensamiento, predispondría a la utilización de mecanismos más adaptativos, mejoraría el estado de las funciones yoicas, y fomentaría la elaboración o aproximación hacia los conflictos vinculados con la situación de consumo (y otros síntomas), propiciaría una mayor integración yoica y reforzamiento de los sentimientos de seguridad en sí mismo.

Como primer aspecto positivo a destacar de la investigación llevada a cabo, es la profundidad y especificidad con que se abordó el problema planteado: **“¿Cuáles son los efectos y/o cambios que podrían reconocerse como resultado de la participación de un adolescente con problemas de adicciones en una comunidad terapéutica?”**; desde el diseño de estudio de caso instrumental y holístico. Investigaciones recientes ya planteaban la necesidad de elaborar instrumentos que permitan comprobar en qué medida los internados logran resultados y alcanzan los objetivos de cada periodo (Medina Bisiach, 2006).

El trabajo realizado, evalúa los cambios al nivel de mejorías en el tratamiento a nivel psíquico, comportamental e interaccional, a través de entrevistas semidirigidas diseñadas a partir de indicadores clínicos, y los rasgos de personalidad predominantes en el adolescente utilizando dos tests de prestigio mundial (Test de Manchas de H. Rorschach y el 16 PF-5 de R. B. Cattell). De esta manera, se obtiene una triangulación de datos: desde los tests de personalidad, el terapeuta apoyado por el equipo terapéutico y desde el adolescente-paciente, y desde una teoría predominantemente psicodinámica; buscando convergencias y divergencias significativas. Además de la validez de ambas pruebas, se destaca la adaptación del 16 PF-5 a la población argentina; lo que confiere fiabilidad a la misma y permite complementar datos a cerca de la personalidad del sujeto.

Por otra parte, investigadores españoles, demostraban las dificultades de definir la existencia de la "personalidad adictiva", utilizando para su medida tests psicométricos como el Inventario Multifasético de la Personalidad de Minnesota (Craig, 1982, Kosten y col, 1982; citado por Sánchez Hervás y Berjano Peirats, 1995) o el cuestionario 16PF de Cattell para establecer características de personalidad que definan a los adictos a heroína (Sánchez Hervás y Berjano Peirats, 1995). Se hipotetiza que estos inconvenientes se deben, a que en comparación con pacientes de otras formas de tratamientos de drogas, el residente típico del programa de comunidad terapéutica generalmente tiene problemas más severos, concurrentes en el ámbito de la salud mental e inconvenientes con la justicia por actos delictivos (NIDA, 1998). Además, la problemática de la adicción es un fenómeno multicausal, que puede darse en cualquier estructura de personalidad, y que sirve de apoyatura a una identidad precaria; motivos por los cuales la adolescencia es una etapa de riesgo por la vulnerabilidad de estos sujetos y el abordaje terapéutico deberá considerar las especificaciones del caso.

En la investigación, se describe el perfil de personalidad de un adolescente neurótico, que desde el comienzo contó con el apoyo de su familia y con síntomas que lentamente obstaculizaban su comportamiento cotidiano (trabajar, ir al colegio, disminuían su rendimiento). Como aspectos positivos del paciente se destaca

que a pesar de la alexitimia de su discurso, existía un alto grado de sensibilidad, indicadores de un buen nivel elaborativo, y no había presión (de realizar el tratamiento) por causas judiciales. Estas características le dan un valor instrumental al caso elegido, presunciones de un pronóstico favorable (neurotismo, egodistonia, y adicción como síntoma) y posibilidades de buscar en posteriores investigaciones similitudes en la evolución del tratamiento de sujetos considerando las particularidades. Además, esto permitió comparar el caso con adolescentes que se encontraban en seguimiento.

Como desventajas propias de los diseños descriptivos, se destaca la dificultad de generalización de los resultados y cierto grado de pérdida de objetividad, porque la selección del caso es subjetivo y no aleatoria. Pero la mayor ventaja del estudio de caso esta dada por la posibilidad de realizar interpretaciones y profundizar en el análisis de una situación particular, para llevar a cabo una reconstrucción teórica comprensiva del caso. Estas características mencionadas hacen al diseño de estudio de casos no replicable.

D. Arellano (1998; citado por Arzaluz Solano, 2005) dice que la validez interna en un estudio de caso estaría dada porque las ideas, categorías y relaciones sean útiles y utilizadas por la mayoría de los autores. En cuanto a validez externa los estudios de caso no pueden definir leyes, pero sus resultados e interpretaciones pueden ser suficientes para generar ideas y opciones en diferentes escenarios. En relación a la confiabilidad, los estudios de caso no pueden ser repetidos porque se analizan fenómenos complejos en un tiempo, con escenarios sociales que cambian constantemente.

Por otra parte, resultaba imposible reportar a modo de historial los doce meses que aproximadamente el sujeto lleva en tratamiento, y como forma de sistematizar la información, se eligió profundizar en las temáticas de cambios y mejorías, y de personalidad. La elección de esta área de la problemática de adicciones se debió de partir del supuesto que los rasgos de personalidad se estabilizaban en la etapa del tratamiento propiamente dicho, dando lugar a la aparición de conductas más genuinas y la posibilidad de abordar y resolver problemáticas intrapsíquicas asociadas al consumo de sustancias.

Las comunidades terapéuticas profesionales deberían funcionar como encuadre analítico, y sobre todo de una supervisión externa que pesquise la enfermedad latente detrás de todo hecho adictivo (J. Yaría, 1990, p.104). Además el curso y pronóstico de la adicción no se vería complicado por una eventual sobredosis o infección sino está, en última instancia, en los trastornos mentales de base (L. Cancrini, 1996; citado por Medina Bisiach, 2006, p. 24). Los recursos con que cuenta la personalidad del paciente y la actitud de la familia, la edad del sujeto y el tiempo de consumo, marcan el pronóstico (Medina Bisiach, 2006; y Mayer, 1997).

Se sugieren como posteriores investigaciones en profundidad (a modo de estudio de caso), considerar los aspectos vinculados a la relación y tipo de familia de los pacientes en tratamiento en comunidad terapéutica; y porque no, cómo la familia influye directamente o indirectamente en la evolución del caso. Además, los resultados de la investigación podrían extenderse en hipótesis para realizar estudios correlacionales, con muestras extensas (cincuenta pacientes, por ejemplo) y adecuando la metodología, para investigar de qué manera influyen los rasgos de personalidad de los sujetos en la adhesión y logro de mejorías en el tratamiento de adicciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aluja, A. y Blanch, A. (2003). Replicabilidad de los factores de segundo orden del 16PF-5 en muestras americanas y españolas. *Psicothema*, Vol. 15, N° 2, pp. 309-314. Recuperado el día 04/6/06 de: <http://64.233.179.104/search?q=cache:huTEgWiO6ykJ:dialnet.unirioja.es/servlet/articulo%3Fcodigo%3D498187%26orden%3D32544%26info%3Dlink+16PF-5%2Bvalidez&hl=es&gl=ar&ct=clnk&cd=1&ie=UTF-8>
- Arzaluz Solano, S. (2005). La utilización del estudio de caso en un análisis local. *Región y Sociedad*, Vol. XVII, N° 32, pp. 107-144. Recuperado el día 13/11/06 de: <http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/32/4araluz.pdf>
- Beatty, A. y Chalk, R. (2006). *A Study of Interactions: Emerging Issues in the Science of Adolescence Workshop Summary* [Versión Electrónica]. Program Committee for a Workshop on the Synthesis of Research on Adolescent Health and Development, National Research Council. Washington D.C.: National Academies Press, 66 pages.
- Bleger, J. (1964). *Temas de Psicología*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleichmar, S. (2000). *Clinica Psicoanalítica y Neogénesis*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Bohoslavsky, R. (1984). *Orientación Vocacional. La estrategia clínica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Braier, E. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica* (5ta ed., 1999). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Carlson, N. (2006). *Fisiología de la conducta* (8va ed.). Madrid: Pearson Educación S. A. (Addison Wesley).
- Cattell, R. y Colab. (2001). *16PF-5 Normas de Interpretación*. [Material suministrado por el Lic. Oscar Petkevicius].
- Costa, P. & McCrae, R. (2005). A Five Factor Theory Perspective on the Rorschach. *RORSCHACHIANA Yearbook of the International Rorschach Society* N° XXVII, pp. 80-100.
- Deas, D. y Thomas, S. (2002). *Comorbid Psychiatric Factors Contributing to Adolescent Alcohol and Other Drug Use*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (-NIAAA-, grant AA-00247) of the national Institutes of Health. *Alcohol Research and Health*, Vol. 26 N° 2, pp. 116-121. Recuperado el día 02/12/06 de: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-2/116-121.pdf>
- Djuric Jovic, D. y Petot, J. M. (2005a) Discrepancies Between the Rorschach Inkblot Method and Self-Report Measures of Personality: Methodological and Theoretical Reflections. *RORSCHACHIANA Yearbook of the International Rorschach Society* N° XXVII, pp. 101-116.
- Djuric Jovic, D. y Petot, J. M. (2005b) Introduction to the special section on the Rorschach and the Five-Factor Theory. *RORSCHACHIANA Yearbook of the International Rorschach Society* N° XXVII, pp. 7-10.
- Dragotto, P (2004). *Perfil del paciente en tratamiento ambulatorio por trastornos por consumo de sustancias*. Programa Cambio. Se utilizan las citas de las investigaciones de Campana, M. y Lío S. (1997): Estudio sobre los factores psico-familiares, personales e institucionales, que incidieron en la duración de los tratamientos en la institución Casa del Joven durante 1994 de los adolescentes que consumen drogas, y de Presman, J. y Avino, P. (1991): Diferencias del perfil del adolescente consumidor de sustancias en relación al no consumidor. Recuperado el día 02/5/06 de: http://www.programacambio.org/index.php?option=com_remository&Itemid=0&func=fileinfo&parent=category&filecatid=244.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, Ch. (1978). *Tratado de Psiquiatría* (8va. ed., 2000). Barcelona: Editorial Masson.
- Fernández Mouján, O. (1986). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fiorini, H. (1977). *Teoría y técnica de psicoterapias* (ed. amp., 2002). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fiorini, H. (20006, agosto). *Perfil clínico y psicodinámico en el trastorno narcisista*. [Material obtenido de la clase cinco del Postgrado en Psicoterapias Psicoanalíticas - Nivel 1].
- Freud, S. (1919). *Lo ominoso*. En J. Strachey (Ed. Y Trad.) *Obras completas*, Tomo XVII (2002). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1930 [1929]). *El malestar en la cultura*. En J. Strachey (Ed. Y Trad.) *Obras completas*, Tomo XXI (2002). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gómez de Giraudo, M. T. (2000, septiembre). Adolescencia y prevención: conducta de riesgo y resiliencia. Buenos Aires. Universidad del Salvador: Facultad de Psicología y Psicopedagogía. Recuperado el día 28/10/06 de: www.salvador.edu.ar/ua1-9pub01-4-03.htm - 23k
- Goti, E. (2000). *La comunidad terapéutica. Un desafío a la droga*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Heinrich, H. (2001). Patología del consumo – Exceso. En E. I. Rosig (compiladora) (2001) *Cultura y padecimiento. Desafíos a la práctica clínica*. Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Psicología.
- Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas - NIDA- (1998). *Principios de tratamientos efectivos, Preguntas frecuentes, Tratamientos de drogadicción en Estados Unidos. Clasificaciones generales de los programas de tratamiento, ¿Qué es una comunidad terapéutica?*. Estados Unidos. Recuperado el día 27/4/06 de: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/Spanish/PODAT5.html>, <http://www.drugabuse.gov/LatinoBrochure/Drogas.html>, <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Therapeutic/Terapeutica4.html>
- Lichtenberg, J. (1982). *Continuities and transformations between infancy and adolescence*. Chicago: Universidad de Chicago Press.
- Kaës, R. y Colab. (1979). *Crisis, ruptura y superación*. Buenos Aires: Ediciones Cinco.
- Kernberg, O. (1975). *Desordenes fronterizos y narcisismo patológico (1979)*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Maldavsky, D. (1988). Cap. IV: Sobre las combinatorias defensivas y la regresión del yo. De *Estudios sobre drogadicción* (pp. 77-99). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- IV* (1996). Barcelona: Editorial Masson S. A.
- Marcelli, D. y Braconnier, A. (1986). *Manual de psicopatología del adolescente*. México: Editorial Masson.
- Mayer, H. (1997). *Adicciones: Un mal de la posmodernidad. Teoría, clínica, abordajes*. Buenos Aires: Editorial Corregidor.
- Mc. Dougall, J. (1987). *Reflexiones sobre el afecto: Una teoría psicoanalítica de la alexitimia. Teatros de la mente*. Madrid: Editorial Tecnos.
- Mirotti, M. A. (2001). *Introducción al estudio de los tests de Manchas (Sistema Integrado)*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Mirotti, M. A. (s.f.). *Modelo de informe descriptivo para el Psicodiagnóstico de Rorschach*. [Material obtenido de la Cátedra de "Técnicas Proyectivas II" de la Universidad Empresarial Siglo 21].
- Musacchio de Zan, A., Ortiz Frágola, A., y OTROS (1996). *Drogadicción* (2da ed.). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) Research- Monograph Series 156 (1995). *Adolescent Drug Abuse: Clinical Assessment and Therapeutic Interventions* [Versión Electrónica]. Elizabeth Rahdert and Dorynne Czechowicz (Eds.). U. S.: Department of Health and Human Services Public Health Service of the National Institute of Health. NIH Publication No. 953908.
- Organización Mundial de la Salud (1998). Recuperado el día 01/5/06 de: http://72.14.203.104/search?cache=CtwiR5mmG9EJ:www.msal.gov.ar/html/site/Municipios_Saludables/documentos_a_bajar/portafolio/12%2520Adicciones1.pdf+OMS%2Badicciones%2Bporcentaje%2Brehabilitaci%C3%B3n&hl=es&gl=ar&ct=clnk&cd=1&ie=UTF-8
- Olivestein, C. (1989). *La vida del toxicómano*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Petkevicius, O. (2004, septiembre). *Cuestionario de la personalidad 16 PF-5 para el ámbito empresario*. NOVA Recursos Humanos. Recuperado el día 11/7/06 de: <http://www.nova.com.ar/nota2.asp?IDNoticia=82>
- Pinel, J. (2001). *Biopsicología* (4ta ed.). Madrid: Pearson Educación S.A.
- Portal Biocénico *Programa del Sol* (26 de septiembre del 2001). Recuperado el 02/11/06 de: http://www.portalbioceanico.com/re_cuestionescriticas_toxicomania_doct10.htm

- Sánchez Hervás, E. y Berjano Peirats, E. (1995). *Características de personalidad en sujetos drogodependientes*. España: *Psicothema*, Vol. 8 N° 3, pp 457-463. Recuperado el día 11/09/06 de: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=44>
- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) (s. f.). Presidencia de la Nación Argentina.
- S.O.S. País. Programa del Sol (26 de junio del 2006). *Encuesta sobre el consumo de drogas: La marihuana es la droga de base más utilizada*. Recuperado el 02/11/06 de: http://www.sospais.com.ar/noticias.php?id_ong=34&PHPSESSID=96edd2366f3b4ef62d8c86a5e64366c7
- Spear, L. P. (2000) The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 24, Binghamton (U.S.A): Binghamton University, Department of Psychology and Center of Developmental Psychobiology, pp. 417-463. www.elsevier.com/locate/neubiorev
- Suchevich Berardi, J. (1997). *Drogas y educación para la salud. Familia, escuela y sociedad*. Córdoba: Ediciones Copista.
- Tornimberri, S.; Perez, E.; Olaz, F. y Fernández, A. (2004). *Introducción a los tests psicológicos* (3ra ed. rev. y amp.). Córdoba: Editorial Brujas.
- Tulián, S. (2004). Apuntes de clases de la Cátedra de Psicología de las Conductas Adictivas. Córdoba: Universidad Empresarial Siglo 21.
- Weiner, I.; Spielberger, C.; y Abeles N. (s. f.). *Asociación Argentina de Psicodiagnóstico de Rorschach*. Buenos Aires. Recuperado el día 03/6/06 de: <http://www.asoc-arg-rorschach.com.ar/historia.htm>, http://www.asoc-arg-rorschach.com.ar/docs/Articulo_Irving_Weiner.doc
- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Book Inc. Publishers.
- Yarín, J. (1990). *Toxicodependencias: Asistencia y prevención* (pág. 104). Buenos Aires: Editorial Nadir.
- Zukerfeld, R. (1992). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones.
- Zukerfeld, R. y Zukerfeld Zonis, R. (1999). *Psicoanálisis. Tercera tópica y vulnerabilidad somática*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

ANEXOS

ANEXO

**Entrevista exploratoria sobre cambios y mejoras en el
tratamiento de adicciones**

- ◆ ¿De qué manera observan o constatan mejorías en el tratamiento de adolescentes adictos?
- ◆ ¿Qué factores cree que tienen mayor influencia en el avance de los sujetos por las etapas? (Familiares, sociales, institucionales, etc.)
- ◆ ¿Qué aspectos de la personalidad de los sujetos en tratamiento vincula a un mejor aprovechamiento del mismo?
- ◆ ¿Cuándo se considera que un sujeto tiene problemas para llevar a cabo el tratamiento?

ACLARACIÓN: Se habían planteado originariamente las preguntas: “¿Cuáles son los parámetros que se utilizan en la institución para evaluar si un sujeto puede ser dado de alta?” y “¿Cuáles son los indicadores o qué aspectos ponderan para saber si un sujeto está apto para la reinserción social o última etapa del proceso?”, que fueron anuladas de la entrevista cuando uno de los miembros del equipo terapéutico suministró por escrito todos los objetivos correspondientes a cada una de las etapas.

Luego, en una segunda hoja, se planteó la siguiente consigna:

“A continuación, se detallan cuestiones relacionadas con el tratamiento de adolescentes adictos en las comunidades terapéuticas. Por favor, enumere, los aspectos que algunos autores mencionan como favorecedores de un mejor aprovechamiento del tratamiento. Agregue otros ítems en caso de considerarlo necesario:”

- ◆ Que el paciente estudie, trabaje o practique un oficio.
- ◆ Aptitudes para enfrentar situaciones de riesgo de consumo.
- ◆ Tiempo que lleva en tratamiento.
- ◆ Cantidad de recaídas.
- ◆ Si recibió o recibe otros tipos de tratamientos.
- ◆ Grado de motivación personal.
- ◆ Presencia de comportamientos criminales o delictivos.
- ◆ Grado de apoyo y compromiso familiar.
- ◆ Tolerancia a la ansiedad y la frustración.
- ◆ Tipo y grado de compromiso con el tratamiento.
- ◆ Establecimiento de vínculos “continentes” con el staff.
- ◆ Establecimiento de vínculos con otros sujetos que concurren al tratamiento.
- ◆ Otros:
-
-

ANEXO: Evaluación de junio

Sujeto prototípico "X"

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH – HOJA DE RESPUESTAS (JUNIO) – SUJETO PROTOTIPIICO

Sujeto: X
 Edad: 18
 Sexo: M

Lámina Nro.	Posición	Respuesta	Interrogatorio	Modo de apreciación (Ap.)	Determinante (Det.)	Contenido (Cont.)	Frecuencia (F.)	Fenómenos especiales (F.E.)	Observación
I	a	Un hombre con las manos arriba; con alas y un sobretodo. Tiene como un cuello y no tiene cabeza. Ese es el cinturón. Tiene un par de huesos en las alas. Las alas se están rompiendo.		Gcomb.	M	(Hd)		Deterioro	
II	c	Cabeza de un dragón. Todo el dragón es de fuego, pero le veo la cabeza nomás.		D2	FC	(Ad)/Fuego	O		
III	c	Una persona con tres caras, con las dos manos está agarrándose la cabeza. Con dos corazones pegados; adentro. Manchas de sangre; están como en el aire. No tiene pie. Es como que tapa los corazones con una coraza fuerte; como que lo está defendiendo.	¿Dónde están los corazones?	Gcomb.	M FC CF	(Hd) Anat. Sang.			
IV	c	Dragón. La cara es de huesos; carabela. No distingo la boca. Las alas son muy chiquitas. Llamas de fuego. Muchos cuernos. Como que está saliendo a vuelo.		Ge.	F+	(A) Fuego		Crítica de objeto	Choque al claroscuro
V	a	Murciélago; de las dos formas. Orejas grandes. Es el contorno nomás; no se distingue la cara.		Ge.	F+	A	P		
VI	a	Es una cara; con ojos y bigotes de gato. Alas de mariposa o algo así. Otra cara; es un cráneo de un caballo. Por las sombras y el blanco. Grieta con un pozo; todo se cae ahí.	¿Por qué un cráneo?	Dd D2 Dd D1	F+ F+ F- F+	Ad Ad Anat. Nat.	O-		
VII	c	Como un feto. Tiene dos caras, manos y piernas. No tiene nada adentro; se lo sacaron de un manotazo. Dos caras de elefante pero sin colmillo ni boca.		Gb	F-	(A)		Deterioro	
VIII	a	Veo dos tigres. Mariposa. Bosque feo. Un pantano más que un bosque. Tiene como un pozo. Patitas de duende sentado arriba de un árbol.		D3 D1 D2 B	F+ F+ F-	Ad A A Nat.	P	Crítica de objeto	
IX	a	No le encuentro forma. Atrás hay una cabeza con ojos; como que se está asomando. Un cráneo es. Explosión. Dos gusanos iguales; están pegados.		Do Dd D D2	F- F+ CF F-	(Hd) Hd Exp. A			
X	a	Dos sapos que están saltando. Tienen cara de dantinos, de malditos. Dos dragones que están saltando del mismo punto. Bichos hechos de hueso; así nomás; trepando para llegar a la punta. Castillo inmenso.		D12 D2 D1 D4	F+ F+ F- F+	A A A Obj.		Fabulación Desvitalización	

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH - PLANILLA DE COMPUTOS (JUNIO) – SUJETO PROTOTIPICO

Sujeto: X
Edad: 18
Sexo: M

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	
G	1		1	1	1		1				5	(+): Inteligencia Media
D		1				2	1	2	1	4	11	(-):
Dd						2			2		4	R: 22
Do								1			1	T: +- 10 sag.
B												G%: 23%
B								1			1	D%: 50%
TOTAL											22	Dd%: 18%
												B%:
												Sumatoria Dd, Do, B, b%: 27%

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	TIPOS DE G:	
F+				1	1	3	1	2	1	3	12	Gv:	
F+ -												Ge: 2	
F-						1	1	2	1	1	6	Gi:	
FC		1	1								2	Gc: 2	
CF			1						1		2	BG:	
C												GB:	
FK												Gb: 1	
KF												D>G:	
K												G Patol:	
M	1		1								2	TIPOS Dd:	
MFC												Dde:	
MCF												Ddi:	
MK												Ddd:	
												Ddr:	
												Sucesión: ordenada.	
												TIPOS DE M:	
												Ext: 2	
												Flex:	
TOTAL											24		
F%: 75				Cualidad de los sentimientos:									Otros:
F+ %: 50				Positivos	Negativos								
R+ %: 75													
Tipo de F en mayoría de las R: bien vista.				%3 Ult.: 50%		I. Af.: 0.5		Sumatoria K/Sum.C:					
Fo:	Fc+	Fc-	Fv:	Tipo de claroscuro									
				A	B			M/C: 0.5					
N.B.: Las fórmulas que corresponden a Determinantes, llevan como denominador el TOTAL de Determinantes.													

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	Nº de CONTENIDOS:
H												H%: A%: 27% H+A: 27% Hd+Ad: 15% Indice de Angustia: 27% Variedad de contenidos (V): 42% Temas: cabeza (4) y cara (5), hueso (2) y cráneo (2), pozo (2) P: 2 O(+): 1 O(-): 1 Indice de Realidad: 4
Hd									1		1	
(H)												
(Hd)	1		1					1			3	
A					1			2	1	3	7	
Ad						2	1				3	
(A)				1			1				2	
(Ad)		1									1	
Anat.			1			1					2	
Sexual												
Sangre			1								1	
Explos.									1		1	
Geog.												
Fuego		1		1							2	
Nat.						1		1			2	
Obj.										1	1	
Máscara												
Vestim.												
TOTAL											26	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	FENOMENOS ESPECIALES
Cr. Suj.												CHOQUES Color: Rojo: Azul: Vacío: Clarooscuro: 1 (lám. IV) Kinestésico: E.S.S.: Otros FE:
Cr. Obj.				1				1			2	
Desc.												
Desvit.										1	1	
Fabul.										1	1	
Mutilación												
"o"												
Reflejo												
Simetría												
Nivel												
Citar												
Color												
Ref. Pers.												
Deterioro	1						1				2	
Fabul.												
TOTAL											6	

FORMULAS DE LOS INDICES:

Indice de realidad: hombres (III) + murciélago o mariposa (V) + cuero de animal (VI) + animales laterales (VIII). Son las cuatro respuestas más frecuentes y suman 2 puntos si son dados como primer respuesta, sino 1 punto. Media: 5 a 7 (máx. 8).

Indice reactivo: $\frac{\text{respuestas de las últimas tres láminas}}{\text{respuestas de las siete primeras láminas}}$: (0.4 y 0.5)

Indice de angustia: $\frac{\text{Hd+Ad+Anat.+Sex+Sangre}}{\text{número de contenidos}} * 100$: más de un 20% indicaría "angustia"

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH - INFORME DESCRIPTIVO (JUNIO)

SUJETO PROTOTIPICO

Sujeto: X

Edad: 18

Sexo: M

Rendimiento intelectual y modo de procesar la información

Se hipotetiza que el examinado tendría un nivel de inteligencia media (R: 22). Además, el sujeto presentaría apertura a la diversidad de intereses y conocimientos (Variedad de intereses: 42); y esto por momentos, podría hacer que se disperse un poco.

Se trataría de una persona con marcados deseos de afirmación en el plano de la fantasía y con fuertes inhibiciones neuróticas (M de extensión: 2), que encara las tareas de la vida cotidiana desde un enfoque práctico – concreto (D%: 50), con intentos de perfeccionismo (Dd%: 18). También habría en el examinado, la posibilidad de tener una visión global con una disposición analítica – sintética y habilidades para organizarse (G%: 23; Gcomb: 2). En síntesis, se podría decir que el sujeto dispondría de variados modos de percepción, y un pensamiento disciplinado, pero con posibilidades de flexibilizarse y libertad imaginativa (Sucesión: ordenada y M: 2).

Se supone que esta persona, participaría relativamente en el modo de ver las cosas de la comunidad (P: 2), con sentido común y juicio de realidad (Índice de realidad: 4). Además tendría capacidad para organizar las cosas de un modo personal (O+: 1).

Habría en el examinado una disposición a mantenerse en el plano de la objetividad y la racionalidad (F%: 75). Pero, en determinados momentos que despertarían mucha ansiedad e inseguridad en el sujeto; el pensamiento resultaría poco exacto y evasivo, con cierta vaguedad en la organización perceptual (Naturaleza – pozo o abismo-: 2). Se hipotetiza que lo racional se vería interferido por factores conflictivos y afectivos que dificultarían contar con una buena atención, juicio crítico de la realidad, y posibilidades de excluir lo que perturba (F+%: 50 y O-: 1). Por este motivo, las funciones yoicas del sujeto podrían encontrarse relativamente interferidas en ciertas situaciones (R+%: 75).

Sin embargo, esta persona contaría con un yo capaz de mantener la reacción impulsiva generada por los estímulos (Tiempo de reacción: +- 10 seg.) y posibilidades de elaboración intrapsíquica de los conflictos (M: 2).

Reactividad afectiva

Se supone que el examinado sería una persona con disposición a verse afectado por los estímulos (FC y CF), pero con notables posibilidades de adecuar o frenar la descarga impulsiva; sea mediante el control racional (F%: 75) o por la elaboración en el plano de la fantasía (M: 2). Dependiendo de la situación en la que se encuentre este sujeto, podrá moderar racionalmente y con estabilidad la reacción (FC: 2); o bien el intento de control será más pobre, la afectividad más intensa y el yo podría quedar más lábil (CF: 2). Por este motivo, podría fallar la atención hacia la realidad, en momentos determinados (F-%: 25).

Por otra parte, se hipotetiza que este sujeto aparentaría no verse afectado por sus sentimientos, utilizando fuertes mecanismos represivos. Se mostraría más bien como alguien seco y rígido (Tipo vivencial: coartado o M/C: 0.5).

Desarrollo de la ideación

Se supone que el examinado podría elaborar interiormente las tensiones que producen los impulsos, y descargarlos en el plano de las representaciones (M: 2). Esto se relacionaría en este caso, con posibilidades sublimatorias, que se denotan en un pensamiento creativo y personal (O+: 1); que por momentos podría resultar demasiado subjetivo (O-: 1). Además se hipotetiza en el pensamiento, características evasivas (Naturaleza: 2).

Monto y manejo de la ansiedad. Los estados de ánimo.

Se denota en este sujeto un monto significativo de angustia (Índice de angustia: 27 y Ad: 3, (A): 2 y (Ad): 1), que se relacionaría con la necesidad de defenderse de algo reprimido que amenaza con invadir la conciencia (CH). Se hipotetiza que en este caso, lo reprimido habría provocado una severa herida narcisista y sus consiguientes sentimientos depresivos – angustiosos (Choque al claroscuro en la lám. IV). Además habría en el adolescente, una disposición fóbica evitativa ante lo que le genera angustia (Temas: caras (5) y cabezas (4)) y tendencias a la somatización (Temas: hueso (2) y cráneo (2)).

Modalidad de contacto social

El examinado presentaría perturbaciones en el nivel de contactos (Ausencia de H); por temor a los mismo, y utilizaría amortiguadores o se reprimiría en la exteriorización de los afectos (Hd: 1 y (Hd): 3). También se hipotetiza la posibilidad de somatizaciones (Temas: hueso y cráneo) por no demostrar lo afectivo o reprimir severamente los impulsos; junto a otras posibles tendencias regresivas (Anatómica: 2). Se supone que ante sentimientos ambivalentes y tendencias impulsivas, se generaría en el sujeto, labilidad momentánea y dependencia afectiva. Frente a esta situación, se hipotetiza que una intentaría afirmarse de modo hostil aunque indirecto; posiblemente excluyendo la actuación de la agresividad (Explosión: 1 y Fuego: 2)

Autoestima

Se hipotetiza que la autoestima del examinado se encuentra relativamente disminuida por una marcada disconformidad con el medio, inseguridad o insuficiencia (Deterioro: 1, Naturaleza: 2 y Gb: 1), cautela y sentimientos de angustia. Esto podría darse por la proyección en el mundo exterior, de un estado interno (Crítica de objeto: 2)

Factores de conflicto

Se supone como factor conflictivo en esta persona, problemas a nivel identificatorio por una relación simbiótica con la madre, dificultades al momento de la socialización, y temor al contacto (Desvitalización: 1). Esto podría haber generado una modalidad relacional infantil y dependiente (Fabulización: 1). Por otra parte, teniendo en cuenta la valencia temática de la lámina IV, se hipotetiza que el examinado presentaría una actitud de disconformidad (Crítica de objeto; después de sobrecompensado el choque) o desvalorización ante la figura paterna o figuras de autoridad. Según Merei (citado por Mirotti, pág. 277), la lámina actualizaría en sujetos angustiados, los aspectos negativos de las relaciones objetales de la primera infancia.

Teniendo en cuenta los datos arrojados por la prueba, se supone esta persona presentaría una estructura neurótica con fuertes sensaciones de angustia y represiones, que lo llevarían a utilizar mecanismos predominantemente obsesivos y algunas conductas evitativas. Además se hipotetiza una importante disposición a la somatización; lo que resultaría conflictivo para el adolescente.

INTERPRETACION DEL 16 PF-5 (JUNIO) – SUJETO PROTOTIPICO

Sujeto: X
Edad: 18
Sexo: M

Estilos de respuestas

El examinado sería capaz de admitir que posee rasgos o conductas que no resultan deseables socialmente (MI: 3). Por otra parte, se trataría de un sujeto capaz de actuar con independencia de la autoridad o acordar con ésta; dependiendo de la situación en la cual se encuentre (AQ: 5).

Dimensiones globales

El adolescente se caracterizaría por una marcadamente introversión; tendería a ser menos sociable y abierto porque dedica más tiempo a estar con sí mismo. Esto se denota en la distancia impuesta a los vínculos interpersonales (A: 4), una tendencia a mostrarse como alguien reprimido y serio (F: 1), que sea tímido y cohibido (H: 1), y reconocerse como autosuficiente e individualista (Q2: 10) (Ext: 1).

El examinado sería capaz de actuar de manera receptiva y abierta en cuestiones que conciernen a la sensibilidad y lo estético. Por otra parte, podría ser de mentalidad dura frente a la apertura al cambio; prefiriendo los modos tradicionales y propios de ver la vida (Dur: 5).

En cuanto al monto de ansiedad de esta persona, sería relativamente baja. Lo mencionado se vincularía especialmente a que el sujeto es más bien paciente y relajado (Q4: 4), y que está seguro y satisfecho consigo mismo (O: 4) (Ans: 4).

Además, se trataría de un sujeto capaz de ceder y consensuar con los otros, especialmente para cooperar y evitar los conflictos (E: 3), en un entorno preferentemente habitual y conocido (Q1: 4). También es importante destacar, que la poca capacidad del examinado para adaptarse a situaciones sociales, podría deberse a su timidez para moverse en grupos (H: 1) (Ind: 3).

Por otra parte, esta persona sería más bien desinhibida y sentiría sus deseos como urgencias, por lo que podría encontrar dificultades para reprimirse (AuC: 3).

Escalas primarias

Si se hace una apreciación holística y tentativa del perfil del examinado se destaca la tendencia al pensamiento concreto (B: 3), que sería alguien cooperativo y que evita los conflictos (E: 3), serio y cuidadoso (F: 1), personal e inconformista (G: 3), tímido y cohibido (H: 1), sentimental (I: 8), discreto (N: 8), autosuficiente y solitario (Q2: 10).

AFIABILIDAD: Se trataría más bien de una persona distante e impersonal, que resultaría cauta en sus implicaciones y contactos. Se mantendría en una postura más bien fría y reservada (A: 4).

TEORICIDAD: El examinado tendería a utilizar un razonamiento concreto (B: 3).

ESTABILIDAD: Se supone en esta persona una predisposición a reaccionar y a tener variaciones emocionales (C: 4).

DOMINANCIA: Este sujeto tendería a adaptarse y acomodarse a los deseos de los otros; lo que podría ser una forma de evitar conflictos. Además, trataría de colaborar con los demás y ser más bien deferente (E: 3).

ANIMACION: Resulta importante destacar, que el examinado se tomaría la vida muy seriamente. Sería alguien callado, cuidadoso y que inhibe su espontaneidad (F: 1).

ATENCION A LAS NORMAS: Se trataría de una persona inconformista y que tiene a esquivar las reglas, bien porque ha desarrollado un pobre sentido de lo correcto / incorrecto, o bien porque se inscriben a valores que no están sólidamente basados en usos convencionales al momento de gobernar sus acciones (G: 3).

ATREVIMIENTO: El examinado sería extremadamente tímido y temeroso ante las situaciones sociales, especialmente si son nuevas. Además puede ser muy cauto y vergonzoso, teniendo la experiencia subjetiva de no estar confortable; lo que podría deberse a una disminución de la autoestima (H: 1).

SENSIBILIDAD: Se hipotetiza que este sujeto se apoyaría en los aspectos más subjetivos de las situaciones; en la empatía y en la sensibilidad (I: 8).

VIGILANCIA: Se denotaría en esta persona una tendencia a desconfiar de los demás y ser precavida (L: 7).

ABSTRACCIÓN: El examinado podría ser práctico o abstraído dependiendo de la situación en la cual se encuentre (M: 6).

PRIVACIDAD: El sujeto presentaría una postura privada y de no apertura; prefiriendo guardar los problemas para sus adentros, que discutirlos con otros (N: 8).

APRENSION: Esta persona tendería a mostrarse segura, despreocupada y satisfecha. Esta actitud podría darse como resultado de negar los sentimientos peyorativos del yo (O: 4).

APERTURA AL CAMBIO: Se supone que el examinado preferiría los modos tradicionales y conocidos de ver las cosas; lo familiar y lo predecible (Q1: 4).

AUTOSUFICIENCIA: El sujeto sería una persona extremadamente autosuficiente, que preferiría estar sola y tomar las decisiones por su cuenta. Por este motivo, podría presentar dificultades para trabajar al lado de otros y que le costaría pedir ayuda si lo necesitara (Q2: 10).

PERFECCIONISMO: Se hipotetiza que el examinado podría tolerar el desorden, y en otras ocasiones ser organizado y disciplinado (Q3: 5).

TENSION: Se supone que esta persona usualmente se sentiría relajada y tranquila; no se frustraría con rapidez. Sin embargo, el bajo nivel de energía podría llevarlo a no estar motivado; a sentirse confortable y no moverse hacia el cambio (Q4: 4).

**ENTREVISTA SOBRE MEJORIAS EN EL TRATAMIENTO REALIZADA AL TERAPEUTA (JUNIO)
SUJETO PROTOTIPICO**

Sujeto: X

Edad: 18

Etapas: Tratamiento

- ◆ ¿Observa usted fluctuaciones o variaciones anímicas en X?

Todavía está inestable, pero está más estable que cuando empezó el tratamiento. Son menos los mecanismos defensivos; tiene más sensaciones y sentimientos a flor de piel.

Es un proceso interesante porque cuando X llegó presentaba mecanismos de somatización, y ahora apareció la angustia limpia; lo cual es positivo. Pero la familia lo veía mal, y además empezaron a aparecer síntomas psicósomáticos en los otros miembros.

X está desplegando recursos catárticos más productivos, y ahora sale a buscar trabajo por ejemplo.

- ◆ ¿Piensa usted que X es una persona capaz de sobrellevar sin mayores consecuencias las decepciones, ansiedades y pérdidas?

Medianamente; pero le falta.

- ◆ ¿Por qué dice que le falta?

Porque los mecanismos que tiene lo llevan a retrotraerse y se declara de antemano como fracasado. Es muy autocrítico; y esto viene de la relación que desde chico tiene con el padre. Antes de fracasar se repliega; pero va mejorando. Al principio no buscaba trabajo por miedo a no conseguir, ahora puede buscarlo y tolerar la espera; lo cual no significa que no le cueste.

- ◆ ¿Constata usted que X trabaja sus conflictos en los distintos dispositivos terapéuticos? ¿Tiene voluntad?

Sí, trabaja y tiene un buen nivel de insight. Pudo entender y conectar situaciones actuales con pasadas.

En cuanto a la voluntad, tiene un poquito más que antes. Se ha caracterizado por la alexitimia, por las conductas y pensamientos antisociales.

- ◆ ¿Cree usted que X ha logrado una rutina saludable, y vínculos estables en lo afectivo y duraderas en el tiempo? ¿Piensa que X puede ponerse en el lugar de los otros, comprender, y confiar?

Sí, el problema de abuso se ha corrido. Ha tenido recaídas aisladas, las cuales han sido trabajadas por él y por su familia. En cuanto a los recursos internos, se están trabajando porque son muy pobres.

Tiene incapacidad para generar vínculos fuera de su entorno familiar. Después de mucho tiempo de trabajo, llegó a relacionarse con su grupo terapéutico, sin que le genere mecanismos de huida. Es muy querible y querido en su grupo.

No quería pasar de etapa y se enojó cuando le sacamos los martes.

En general evita exponerse, para no sentir angustia.

- ◆ ¿Cómo era la predisposición e implicación de X cuando comenzó el tratamiento? ¿Cómo es ahora? ¿Percibe usted que la familia lo ha acompañado en el proceso?

Cuando empezó la predisposición era mala. Desencadenaba somatizaciones; tenía dolores de cabeza, de panza, mareos, no se podía subir al colectivo y no quería venir. No se podía subir al colectivo, tenía vómitos, dolores de cabeza y de panza. El programa era el afuera; y ahora es todo lo contrario, no quiere dejar de venir. Hay que empujarlo de a poco; irle sacando días.

La familia lo acompañó permanentemente. Tiene dos hermanos varones que casi no aparecieron. Uno de ellos consume.

En la escuela fracasaba porque tenía síntomas psicósomáticos como vómitos y diarrea cada vez que iba.

- ◆ ¿Cómo son los vínculos en la casa?

Con el padre, la relación siempre fue de sobreexigencia y autocrítica mutua; y el afuera para X representa su padre. Por contraposición y en compensación a esto, tiene una relación muy simbiótica con la madre; que representa lo conocido y se repliega. Le cuesta ampliar su self.

Al padre no le tolera errores y las recaídas que ha tenido se debieron a errores del padre de consumir alcohol. Tiene dos amigos de la infancia y le cuesta mucho relacionarse. Cuando entra gente al Programa le agarra angustia.

◆ ¿Cree usted que X podría evitar exponerse a situaciones de posible consumo o si se encontrara en ocasiones de peligro de consumir no lo haría? ¿Por qué piensa esto?

Sí podría exponerse a ello; de hecho lo está haciendo. Se corrió su problemática: él tenía fuertes procesos de angustia y mecanismos fóbicos; por eso empezó a consumir de forma abusiva. Ahora tiene más recursos para no caer en esa.

Acá removemos la historia y los mecanismos que hacen que el sujeto se relacione de manera negativa.

◆ Teniendo en cuenta las actividades en las que X participa, ¿es capaz de concentrarse, recordar nombres y datos, coordinar y planificar?

Le cuesta bastante participar en los talleres y los grupos de convivencia, porque son grupos extendidos y se mantienen algunos aspectos fóbicos.

◆ ¿De qué manera cree usted que reacciona X ante un problema que se le presenta en la vida cotidiana? ¿Y ante las prohibiciones o restricciones?

Cuando tiene un problema automáticamente le aparecen sensaciones de impotencia; se paraliza. Reacciona de un modo muy autocrítico y dice que no va a poder. La angustia lo invade y parece sobrepasarlo.

En cuanto a las prohibiciones, actualmente está más permeable y las acepta. X a construido su identidad por lo negativo de la foto, del estandarte de la sociedad. Es heavy y cuestiona la religión. Pero ahora está más permeable, y puede aceptar ciertas cosas sin que esto le implique la pérdida de su self. Creo que "sabe lo que no es, pero no que quiere". Ya no siente vacío yoico.

◆ ¿Cree usted que X es coherente en sus conductas y en lo que dice? ¿Puede alcanzar metas coordinadas y elegidas racionalmente? ¿Puede reorganizarse ante los cambios?

Sí, es coherente. No dice nada y es porque realmente no puede. Le cuesta proponerse metas por una abulia que lo caracterizó siempre. Como le gusta dibujar, le buscamos nosotros un taller y casi se lo "encajamos". Él dibuja dragones, fetos...en blanco y negro... Pero lo dejó porque dice que no le gusta que le digan qué dibujar. Para X el dibujo es catártico, pero actualmente no dibuja tanto y creemos que es porque ha encontrado otras formas de expresar su angustia.

Pudo reorganizarse, sobre todo a nivel yoico. Por supuesto que tiene resistencias como todos.

ANEXO: Evaluación de noviembre

Sujeto prototípico "X"

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH – HOJA DE RESPUESTAS (NOVIEMBRE) – SUJETO PROTOTIPIICO

Sujeto: X
 Edad: 18
 Sexo: M

Lámina Nro.	Posición	Respuesta	Interrogatorio	Modo de aprehensión (Ap.)	Determinante (Det.)	Contenido (Cont.)	Frecuencia (F.)	Fenómenos especiales (F.E.)	Observación
I	a	Un ángel sin cabeza. Está con las manos levantadas y tiene como un sobretodo con cinturón. Las alas están rotas. Dragón de fuego. La cara del dragón.		Ge.	M	(Hd)		Deterioro	
II	c	Un trompo. Dos pulgares. Una cruz invertida		D2 B D3 Dd	FC F+ F+ F+	(Ad)/Fuego Obj. Hd Relig.	O		
III	c	Un solo cuerpo con dos manos, dos caras, y arriba entre medio de las dos un boca. Una boca con dientes filosos. Al medio hay un corazón dividido pero conectado. Dos charcos de sangre. La parte de delante de un bicho; con las patas y los ojos. No sé, un bicho con patas.	¿Qué tipo de bicho?	Gcomb.	F+ FC CF F+	(Hd) Anat. Sang. Ad			
IV	c	La cabeza de un caballo con cuernos; que no son comunes en los caballos. La cabeza del caballo parece de hueso; un cráneo. Dos alas en las orillas que parecen ser de algo suave.		D4 D	F+ FK/L.	Anat. (Ad)			
V	a	De las dos formas un murciélago. Dos cabezas de cocodrilo con la boca abierta.		Ge. D1	F+ F+	A Ad	P		
VI	a	Dos alas de mariposa. Hasta la nariz de un gato; con ojos y bigotes. Dos ojos y las fosas nasales. Tierra partida en la mitad con un hueco, y en el fondo a un río que desemboca abajo.		D2 Dd Dd D1	F+ F+ F+ F+	Ad Ad Ad Nat.			
VII	c	Dos bebés con las cabezas y los cuerpos medios deformes, pero se ven de costado y con la cabeza unida. Dos cabezas de elefante, pero no tienen colmillo. Dos mujeres viejas mirándose de frente, con un cuerno en la cabeza. Tienen forma de caricatura animada.		Ge. D3 D2	F+ F+ F+	H Ad (Hd)			
VIII	a	Dos tigres caminando, prestando atención a algo o asustados porque tienen la cola baja. Selva con pinos. En el árbol del medio se ven las patitas de un duende pero no el cuerpo. Planta carnívora. Como un ángel todo verde; de selva, agarrándose para no caerse porque tiene un peso. Como cadenas.		D1 D6 Dd D D	F+ FC F+ F+ MFC	A Nat. (Hd) Veg. (H)	P		
IX	a	Algo asomándose con la cabeza larga. Se ven los ojos. No me gusta, no le veo forma a nada. Me saturan los colores. Me motiva el blanco y el negro.		D	F+	(Hd)			
X	a	Dos sapos. Un castillo. Dos dragones. Bichos de hueso. Dos caballitos de mar.		D12 D4 D2 D1 D11	F+ F+ F+ F- F+	A Arq. A (A) A		Desvitalización	

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH - PLANILLA DE COMPUTOS (NOVIEMBRE)- SUJETO PROTOTIPICO

Sujeto: X
Edad: 18
Sexo: M

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	(+):
G	1		1		1		1				4	Inteligencia Media
D		2	1	2	1	2	2	4	1	5	20	(-):
Dd		1				2		1			4	R: 29
Do												T: +- 7 seg.
B		1									1	G%: 14%
B												D%: 69%
TOTAL											29	Dd%: 14%
												B%: 3%
												Sumatoria Dd, Do, B, b%: 17%

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	TIPOS DE G:	
F+		3	2	1	2	4	3	3	1	4	23	Gv:	
F+ -												Ge: 3	
F-										1	1	Gi:	
FC		1	1					1			3	Gc: 1	
CF			1								1	BG:	
C												GB:	
FK												Gb:	
KF												D>G:	
K												G Patol:	
M	1										1	TIPOS Dd:	
MFC								1			1	Dde:	
MCF												Ddi:	
MK												Ddd:	
FK/t.				1							1	Ddr:	
												Sucesión: ordenada	
												TIPOS DE M:	
												Ext: 2	
												Flex:	
TOTAL											31	Otros:	
F%: 77				Cualidad de los sentimientos:									
F+ %: 74				Positivos	Negativos								
R+ %: 97													
Tipo de F en mayoría de las R: bien vista.				%3 Ult.: 38%		I. Af.: 0.4		Sumatoria K/Sum.C:					
Fo:	Fc+	Fc-:	Fv:	Tipo de claroscuro									
				A	B	M/C: 0.4							
<p>N.B.: Las fórmulas que corresponden a Determinantes, llevan como denominador el TOTAL de Determinantes.</p>													

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	Nº de CONTENIDOS:
H							1				1	H%: 3% A%: 16% H+A: 19% Hd+Ad: 22% Indice de Angustia: 31% Variedad de contenidos (V): 37% Temas: cabeza (7) y cara (1), boca con dientes filosos, con la boca abierta, y planta carnívora, cuernos (2), ojos, mirándose... P: 2 O(+): 1 O(-): Indice de Realidad: 4
Hd		1									1	
(H)								1			1	
(Hd)	1		1				1	1	1		5	
A					1			1		3	5	
Ad			1		1	3	1				6	
(A)										1	1	
(Ad)		1		1							2	
Anat.			1	1							2	
Sexual												
Sangre			1								1	
Arq.										1	1	
Geog.												
Fuego		1									1	
Nat.						1		1			2	
Obj.		1									1	
Veg.								1			1	
Religión		1									1	
TOTAL											32	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	FENOMENOS ESPECIALES
Cr. Suj.												CHOQUES Color: Rojo: Azul: Vacío: Claroscuro: Kinestésico: E.S.S.: Otros FE:
Cr. Obj												
Desc.												
Desvit.										1	1	
Fabul.												
Mutilación												
"o"												
Reflejo												
Simetría												
Nivel												
Citar												
Color												
Ref. Pers.												
Deterioro	1										1	
TOTAL											2	

FORMULAS DE LOS INDICES:

Indice de realidad: hombres (III) + murciélago o mariposa (V) + cuero de animal (VI) + animales laterales (VIII). Son las cuatro respuestas más frecuentes y suman 2 puntos si son dados como primer respuesta, sino 1 punto. Media: 5 a 7 (máx. 8).

Indice reactivo: $\frac{\text{respuestas de las últimas tres láminas}}{\text{respuestas de las siete primeras láminas}}$: (0.4 y 0.5)

Indice de angustia: $\frac{\text{Hd+Ad+Anat.+Sex+Sangre}}{\text{número de contenidos}} * 100$: más de un 20% indicaría "angustia"

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH - INFORME DESCRIPTIVO (NOVIEMBRE)
SUJETO PROTOTIPICO

Sujeto: X
Edad: 18
Sexo: M

Rendimiento intelectual y modo de procesar la información

Se supone que el adolescente tendría un nivel de inteligencia media (R: 29), y encararía las tareas de su vida cotidiana desde un enfoque predominantemente práctico y concreto (D%: 69). Esta orientación en la percepción de la realidad, podría hacer que la persona vaya hacia lo más inmediato y accesible, y que no disponga de mucha energía para proponerse grandes metas (aumento de D%: 69 y disminución de G%: 14). Además habría en el sujeto tendencias perfeccionistas (Dd%: 14 y F+%: 74) y una disposición a mantenerse dentro de un plano objetivo y racional (F%: 77).

Se destaca que el yo del examinado sería capaz de contener la reacción impulsiva generada por los estímulos (Tiempo de reacción: +-7 seg.) y tendría posibilidades de elaboración intrapsíquica de los conflictos (M: 1). Las funciones egoicas del sujeto estarían en buen estado (R+%: 97) y la persona dispondría de una buena atención, recuerdos nítidos y capacidades de evocación (F+%: 74).

El pensamiento del sujeto se caracterizaría por ser disciplinado y con posibilidades de flexibilizarse en el plano de la fantasía (Sucesión: ordenada y M: 1). El adolescente participaría en el modo de ver las cosas de la comunidad (P:2), con sentido común y juicio de realidad (Índice de realidad: 4); pero con temores a perderse en la banalidad del participar del modo común de ver las cosas (A%: 16). Además se destaca que esta persona tendría una imaginación fluida, con creatividad (O+: 1), y la presencia de un talento artístico (MFC: 1).

Se hipotetiza en el adolescente deseos de afirmación en el plano de la fantasía, sin embargo los mismos estarían contrarrestadas en la posibilidad de llevarlos a cabo con conductas, debido a serias inhibiciones neuróticas (M de extensión: 2).

Reactividad afectiva

El examinado sería una persona con disposición a verse afectado por los estímulos externos experimentando sentimientos ante ellos (FC y CF), pero con inhibiciones para reaccionar de modo manifiesto debido a las represiones neuróticas (Tipo vivencial: coartado o M/C: 0.4). Se hipotetiza que por lo mencionado, el adolescente tendería a mostrarse más bien como alguien seco y rígido.

Se podría suponer que dependiendo de la situación en la que se encuentre este sujeto, podrá moderar racionalmente y con estabilidad la reacción (FC: 2); o bien el intento de control será más pobre, la afectividad más intensa y el yo podría quedar más lábil (CF: 2). Sin embargo, habría en el adolescente posibilidades adecuar la descarga impulsiva; sea mediante el control racional (F+%: 74) o por la elaboración en el plano de la fantasía (M: 1 y MFC: 1).

Desarrollo de la ideación

Se hipotetiza que esta persona podría elaborar interiormente las tensiones que producen los impulsos, y descargarlos en el plano de las representaciones (M: 1) y/o sublimarlos en un talento artístico (MFC: 1). Además, el sujeto tendría la posibilidad de disponer de un pensamiento creativo y personal (O+: 1). Por otra parte, el pensamiento también podría resultar evasivo (Naturaleza: 2).

Monto y manejo de la ansiedad. Los estados de ánimo.

Se denota en este sujeto un monto significativo de angustia (Índice de angustia: 31% y Ad: 6, (A):2, (Ad):1) y posibilidades de experimentar sentimientos de culpa (Sangre: 1). Por otra parte, el sujeto dispondría de cierto grado de control de la ansiedad (FK/t: 1).

Se hipotetiza que la angustia estaría dada por una necesidad de cariño y de demostración físicas de afecto (FK/t: 1), pero con serias dificultades para recibirlo y fomentar estas reacciones debido a perturbaciones en el contacto (H%: 3), con características de la condición paranoide (Temas: cuernos, ojos, mirándose).

Modalidad de contacto social

Se hipotetizan perturbaciones en el nivel de contactos (H: 1); por temor a los mismo, razón por la cual el examinado utilizaría amortiguadores o se reprimiría en la exteriorización de los afectos (Hd: 1 y (Hd): 5). Se supone en el adolescente aspectos regresivos (Anatómica: 2), características infantiles (Objeto: 1), y de dependencia oral sádica (Temas: planta carnívora, con la boca abierta y boca con dientes filosos).

Autoestima

Se hipotetiza que la autoestima del examinado se encuentra relativamente disminuida, ya que el sujeto tendría sentimientos negativos hacia sí mismo, de insuficiencia e inseguridad (Deterioro: 1). Se podría suponer que la persona buscaría la compensación y apoyo externo, ya que percibe que está preocupado o con problemas (Religión: 2). Posee deseos de afirmación (Arquitectura: 1 y Mext...: 2), pero no puede conseguirlo solo, porque se siente inseguro (Vegetal: 1) de sí mismo y tiene fuertes represiones neuróticas (Mext...: 2).

Factores de conflicto

Como factores potencialmente conflictivos se destaca el temor al contacto; lo que según Endora (citada por Mirrotti, 2001 p. 235) estaría relacionado con una pobre relación temprana con la madre y defectos de identificación, problemas de socialización y disposiciones hostiles para las relaciones interpersonales (Desvitalización: 1).

Teniendo en cuenta lo analizado, se podría decir que se trata de una sujeto neurótico con fuertes represiones, que utilizaría mecanismos predominantemente obsesivos y presentaría una disposición fóbica proyectiva y evasiva. Además se quiere hacer referencia nuevamente, a los aspectos regresivos dependientes de tipo oral sádico que se denotarían en la modalidad de vincularse del adolescente, y las perturbaciones a nivel de los contactos sociales por temores de la condición paranoide.

INTERPRETACION DEL 16 PF-5 (NOVIEMBRE) – SUJETO PROTOTIPICO

Sujeto: X
Edad: 18
Sexo: M

Estilos de respuestas

Se hipotetiza en el examinado una integración entre la manera en la que se reconoce y cómo los demás lo perciben, ya que podría admitir que posee algunos rasgos indeseables; junto a otras características valoradas socialmente (MI: 5). Por otra parte, el sujeto respondería con independencia de la autoridad (AQ: 4).

Dimensiones globales

Se trataría de una sujeto introvertido, que tiende a ser menos sociable y abierto porque dedica más tiempo a estar consigo mismo. Esto se denota en la distancia impuesta a los vínculos interpersonales (A: 3), una tendencia a mostrarse como alguien serio (F: 4), que sea tímido ante situaciones sociales (H: 1), y que se reconozca como alguien autosuficiente e individualista (Q2: 10) (Ext: 2).

El examinado sería una persona receptiva y abierta, especialmente considerando cuestiones que conciernen a la sensibilidad y lo estético. Habría una tendencia a la apertura al cambio (Dur: 3).

En cuanto al monto de ansiedad de esta persona, sería media. Se hipotetiza que el adolescente podría ponerse ansioso ante situaciones vinculadas con su estabilidad emocional (C: 2); mientras que la ansiedad permanecería más bien ajustada si el sujeto está relajado y paciente (Q4: 4) (Ans: 5).

Además, se trataría de un sujeto capaz de ceder y consensuar con los otros, especialmente para cooperar y evitar los conflictos (E: 4), que preferiría un entorno habitual (Q1: 4), y tendería a ser tímido al moverse en grupos (H: 1) (Ind: 3).

En cuanto al control de los impulsos, esta persona sería más bien desinhibida y sentiría sus deseos como urgencias, por lo que podría encontrar dificultades para reprimirse (AuC: 3).

Escalas primarias

Si se hace una apreciación hipotética y global del perfil del examinado, se destaca una actitud distante al momento de relacionarse con otros (A: 3) y fuertes tendencias individualistas y autosuficientes (Q2: 10), inestabilidad emocional (C: 2), elevada sensibilidad y empatía (I: 9).

AFIABILIDAD: Se trataría más bien de una persona distante e impersonal, que resultaría cauta en sus implicaciones y contactos. Se mantendría en una postura más bien fría y reservada (A: 3).

TEORICIDAD: El examinado dispondría de capacidades para resolver los problemas usando un razonamiento concreto, o más bien abstracto (B: 6).

ESTABILIDAD: Se supone en esta persona sería emocionalmente cambiante y reactiva para el afrontamiento de los cotidianos problemas de la vida y sus retos (C: 2).

DOMINANCIA: Este sujeto tendería adaptarse y acomodarse a los deseos de los otros; lo que podría ser una forma de evitar conflictos. Además trataría de colaborar con los demás y ser más bien deferente (E: 4).

ANIMACION: El adolescente tendería a ser cuidadoso y a tomarse la vida seriamente. Esto podría hacerlo notar como un sujeto callado o poco espontáneo (F: 4).

ATENCION A LAS NORMAS: Se trataría de una persona con tendencias al inconformismo, que en ocasiones podría esquivar las reglas, bien porque ha desarrollado un pobre sentido de lo correcto / incorrecto, o bien porque se inscriben a valores que no están sólidamente basados en usos convencionales al momento de gobernar sus acciones (G: 4).

ATREVIMIENTO: El examinado tendería más bien a ser cauto y vergonzoso, ante situaciones sociales (H: 4).

SENSIBILIDAD: Se hipotetiza que el sujeto tendría elevado nivel de sensibilidad emocional, lo cual influiría en una percepción más subjetiva de las situaciones y con posibilidades empáticas (I: 9).

VIGILANCIA: Habría en el examinado la posibilidad de confiar y adaptarse a determinadas situaciones, o ser más bien precavido si notara riesgo o desconfianza (L: 6).

ABSTRACCIÓN: Se supone que en el pensamiento del examinado predominaría una actitud práctica y realista. Estaría más orientado hacia el ambiente y sus exigencias, que a los procesos imaginativos (M: 4).

PRIVACIDAD: El sujeto tendería a mostrarse de una manera natural y genuina. Se hipotetiza que esta actitud implicaría mayor apertura a la diversidad (N: 4).

APRENSION: Se podría decir, que dependiendo de la situación en la cual esta persona se encuentre, tendería a mostrarse segura y despreocupada; o más bien insegura y aprensiva (O: 6).

APERTURA AL CAMBIO: Se supone que el examinado preferiría los modos tradicionales y conocidos de ver las cosas; lo familiar y lo predecible (Q1: 4).

AUTOSUFICIENCIA: Se hipotetiza un sujeto extremadamente individualista, que preferiría estar solo y tomar las decisiones por su cuenta. Por este motivo, podría presentar dificultades para trabajar al lado de otros y le costaría pedir ayuda si lo necesitara (Q2: 10).

PERFECCIONISMO: El adolescente podría ser capaz de tolerar el desorden; y al mismo tiempo, mostrarse perfeccionista y disciplinado (Q3: 5).

TENSION: En la mayoría de las ocasiones, se hipotetiza que el examinado se sentiría plácido y relajado; y en consecuencia se piensa que esta actitud influiría en una mayor tolerancia a la frustración. Sin embargo, el bajo nivel de energía podría llevarlo a no estar motivado; a sentirse confortable y no moverse hacia el cambio (Q4: 4).

**ENTREVISTA SOBRE MEJORIAS EN EL TRATAMIENTO REALIZADA AL TERAPEUTA (NOVIEMBRE)
SUJETO PROTOTIPICO**

Sujeto: X

Edad: 18

Etapas: Tratamiento (acercándose a la terminación del tratamiento)

♦ ¿Observa usted fluctuaciones anímicas o variaciones anímicas en X?

Sigue inestable. No está con un proceso de angustia porque tuvo una recaída y está como anestesiado. El padre se iba a ir a España a trabajar, y después iba a ir el resto de la familia; pero desistió. El mecanismo familiar es no dejar volar a los miembros. X cayó preso hace un mes en Encausados. Quiere consumir y dice que no va a tener problemas. Está en crisis; tiene imposibilidades por lo regresivo, para cerrar algo y dejar que el padre se vaya. La independencia le genera angustia y mecanismos antisociales.

♦ ¿Por qué cayó preso?

Había salido con el hijo de un panadero; con el que hacía una semana que trabajaba. Cuando llegaron a la casa el pibe lo acusó porque le faltaba plata y X lo agarró a patadas. Esto pasó unos días después de que al padre de X le llegó la VISA para irse; así que no se fue.

♦ ¿Piensa usted que X es una persona capaz de sobrellevar sin mayores consecuencias las decepciones, ansiedades y pérdidas?

No sin hacer síntomas; de angustia, fóbicos o de consumo.

♦ ¿Constata usted que X trabaja sus conflictos en los distintos dispositivos terapéuticos? ¿Tiene voluntad?

Sí. Yo ya no lo estoy siguiendo pero lo sé por las reuniones de equipo. Pero dice que quiere consumir y que nadie le va a decir nada. Cree que puede darle un uso recreativo, pero el riesgo es que abandone el tratamiento.

Tiene voluntad, pero le falta fuerza; luz propia. Lo del trabajo es un indicador que le cuesta; lo perdió a la semana, y recién ahora (dos meses después) consiguió otro.

♦ ¿Cree usted que X ha logrado una rutina saludable, y vínculos estables en lo afectivo y duraderas en el tiempo? ¿Piensa que X puede ponerse en el lugar de los otros, comprender, y confiar?

Está poniendo en crisis lo que lo sostiene y se está desarmando cuestionándolo todo. Quiere el devenir. Establece vínculos muy regresivos y dependientes. La familia, especialmente la madre, está desorientada. Se le estaba dando mayor autonomía a X, y al reevaluar, no lo está pudiendo llevar. La madre está culposa. El padre tiene mecanismos de sobreexigencia sobre X y sobre sí mismo.

Se trabajó con la familia la recaída de X y que cayó preso. El padre aceptó que no iba a decidir realizar o no su viaje, en función a lo que había pasado con X, para que no lo sintiera como una mochila. Pero el padre se sintió frustrado y decidió no viajar: "la familia unida" (Refiere el terapeuta con tono irónico).

♦ ¿Cómo es ahora la predisposición de X?

Lo veo con pocas ganas, recayó y se junta con chicos que abandonaron el tratamiento.

♦ ¿Cree usted que X podría evitar exponerse a situaciones de posible consumo o si se encontrara en ocasiones de peligro de consumir no lo haría? ¿Por qué piensa esto?

No. Se está exponiendo y consume. Son típicas estas cuestiones regresivas cuando se está de cara al cierre, y es bueno que esto pase. La crisis se precipitó por todo lo que signifique hacerle cuanta a las tendencias regresivas, y poder independizarse. Si trabaja no es el nene de mamá, si termina con el tratamiento no es más el problema a quien todos miran, y si el padre se va implica que X debe ser un hombre independiente.

♦ Teniendo en cuenta las actividades en las que X participa, ¿es capaz de concentrarse, recordar nombres y datos, coordinar y planificar?

Es reflexivo y heterogéneo en su pensamiento. Ahora tiene una asimilación más positiva y está más permeable a la alteridad.

X cuando inició el tratamiento tenía polarizado su sistema de creencias para identificarse; odiaba el fútbol, la religión, el cuarteto... Ahora no va al choque. Las diferencias no lo hacen sentir vacío. Esto es una crisis como la de ahora; común en la adolescencia. Los chicos que terminan el tratamiento tienen crisis cada tanto.

♦ ¿De qué manera cree usted que reacciona X ante un problema que se le presenta en la vida cotidiana? ¿Y ante las prohibiciones o restricciones?

Ante un problema se declara impotente, incapaz y se frustra. Son las sobreexigencias del padre que le proponen algo irrealizable, por eso se declara impotente. Ante las tensiones sociales es impotente o prefiere no hacerlo.

Hace una semana que empezó a trabajar de nuevo, y para que buscara trabajo después de lo que pasó, tuvimos que apuntalarlo y confrontarlo. Llegaba acá y decía que no había buscado trabajo porque su vieja no le había comprado el diario. Entonces le preguntábamos para quién era el trabajo; para que no se excusara.

Hubo un gran avance a nivel yoico, porque ahora se banca más algunas cosas, que antes le implicaban ataques de pánico, diarreas infrenables y vómitos. Tiene ahora un superyo menos tirano; antes lo aplastaba y lo ponía en incompetente.

Las prohibiciones las asume en gran medida. Lo normal, le dan bronca o no le gustan pero las acepta sin mayores consecuencias.

♦ ¿Cree usted que X es coherente en sus conductas y en lo que dice? ¿Puede alcanzar metas coordinadas y elegidas racionalmente?

Ahora no, hace cualquiera y tiene dificultades para comprometerse con el tratamiento porque está en crisis. Logró cumplir la meta de volver a conseguir trabajo, pero no sin dificultades. A la voluntad de X hay que estar inflándola, porque es muy abúlico.

Su yo se ha fortalecido, lo cual le permite aceptar más al mundo, pero tiene miedo a ser masa. El superyo del padre exigente le impide ser común. Ahora puede subirse al colectivo, sin tanto miedo a confundirse entre la gente o que lo confundan.

♦ ¿Puede reorganizarse ante los cambios?

Sí. No de la manera ideal; con dificultades y lentamente.

♦ Bueno, ahora te voy a hacer una serie de preguntas para comprender mejor el caso. ¿Cuánto tiempo hace que X asiste al programa?

Un poco más que un año.

♦ Cuando llegó, ¿qué tipo de consumo tenía y que grado de dependencia?

Consumía cocaína y marihuana. Tenía hábito y abusaba de la sustancia. El consumo lo anestesia y no sentía tanta angustia. Hasta que la situación de angustia y consumo resultó destructiva porque lo llevó a angustiarse más. Es una cuestión de estructura de personalidad.

♦ ¿Cuándo cree usted que X se responsabilizó de su curación? ¿fue decisión propia?

No fue decisión propia, y me odió. X venía tres veces por semana por el colegio, supuestamente. Hasta que llegó un momento que por síntomas psicósomáticos no se subía al colectivo y le costaba mucho ir a cualquier lado. Nosotros le propusimos a la familia que no fuera más al colegio y empezara a venir todos los días. La familia aceptó y X empezó a hacer vínculos acá y a ganar tiempo en esto de pensarse. Pero me odió.

♦ ¿Cómo era el rendimiento escolar de X?

Le iba mal y dejó porque tenía mucha angustia.

♦ ¿Cómo describiría el tipo de transferencia que desarrolló X?

Al principio obstaculizaba todo proceso y decía: "Muerte a los psicólogos". A mí me odiaba. Un día el padre me contó que X le había dicho, que yo era igual a él. Con el tiempo y trabajando se fue corriendo de esta postura, y esto le permitió ir pensándonos como personas diferentes, que podemos compartir o no cosas; con más flexibilidad.

♦ ¿Se podría decir entonces que la comunidad terapéutica ha suplido en este caso algunas funciones parentales?

Sí, como en todos los casos.

- ◆ La familia de X, ¿de qué modo propició y de qué forma obstaculizó el tratamiento?

Lo propiciaron asistiendo, pero se tuvo que reconstruir y trabajar mucho. La familia sobreactuaba, culpabilizaba y se cerraba cada vez más ante X. Marcaban más lo que hacía y lo excluían. La madre lloraba cinco días seguidos y le decía a X que la había desilusionado. El padre directamente no le hablaba.

Se tuvo que trabajar mucho para que la familia empezara a respetar la problemática de X; como parte de lo que es él. Antes lo desconocían.

- ◆ ¿Cómo ve X a los demás?

Los ve como masa, como giles; lo que le traía dificultades para relacionarse. Bueno, ahora se está pudiendo relacionar con los excompañeros del Programa.

- ◆ ¿Tenía X conductas de riesgo?

Sí, de violencia y de drogarse hasta no dar más.

**ENTREVISTA SOBRE MEJORIAS EN EL TRATAMIENTO ADMINISTRADA AL PACIENTE (NOVIEMBRE)
SUJETO PROTOTIPICO**

Sujeto: X

Edad: 18

Etapa: Tratamiento (acercándose a la terminación del tratamiento)

♦ Teniendo en cuenta como te sentís en el transcurso de una semana, por ejemplo. ¿Crees que tenes variaciones anímicas o emocionales? ¿Son mayores o menores que al iniciar la etapa del tratamiento propiamente dicho?

Sí, muchos cambios anímicos generalmente. Soy muy sensible; siento mucho y estoy todo el día pensando. Ahora siento más cosas, más responsabilidad; antes no me importaba nada. Ahora tengo más autoestima no me creo el mejor, pero me siento capaz de hacer las cosas. Tengo más altos y bajos, porque siento mucho más.

♦ ¿Qué pensás sobre esto de sentir más?

Creo que es mejor. Por un lado siento lo bueno y estoy bien, pero también siento más lo malo que antes.

♦ ¿Cómo reaccionarías ante una situación que te decepcionara mucho, ante una pérdida o algo que te generara elevada ansiedad? Antes del tratamiento, ¿reaccionabas de la misma manera?

Me deprimó. Ahora estoy un poco deprimido. Trato de seguir haciendo la mía, pero se me cruzan giladones por la cabeza... (Relata fantasías en relación con la temática de la muerte). Haber podido dejar de consumir pastillas y cocaína me cambió la personalidad. Me hacían ponerme violento, me olvidaba de lo que hacía y en donde estaba. Aparecía en cualquier lado. Ahora decidí seguir consumiendo cada tanto, porque puedo controlarlo; pero sólo marihuana.

♦ ¿Crees que has trabajado tus conflictos en los distintos dispositivos terapéuticos?

Sí. La mayoría de las cosas que dije nunca las había hablado con alguien. Antes no encontraba palabras para decir las y me deprimían mucho; algunas las tenía olvidadas. Hay otras cosas que me doy cuenta ahora que apenas las he tocado; pero todavía no encuentro como explicarlas. Me dado cuenta de cosas que no estaba enterado y se me venían de golpe recuerdos a la cabeza que me ponían mal (Relata una discusión familiar). A mí me pegó mucho cuando se murió mi abuela porque ella era como mis piernas. Hasta hoy no lo puedo ver; me cuesta aceptarlo.

♦ ¿Cuándo ocurrió lo de tu abuela?

No sé, no me acuerdo. Pero fue hace unos años. Creo que un tiempo después yo empecé con esta gilada de consumir.

♦ ¿Cómo te sentiste trabajando en grupo?

Me he sentido cómodo; pero no desde el principio. Cuando vine no hablaba. En los terapéuticos me dí cuenta que podía confiar. En los individuales sentía que me quemaba la cabeza.

♦ ¿Tuviste voluntad desde el principio?

No. Vine porque me dijeron: "internación o Programa". Yo les conteste a mis viejos que si me querían internar yo me iba a escapar. Así que empecé acá, sin hablar de nada al principio. Cuando me di cuenta que servía me esforcé.

♦ ¿Pensás que has logrado una rutina saludable, y vínculos estables en lo afectivo y duraderas en el tiempo?

Una rutina!! No me banco la rutina.

♦ Bueno...¿crees que realizas actividades saludables?

Actividades, sí. Ahora tomo agua (Sonríe) y el trabajo me hace bien. Cuando salgo estoy cansado; antes me costaba dormir y por eso me medicaron. Además salgo con unos chavones. No tengo tanta presión de mis viejos y les exijo que no me hagan tantas preguntas.

♦ Tenes amigos...

Sí, dos. Uno vive cerca de mi casa y fue mi apoyo cuando entré al Programa. Lo conozco desde hace cuatro años; el otro desde que éramos así de chicos (Me hace señas con la mano). La gente en la que se puede confiar es poca; son vacíos.

♦ ¿Cómo ves a los otros? ¿Por qué decís que son vacíos?

La gente es vacía; se conforma con la nada. Me dan bronca, angustia y lástima. Los chicos chiquitos no; va a veces tan bien, pero inocentes. Mucha gente no tiene poder de elección. Me da bronca la moda; como actúan evitando la realidad.

♦ ¿Crees que puedes comprender a las personas que quieres y ponerte en el lugar del otro?

Sí. Cuando le pasa algo a mi vieja me siento mal.

Trato de acompañar, porque no se puede comprender del todo lo que le pasa al otro.

♦ ¿Cómo era tu predisposición e implicación cuando comenzaste el tratamiento? ¿Cómo es ahora?

Al principio sin ganas. Bueno, ahora también me pasa que tengo menos ganas de venir; pero vale la pena. Estoy viniendo menos tiempo, a individual y a un grupo. Me siento incómodo.

♦ ¿A dónde te sentís incómodo?

En el grupo, porque hay mucho lío y veo cualquiera con algunos chavones.

♦ ¿Pensas que tu familia te acompañó en el proceso? ¿De qué manera?

Sí. Presionando para que viniera, tratando de entenderme, exigiéndome que hable, cuidándome. Mis viejos más que nada. Mis hermanos no...

♦ ¿Cuántos hermanos tenes?

Tres hermanos. El más grande me ayudó un poco...

♦ Actualmente, ¿crees que podrías evitar exponerte a situaciones de posible consumo o si te encontraras en ocasiones de peligro de consumir no lo harías? ¿Por qué piensas esto?

Estoy más fuerte y con autoestima. Fue todo un proceso. Me fui conociendo.

♦ Teniendo en cuenta las actividades en las que participas en el Programa, ¿sos capaz de concentrarse, recordar nombres y datos, coordinar y planificar? ¿Desde que iniciaste el tratamiento fue así?

Me cuesta recordar, especialmente números. Planificar hasta ahí. Pero cuando empecé a venir estaba re colgado y hacía la mía.

♦ ¿Cómo reaccionas cuando tenes un problema en tu vida cotidiana?

Problema, por ejemplo si me despidieran del trabajo... me indignaría, pediría una explicación y que me paguen lo que trabajé. El domingo compraría el diario, y empiezo de nuevo.

♦ ¿Y ante las prohibiciones o restricciones? ¿Has notado cambios en tu modo de reaccionar desde que empezaste con el tratamiento?

Depende la forma. Prepeo si me tratan mal, sino escucho y veo las probabilidades que tengo. Antes somatizaba todo y explotaba feo, me daba claustrofobia. Ahora me descargo más, de a poco.

♦ Actualmente, entre lo que haces o demostrás y lo que decís, ¿crees que hay mucha diferencia o poca? ¿siempre fue así?

Soy bastante coherente. Por ahí me contradigo; pero como cualquier persona y trato de aceptar mis errores... pero no me equivoco mucho (Sonríe). Antes era incoherente, creo que porque estaba forjando mi personalidad y todos los adolescentes son así.

♦ Cuando te propones determinado objetivo, en el que estuviste pensando, ¿lo llevas a cabo?

Pienso mucho, pero antes no intentaba porque pensaba que me iba a salir mal; tenía esa negatividad. Ahora me arriesgo. Soy extremista; todos en mi familia lo somos. Ahora yo estoy un poco menos extremista.

♦ Ante situaciones de cambio, ¿podes reorganizarte para adaptarte? ¿siempre fue así?

Cambios... ¿cómo qué?

♦ Una mudanza por ejemplo, o cambiar de trabajo.

No me mudé nunca pero pienso que me costaría mucho. Soy muy... como un perro con su territorio, ¿viste?. Siento que tengo que tener mi espacio donde vaya y me siento incómodo si se me acercan mucho. Me cuesta confiar.

♦ Teniendo en cuenta lo que te pregunté y venimos charlando, ¿notas algún otro cambio desde que empezaste el tratamiento hasta ahora, que no me hayas contado?

Era muy cerrado; firme en el pensamiento, ahora me cuestiono y escucho a los demás. Respeto la opinión de los otros porque quiero que a mí también me respeten. Más comprensivo. Me corté el pelo también ¿viste?.

Fue todo un cambio...

ANEXO

Sujetos (XX1 y XX2) en la etapa de seguimiento

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH – HOJA DE RESPUESTAS (NOVIEMBRE) –SUJETO EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO

Sujeto: XX1
 Edad: 19
 Sexo: M

Lámina Nro.	Posición	Respuesta	Interrogatorio	Modo de aprensión (Ap.)	Determinante (Det.)	Contenido (Cont.)	Frecuencia (F.)	Fenómenos especiales (F.E.)	Observación
I	c	¿Las puedo dar vuelta? Parece una máscara. Una máscara de metal; por el color oscuro, es como frío. Un caso de guerrero medieval, supuestamente va doblado en la cabeza.	¿Qué tipo de máscara?	b	FC'	Másc.			
II	a	Parece la cara de un gato o un perro. Puede llegar a ser un fox terrier. Son esos perros con barba blanca. Esa es la boca. En realidad la nariz tiene pinta de ser de gato; pero no, es un perro.		b	F-	Ad		"o"	
III	c	Este es el borde de un río. Al fondo hay dos árboles y una cascada. Esto es agua que corre. Las manchas están colgadas y no combinan.		B	F+	Paisaje		Nivelación	
IV	a	Parece las plantas marinas, que tiene las hojas como la piel de una estrella de mar. Tendría que ser amarillo oscuro o de color arena. Parece poroso, por estos pelitos que tiene al costado y el tono blanco. Se ve muy rígido; una planta no tendría que ser así.		Ge.	FK	Veg.			
V	a	Un Terodáctilo visto desde arriba: los cuernos y las patas. Es a lo que más se le parece. Los Terodáctilos tenían como esas hombreras.		Ge.	F+	A			
VI	a	Parece una libélula; la cabeza, los ojos, las alas, y el cuerpo. Lo de abajo no tiene sentido. Bueno, podría ser que la libélula está pasando por ahí para llegar arriba; por eso está en el borde de la hoja.		D>G	F+	A			
VII		No le encuentro ningún sentido. No tiene figura. No se asemeja a ninguna figura que tenga en la cabeza (PASAN CINCO MINUTOS).							Fracaso total
VIII	d	Algún tipo de animal; llena o pantera. Es un animal exótico que está atravesando un pantano. Se está agarrando de un árbol para pasar por el pantano y llegar después alas piedras firmes. Del otro lado se ve el reflejo de lo que te conté, en el agua.		Gcomb.	F+	A	P	Reflejo	
IX	d	Parece un paisaje; también dividido por el reflejo del agua. Hay piedras (rojo), un árbol; (verde), pasto (marrón), nubes (naranja), y lo de atrás es el horizonte (blanco). También está más o menos; si se mezclan mucho los colores, se le saca definición.	¿Más o menos?	Gvaga	CF	Paisaje		Reflejo	
X	c	No le encuentro sentido. Un motivo oriental para una puerta: son dos dragoncitos con las crestas. Lo del medio es una cadena cortada y ahí iba el anillo para golpear. Lo otro es colgado; muy abstracto.		D2	F+	Obj.	O		

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH - PLANILLA DE COMPUTOS
SUJETO EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO

Sujeto: XX1
Edad: 19
Sexo: M

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	
G				1	1			1	1		4	(+): Inteligencia Media
D										1	1	(-):
Dd												R:9
Do												T: +- 10 seg.
B			1								1	G%: 44%
B	1	1									2	D%: 11%
D>G						1					1	Dd%:
TOTAL											9	B%: 11%
												Sumatoria Dd, Do, B, b%: 33%

												TIPOS DE G:	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	Gv: 1	
F+			1		1	1		1		1	5	Ge: 2	
F+ -												Gi:	
F-		1									1	Gc: 1	
FC												BG:	
CF									1		1	GB:	
C												Gb: 1	
FK				1							1	D>G: 1	
KF												G Patol:	
K												TIPOS Dd:	
M												Dde:	
MFC												Ddi:	
MCF												Ddd:	
MK												Ddr:	
FC'	1										1	Sucesión:	
												TIPOS DE M:	
												Ext:	
												Flex:	
TOTAL											18	Otros:	
F%: 66				Cualidad de los sentimientos:									
F+ %: 55				Positivos	Negativos								
R+ %: 88													
Tipo de F en mayoría de las R: bien vista.				%3 Ult.: 33%		I. Af.: 0.3		Sumatoria K/Sum.C:					
Fo:	Fc+	Fc-	Fv:	Tipo de Claroscuro									
				A	B			M/C: 2					
N.B.: Las fórmulas que corresponden a Determinantes, llevan como denominador el TOTAL de Determinantes.													

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	Nº de CONTENIDOS:
H												H%: A%: 33% H+A: 33% Hd+Ad: 11% Indice de Angustia: 11% Variedad de contenidos (V): 55% Temas: P: 1 O(+): 1 O(-): Indice de Realidad: 2
Hd												
(H)												
(Hd)												
A					1	1		1			3	
Ad		1									1	
(A)												
(Ad)												
Anat.												
Sexual												
Sangre												
Explosión												
Geog.												
Mancha												
Vegetal				1							1	
Obj.										1	1	
Máscara	1										1	
Paisaje			1						1		2	
TOTAL											9	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	FENOMENOS ESPECIALES
Cr. Suj.												CHOQUES Color: Rojo: Azul: Vacío: Clarooscuro: Kinestésico: E.S.S.: Otros FE: Fracaso total: VII Textura: 2
Cr. Obj.												
Desc.												
Desvit.												
Fabul.												
Mutilación												
"o"		1									1	
Reflejo								1	1		2	
Simetría												
Nivelación			1								1	
Citar												
Color												
Ref. Pers.												
Deterioro												
TOTAL											4	

FORMULAS DE LOS INDICES:

Indice de realidad: hombres (III) + murciélago o mariposa (V) + cuero de animal (VI) + animales laterales (VIII). Son las cuatro respuestas más frecuentes y suman 2 puntos si son dados como primer respuesta, sino 1 punto. Media: 5 a 7 (máx. 8).

Indice reactivo: respuestas de las últimas tres láminas : (0.4 y 0.5)
repuestas de las siete primeras láminas

Indice de angustia: $\frac{Hd+Ad+Anat.+Sex+Sangre}{\text{número de contenidos}} * 100$: más de un 20% indicaría "angustia"

**PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH - INFORME DESCRIPTIVO
SUJETO EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO**

Sujeto: XX1
Edad: 19
Sexo: M

Rendimiento intelectual y modo de procesar la información

Primero se quiere hacer referencia, al poco número de respuestas que dio el examinado (R: 9). Las mismas poseen una buena elaboración, variedad de contenidos y determinantes, y buen tiempo de reacción (Tiempo de reacción: +- 10 seg.); lo que permitiría hipotetizar que el sujeto es capaz de mantener la ansiedad ante el estímulo y adecuarla a la situación. Se supone que en esta persona el bajo número respuestas, estaría indicando represión neurótica e intentos de perfeccionismo (R: 9).

Considerando la manera en que el sujeto encararía las tareas cotidianas, se puede decir que dispone de una visión de conjunto, con amplitud de miras, energía, y capacidad de planificar la acción futura (G%: 44). Además, habría una necesidad de tratar de unir y de organizar las cosas (Nivelación: 1). En algunas otras ocasiones, se hipotetiza que la persona iría hacia lo más obvio y fácil (D%: 11); y que a veces la ansiedad podría generar vaguedad en la organización perceptual (Gv: 1, Paisaje: 2 y Máscara: 1).

Se supone que el sujeto tendría una inteligencia media (G: 4 y O+: 1), flexibilidad para reestructurar el campo perceptual y originalidad (B: 1 y b: 2); que indicaría también una tendencia autónoma en su pensamiento y que el examinado discutiría para hacer notar su opinión (B: 1 y O+: 1). Por otra parte, se tendrá en consideración la apreciación de que el adolescente reaccionaría ante una carencia o vacío; que lo harían sentir desamparado e inseguro (b: 2)

Se hipotetiza que el examinado sería una persona talentosa, capaz de mantenerse ajustado a la realidad (D>G: 1); aunque esta actitud personal del sujeto en su modo de apreciar las cosas, podría hacer que no participe plenamente del sentido común de la sociedad (P: 1 y Índice de realidad: 2) o que sus juicios resulten imprecisos (F-: 1). Además, en ocasiones la apertura a la diversidad de intereses y conocimientos (Variedad de contenidos: 55), haría que la atención se disperse un poco.

Se cree posible que la fantasía se encuentre reprimida por temor a la misma (Represión de M). Habría en el sujeto una disposición a manejarse en el plano de la racionalidad y la objetividad (F%: 66), pero los afectos y conflictos podrían interferir en el juicio crítico de la situación (F+%: 55). Además, el examinado dispondría de algunos automatismos que le darían estabilidad y fluidez a su pensamiento (A%: 33).

Las funciones yoicas del sujeto estarían en muy buen estado (R+%: 88).

Reactividad afectiva

Se hipotetiza en el adolescente una disposición a reaccionar de modo manifiesto ante los estímulos externos, con posibilidades de adecuar y/o la reacción (CF y FC'), debido a cierto grado de represión (TV: coartativo).

En algunas ocasiones, el examinado podría verse invadido por la fuerza del impulso, lo que disminuiría su control racional o lo haría responder de forma inestable (CF: 1), y las características de la afectividad se podrían trasladar a la conducta (Gv: 1). En otras situaciones, la persona actuaría con espontaneidad y control racional (FC').

Por otra parte, el sujeto sería capaz de frenar la descarga impulsiva y labilidad, por elevación en el nivel de la conciencia (F%: 66 y G combinatoria: 1), y tendencias autónomas y flexibles que le permitirían adecuarse a la ocasión (B: 1 y O+: 1). Además, podría amortiguar la vivacidad de la reacción impulsiva por temor a la culpa (FK: 1, intervención del super yo).

Desarrollo de la ideación

El desarrollo de la ideación estaría dado en esta persona, por una disposición al control racional (F%: 66) y cierto monto de creatividad (O+: 1). Sin embargo, la elaboración en el plano de la fantasía tendría fuertes represiones neuróticas (No hay M); que podrían darse por temor a sentir culpa (FK).

Monto y manejo de la ansiedad. Los estados de ánimo.

El monto de ansiedad sería bajo en el examinado (Índice de angustia: 11) y su yo tendría capacidades para manejar la misma de modo adecuado (Tiempo de reacción: +- 10 seg.). A pesar de esto, se hipotetiza en el sujeto cierto matiz disfórico del ánimo (FC': 1 y FK: 1).

Modalidad de contacto social

Se supone que la mayoría de los contactos que establece esta persona serían más bien superficiales o basados en lo estético (Paisaje: 2, Objeto: 1 y Vegetal: 1).

Habría en el examinado perturbaciones a nivel del contacto profundo (no hay H). Se hipotetiza que con la presencia de afectos significativos; estos generarían en el sujeto vaguedad en la organización perceptual, y despertarían tendencias dependientes y evasivas (Paisaje: 2 y Máscara: 1).

Otro dato que se considera, es la posibilidad de que el individuo proyecte sus sentimientos de inseguridad al medio (Vegetal: 1) y que interiormente tenga mucha necesidad de cariño (Fracaso total en la lám. VII).

Autoestima

Se hipotetiza que esta persona tendería a mostrarse seguro y conforme consigo mismo. Pero, este monto de narcisismo estaría encubriendo (¿por formación reactiva?) inseguridades y desvalorizaciones, que podrían estar vinculadas a que la persona se siente disminuido en su capacidad de amar y necesita aportes narcisistas del medio (Reflejo: 2).

Además, se supone en el sujeto miedos a quedarse "atado" en los vínculos y a la responsabilidad ("o").

Factores de conflicto

Habría en la prueba datos referidos a complejos centrales escondidos y fijaciones (Nivelación: 1). Se hipotetiza en el examinado un monto de narcisismo por formación reactiva de sentimientos de inseguridad y desvalorización, debido a que la persona cree que es incapaz de amar (Reflejo: 2). Esto podría dificultar el establecimiento de contactos profundos y perturbar los vínculos (H%: 0). Más bien el examinado, esperaría pasivamente ser amado y necesitaría aportes narcisistas provenientes del medio.

Se supone que lo mencionado devendría de una vivencia infantil de falta de suficiente amor materno o abandono; y como consecuencia, riesgos de regresión oral (Fracaso total en la lám. VII). Sin embargo esta persona, estaría intentando superar las dificultades en la catexia objetal (Reflejo simétrico).

Realizando un análisis global de la prueba, se hipotetiza que se trata de un sujeto con aspectos inmaduros o rasgos neuróticos (CF: 1 y FC': 1), que recurriría predominantemente a mecanismos de formación reactiva (obsesivos) y algunos evasivos.

INTERPRETACION DEL 16 PF-5 – SUJETO EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO

Sujeto: XX1
Edad: 19
Sexo: M

Estilos de respuestas

Se hipotetiza que el examinado no tendría inconvenientes en admitir que posee algunos rasgos indeseables o negativos (MI: 4). Además, el sujeto podría acordar o no con las autoridades, teniendo en cuenta el contenido específico en cuestión (AQ: 5).

Dimensiones globales

Se trataría de un sujeto más bien introvertido (Ext: 4); en especial considerando que se mantiene distante ante los demás (A: 3), se muestra serio (F: 4), y autosuficiente (Q2: 7).

Por otra parte, resultaría una persona extrovertida, si se tiene en cuenta que es seguro en lo social (H: 9) y genuino al momento de presentarse (N: 4).

Con relación a la mentalidad del sujeto, podría ser alguien receptivo considerando su apertura al cambio y flexibilidad (Q1: 7); o alguien de mentalidad dura y cerrada por su reserva (A: 3), utilitarismo (I: 4) y practicidad (M: 4) (Dur: 5).

El examinado tendría un bajo nivel de ansiedad, sería poco perturbable y se encontraría comfortable (Ans: 1). Esto se supone vinculado a que el sujeto es muy estable emocionalmente (C: 8), seguro de sí mismo (O: 4), y relajado (Q4: 4).

En lo que concierne a la independencia, la persona se mostraría atrevida (H: 9) y con gran disponibilidad a experimentar cosas nuevas (Q1: 7); pero también podría adaptarse bien a situaciones grupales; porque sería más bien deferente, cooperativo y evitaría los conflictos (E: 4) (Ind: 5).

En cuanto a los deseos personales, el sujeto podría inhibir o controlar sus impulsos mostrándose como alguien serio (F: 4), atento a las normas (G: 7), práctico (M: 3), y perfeccionista (Q3: 8). Se hipotetiza que a pesar de que se nota una tendencia autocontrolada en las dimensiones primarias, el puntaje medio en la dimensión global podría deberse a que el sujeto marcó "B" en la misma; quedando dudas de sus capacidades de inhibición (AuC: 6).

Escalas primarias

Si se hace una apreciación holística y tentativa del perfil del examinado, el mismo se caracterizaría por ser una persona distante (A: 3), estable emocionalmente (C: 8), seguro en lo social y emprendedor (H: 9), práctico (M: 3), y perfeccionista (Q3: 8).

AFIABILIDAD: Se trataría de un sujeto reservado que suele ser cauto en sus implicaciones y contactos. Se supone que tendería a sentirse poco comfortable en situaciones en las que hay mucha relación personal y manifestación de sentimientos; lo que podría vincularse a un historial de relaciones interpersonales poco satisfactorias (A: 3).

TEORICIDAD: Habría en el sujeto una tendencia al pensamiento concreto (B: 4).

ESTABILIDAD: Para el enfrentamiento de los problemas cotidianos y sus retos, el examinado se mantendría emocionalmente estable. Controlaría con equilibrio y de modo adaptativo, sus emociones y los sucesos (C: 8).

DOMINANCIA: Se supone en esta persona una tendencia a acomodarse a los demás, en determinados situaciones y ceder a sus deseos individuales. De esta manera, podría resultar alguien cooperativo y/o que preferiría evitar los conflictos (E: 5).

ANIMACION: El sujeto tendría una disposición a tomarse la vida seriamente; reprimiendo su espontaneidad y siendo cuidadoso ante los demás (F: 4).

ATENCION A LAS NORMAS: Se hipotetiza que esta persona habría interiorizado las normas culturales de lo correcto e incorrecto (superyo), que le permitirían controlar sus impulsos. Por este motivo, se reconocería como un sujeto atento a las reglas y valores morales; y que trataría de seguir algunas normas (G: 7).

ATREVIMIENTO: El examinado sería atrevido y se sentiría seguro en lo social. Capaz de iniciar nuevos contactos, estar en grupos, y emprender proyectos y aventuras (H: 9).

SENSIBILIDAD: Se supone que el sujeto tendría un enfoque más bien utilitario; mostrando poco sus sentimientos y atendiendo más a lo operativo de las cosas y al trabajo (I: 4).

VIGILANCIA: Se hipotetiza que esta persona podría confiar o mantener una actitud vigilante, dependiendo de la situación en la que se encuentre y el grado de compromiso emocional que se esté jugando (L: 6).

ABSTRACCIÓN: El sujeto dirigiría su atención y pensamiento a datos observables y a la realidad ambiental. Sería alguien práctico y realista, que buscaría soluciones para los problemas (M: 3).

PRIVACIDAD: Habría en el examinado una tendencia a la naturalidad y a mostrarse genuino (N: 4).

APRENSION: La persona estaría segura de sí, poco predispuesta a la aprensión o a sentimientos de inadecuación. Estaría confiado y autosatisfecho (O: 4).

APERTURA AL CAMBIO: Al examinado le atraería pensar en cómo mejorar las cosas, experimentar con ellas y analizarlas. Se orientaría a los nuevos modos de ver las cosas, con apertura (Q1: 7).

AUTOSUFICIENCIA: Se supone un sujeto individualista y autosuficiente, que preferiría estar solo y tomar decisiones por su cuenta. (Q2: 7).

PERFECCIONISMO: La persona querría hacer siempre las cosas bien. Para esto se organizaría, tendría disciplina, y planearía. Lo mencionado podría hacer que el examinado tuviera dificultades o no se sintiera a gusto en contextos desorganizados e impredecibles (Q3: 8).

TENSION: Es relativamente baja. Se hipotetiza que el sujeto tendería a sentirse relajado, tranquilo, y con paciencia; lo cual le permitiría tolerar mejor las frustraciones (Q4: 4).

ENTREVISTA SOBRE MEJORIAS EN EL TRATAMIENTO SUJETO EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO

Sujeto: XX1
Edad: 19
Etapa: Seguimiento

- ◆ ¿Observa usted fluctuaciones o variaciones anímicas en "XX1"?
Es estable. Tiene recursos de afrontamiento. Pasó de una psicopatía a ser una persona reflexiva.
Para mí fue un desafío terapéutico. Vino acá esposado y diciendo: "Yo a los psicólogos me los como". Me retrucaba todo. De entrada se aprendió las normas para usarlas a su beneficio. Si yo me ponía en el lugar del saber, el ya sabía lo que yo le decía o me ponía en el lugar de errado.
Tuvimos unos encontronazos terribles, y después; nada que ver. Me costó ponerme en un rol que le sirviera.
- ◆ ¿Piensa usted que "XX1" es una persona capaz de sobrellevar sin mayores consecuencias las decepciones, ansiedades y pérdidas? ¿Por qué?
Sí. A tenido bastantes pérdidas y decepciones. Ahora tiene capacidades para controlar sus impulsos. Visualiza los problemas y tolera las frustraciones.
- ◆ ¿Constata usted que "XX1" trabajó sus conflictos en los distintos dispositivos terapéuticos? ¿Tenía voluntad?
Sí, los trabajó bastante. Después del torbellino vino la calma. Lo hizo con voluntad.
- ◆ ¿Cree usted que "XX1" ha logrado una rutina saludable, y vínculos estables en lo afectivo y duraderas en el tiempo? ¿Piensa que "XX1" puede ponerse en el lugar de los otros, comprender, y confiar?
Logró una rutina saludable. Además es muy sociable. En realidad nunca a tenido problema para establecer vínculos; por lo contrario, hemos tenido que frenarlo un poco.
En el pasado, los vínculos que establecía eran muy conflictivos; el padre y la madre lo golpeaban. Una vez entró a robar a la casa de sus tíos. Robaba armado y todo.
Luego cambió; la madre lo perdonó y los tíos también. Además ahora tiene amigos.
- ◆ ¿Cómo era la predisposición e implicación de "XX1" cuando comenzó el tratamiento? ¿Cómo es ahora? ¿Percibe usted que la familia lo ha acompañado en el proceso?
Cuando llegó la predisposición era mala. Venía por su causa judicial y con historias de psicólogos. Según él: "Se los daba vuelta como una media".
La madre lo acompañó mucho. Los padres están separados. Tiene dos hermanos; una de las cuales consume.
La madre también hizo un proceso brillante; ella dice que hizo su propio tratamiento.
- ◆ ¿Cree usted que "XX1" podría evitar exponerse a situaciones de posible consumo o si se encontrara en ocasiones de peligro de consumir no lo haría? ¿Por qué piensa esto?
Sí, porque tiene recursos y se ha identificado con lo bueno de sí. Se dio cuenta que es un gasto el consumo y el quiere ser productivo minuto a minuto.
Busca siempre organizarse y sentirse seguro. Responde bien cuando los estímulos son claros. Antes racionalizaba más que ahora; compulsivamente. Yo trataba de hacerlo dudar.
- ◆ Teniendo en cuenta las actividades en las que "XX1" participó, ¿era capaz de concentrarse, recordar nombres y datos, coordinar y planificar?
Sí, es muy hábil y hacendoso. Tiene mucha destreza manual, práctica y en su cabeza.
- ◆ ¿De qué manera cree usted que reacciona "XX1" ante un problema que se le presenta en la vida cotidiana? ¿Y ante las prohibiciones o restricciones?
Cuando tiene un problema reacciona muy positivamente. No se tira abajo y genera nuevas alternativas. No se queda quieto.
Ante las prohibiciones; las acepta. Pero yo al principio temblaba, porque ya me lo veía venir. Me cuestionaba todo, hasta porque era malo que racionalizara. Yo le dije, que todo lo que uno no puede dejar de hacer ni cambiarlo; es malo.

♦ ¿Cree usted que "XX1" es coherente en sus conductas y en lo que dice? ¿Puede alcanzar metas coordinadas y elegidas racionalmente? ¿Puede reorganizarse ante los cambios?

Es demasiado coherente. Si hay estímulo la "maquinita" funciona bien. Además puede reorganizarse.

Es uno de los mejores procesos que hemos tenido por la contracara; como ha entrado y cómo salió.

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH – HOJA DE RESPUESTAS (NOVIEMBRE) –SUJETO EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO

Sujeto: XX2
Edad: 22
Sexo: M

Lámina Nro.	Posición	Respuesta	Interrogatorio	Modo de aprensión (Ap.)	Determinante (Det.)	Contenido (Cont.)	Frecuencia (F.)	Fenómenos especiales (F.E.)	Observación
I	a	Escarabajo con alas.		Ge	F+	A			
II	a	Una cara con la pera sangrando.		Gb	F+	Hd/Sangre			
III	c	Una mosca con un moño en la espalda.		D	Fcelab.	A/Obj.			
IV	a	Pieciticos de un enanito con cola. Es la parte de abajo y esos son los bolsillos del pantalón.		D	F+	(Hd)			
V	a	Murciélago visto desde arriba mientras está volando.		Ge	F+	A	P		
VI	a	Una alfombra de algún animal. Está en el piso. Esa es la cola.		Ge	F+	A			
VII	c	Un sillón roto. Le falta un pedazo. Roto porque está vacío al medio. Es un sillón antiguo. Así roto no es cómodo. No me gustan las cosas antiguas.	¿Qué tipo de sillón crees que es?	Gb	F+	Obj.		Deterloro	
VIII	a	Una mancha en la hoja. Es como una mancha de salsa, por lo rojo. En realidad tiene muchos ingredientes: carne... Puede ser sobre una carnisal.		GB	CF	Mancha			
IX		No le encuentro forma a nada (PASAN CINCO MINUTOS).							
X	a	Como un monstrito. Tiene dos arañas caminándoles por los hombros. Tiene una capa y esos son los ojos. Tiene un corpiño; puede que sea mujer.		B D	F+ F+	(H) A		Nivelación	Fracaso total

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH - PLANILLA DE COMPUTOS
SUJETO EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO

Sujeto: XX2
Edad: 22
Sexo: M

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	(+):
G	1	1		1	1	1	1	1			7	Inteligencia Media
D			2							1	3	(-):
Dd												R: 11
Do												T: +- 10 seg.
B										1	1	G%: 64%
B												D%: 27%
TOTAL											11	Dd%:
												B%: 9%
												Sumatoria Dd, Do, B, b%: 9%

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	TIPOS DE G:
F+	1	1		2	1	1	1			2	9	Gv:
F+ -												Ge: 4
F-												Gi:
FC												Gc:
CF								1			1	BG:
C												GB: 1
FK												Gb: 2
KF												D>G:
K												G Patol:
M												TIPOS Dd:
MFC												Dde:
MCF												Ddi:
MK												Ddd:
FC elav.			1								1	Ddr:
												Sucesión: ordenada.
												TIPOS DE M:
TOTAL											11	Ext:
F%:82				Cualidad de los sentimientos:								Flex:
F+ %:82				Positivos		Negativos						Otros:
R+ %:100												
Tipo de F: bien vista.				%3 Ult.: 33%		I. Af.: 0.3		Sumatoria K/Sum.C:				
Fo:	Fc+	Fc-:	Fv:	Tipo de claroscuro								
				A		B		M/C: 1.5				
N.B.: Las fórmulas que corresponden a Determinantes, llevan como denominador el TOTAL de Determinantes.												

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	Nº de CONTENIDOS:
H												H%: A%: 42% H+A: 42% Hd+Ad: 8% Indice de Angustia: 17% Variedad de contenidos (V): 50% Temas: P: 1 O(+): O(-): Indice de Realidad: 2
Hd		1									1	
(H)									1		1	
(Hd)				1							1	
A	1		1		1	1				1	5	
Ad												
(A)												
(Ad)												
Anat.												
Sexual												
Sangre		1									1	
Explosión												
Geog.												
Mancha								1			1	
Nat.												
Obj.			1				1				2	
Máscara												
Vestim.												
TOTAL											12	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	FENOMENOS ESPECIALES
Cr. Suj.												CHOQUES Color: Rojo: Azul: Vacío: Clarooscuro: Kinestésico: E.S.S.: Otros FE: Fracaso total: IX
Cr. Obj												
Desc.												
Desvit.												
Fabul.												
Mutilación												
"o"												
Reflejo							1				1	
Simetría												
Nivelación										1	1	
Citar Color												
Ref. Pers.												
Deterioro												
TOTAL											2	

FORMULAS DE LOS INDICES:

Indice de realidad: hombres (III) + murciélago o mariposa (V) + cuero de animal (VI) + animales laterales (VIII). Son las cuatro respuestas más frecuentes y suman 2 puntos si son dados como primer respuesta, sino 1 punto. Media: 5 a 7 (máx. 8).

Indice reactivo: $\frac{\text{respuestas de las últimas tres láminas}}{\text{respuestas de las siete primeras láminas}}$: (0.4 y 0.5)

Indice de angustia: $\frac{\text{Hd+Ad+Anat.+Sex+Sangre}}{\text{número de contenidos}} * 100$: más de un 20% indicaría "angustia"

PSICODIAGNOSTICO DE RORSCHACH - INFORME DESCRIPTIVO
SUJETO EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO

Sujeto: XX2
Edad: 22
Sexo: M

Rendimiento intelectual y modo de procesar la información

Como primer dato a destacar en este protocolo, se considera que si bien el número de respuestas sería bajo (R: 11); las mismas estarían bien elaboradas y se trataría de un sujeto con una buena inteligencia media (G: 7 y O+: 1). Por otra parte, el pensamiento de esta persona funcionaría con estabilidad y fluidez, por la posibilidad de disponer de algunos automatismos (A%: 33).

Se hipotetiza que la disminución en las repuestas podría deberse a una represión neurótica o inhibición depresiva del pensamiento.

Ante las tareas cotidianas, se supone que el examinado utilizaría un enfoque de visión en conjunto, con amplitud de miras y capacidades para planificar las acciones futuras (G%: 64). Por otra parte, habría en esta persona la posibilidad de acceder a un pensamiento práctico y concreto; en determinadas situaciones (D%: 27).

Se supone en el sujeto cierto grado de flexibilidad, como habilidad para reestructurar el campo perceptual y autonomía en el pensamiento (B: 1); que tendría además disciplina y una lógica flexible que le permitiría libertad imaginativa (Sucesión: ordenada).

Habría en el adolescente una disposición a mantenerse en un plano de suficiente racionalidad y objetividad (F%: 82); lo cual también implicaría que la persona dispone de recursos internos. También se podría suponer que el examinado tiene buena atención, exactitud de observación, recuerdos nítidos y capacidad de evocación, juicio crítico de realidad y capacidades para no verse perturbado por afectos y conflictos (F+%: 82). Las funciones yoicas del examinado estarían en muy buen estado (R+%: 100).

Se hipotetiza en este protocolo una represión de las fantasías (Represión de las M por tratarse de un sujeto con inteligencia media), por temor a las mismas, que llevarían al sujeto a defenderse con cierta rigidez. Por otra parte, la persona presentaría apertura a la diversidad de intereses, nivel cultural y conocimientos generales (Variedad de contenidos: 50); lo que podría hacer que su atención se disperse un poco, en determinados momentos.

Reactividad afectiva

Se supone que en ciertas situaciones la fuerza del impulso podría imponerse sobre el control racional; dando como resultado la posibilidad de una reacción afectiva más intensa, menos estable, y más inmadura (CF: 1).

Por otra parte, siguiendo a E. Bohm (1977; citado por Mirotti, 2001), se hipotetiza que el yo del sujeto tendría la fortaleza de frenar reacciones impulsivas; que las mismas sean moderadas racionalmente, adecuadas y sin perder la estabilidad en el pensamiento (FC elaborado: 1). Además, esta persona sería capaz de disponer con amplitud del conjunto de los elementos implicados en la situación; lo que le permitiría evaluar mejor las consecuencias y adaptar sus objetivos (G%: 64).

Desarrollo de la ideación

Como ya se mencionó con anterioridad, se supone que el examinado (Represión de las M por tratarse de un sujeto con inteligencia media) se defendería de un modo bastante formal y rígido, de sus fantasías por temor a ellas. De esta manera, la creatividad del sujeto podría quedar acotada o dificultada.

Monto y manejo de la ansiedad. Los estados de ánimo.

En cuanto al monto de ansiedad del sujeto, la misma sería relativamente baja (Índice de angustia: 9 y Mancha: 1).

Además, se trataría de un sujeto con capacidades para mantener la ansiedad y manejarla adecuadamente frente a la irrupción de los impulsos (Tiempo de reacción: +- 10 seg.).

Se hipotetiza que las ansiedades podrían aumentar, si se expone al sujeto ante sus fantasías (Represión de las M) o si surgen conflictos relacionados con los contactos profundos (H%: 0); especialmente ligados a sensaciones de culpa (Sangre: 1).

Modalidad de contacto social

Se supone en el adolescente una tendencia introtensiva (I.Af.: 0.3 y F%: 82) e infantil en su modo de relacionarse (Objetos: 2). Si bien el examinado dispondría de medios para generar amplios y ricos contactos (Variedad de intereses: 50%); habrían perturbaciones en las relaciones y dificultades para el contacto profundo con los demás. Esto podría deberse a una hostilidad generalizada (Ausencia del contenido H) o a algún tipo de disconformidad, por parte del sujeto con algo propio que podría proyectarse en el medio; pero aparentemente resultaría una persona conciliadora y que disimula su oposición (GB: 1). Además, se le sumaría a las ya mencionadas tendencias del sujeto, un monto de inseguridad (Gb: 2).

Autoestima

Se hipotetiza que la autoestima del examinado podría verse influida por sentimientos de desvalorización de sí mismo; aunque aparentemente se lo perciba como una persona muy segura de sí (Reflejo: 1). Habría un monto inseguridad en esta persona (Gb: 2) y necesidad de apoyo (Simetría: 1).

Factores de conflicto

No se evidenciaron en la prueba factores de conflicto en el examinado.

Se quiere mencionar que se generó una reacción estupefactiva en la lámina IX, que llevó al sujeto a un fracaso total. Sin embargo, en esta lámina son frecuentes los fracasos, que indicarían bloqueo y represión, de características francamente neuróticas.

Si se hipotetiza sobre la valencia temática de la lámina IX, se acentuaría el supuesto que el examinado tendría dificultades en los afectos que se dan en los vínculos profundos debido a tendencias dependientes (Objeto: 2, Simetría: 1 y "Lo antiguo" de la lámina VII como "fijaciones infantiles según E. Bohm").

Considerando lo analizado, se podría decir que el adolescente tendría rasgos predominantemente neuróticos, con fuertes represiones y marcada ambivalencia interna para establecer vínculos. Se supone una inhibición depresiva del pensamiento asociada a sentimientos de desvalorización, y la utilización de algunos mecanismos obsesivos (en especial, la formación reactiva).

INTERPRETACION DEL 16 PF-5 –SUJETO EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO

Sujeto: XX2

Edad: 22

Sexo: M

Estilos de respuestas

Se supone que el examinado tendría deseos de admitir rasgos o conductas socialmente no deseables (MI: 1). Por otra parte, habría en este sujeto una tendencia a acordar con la autoridad; lo que podría o no contradecirse con lo anterior, o resultar como una forma de lograr aprobación (AQ: 7).

Dimensiones globales

Se hipotetiza que el adolescente sería una persona introvertida (Ext: 3), que dedicaría más tiempo a estar con él mismo que con los demás; especialmente si se considera que se trataría de un sujeto serio y cuidadoso (F: 2), tímido y cohibido (H: 4), discreto y que no se abre fácilmente ante los demás (N: 4). En síntesis se podría decir que esta persona sería poco sociable.

Por otra parte, la introversión se vincularía también con independencia de pensamiento y una tendencia a deliberar.

Se supone que el sujeto podría tener aptitudes de receptividad o una mentalidad más bien dura (Dur: 6), dependiendo de la situación en la que se encuentre. Se tiene en cuenta una tendencia a la receptividad, especialmente por el alto grado de abstracción (M: 8) y sensibilidad del examinado (I: 7).

Además, el adolescente presentaría un monto de ansiedad elevado (Ans: 9); la cual podría surgir como una respuesta a sucesos externos o generarse internamente. Se supone que las personas ansiosas experimentan en mayor medida afectos negativos; por lo que el sujeto podría tener dificultades para controlar sus emociones y actuar con conductas contraproducentes. La ansiedad del examinado se asociaría a inseguridad y preocupación (O: 10), inestabilidad emocional (C: 1), y precaución (L: 7)

Por otra parte, se trataría de un sujeto acomodativo que tendería a no cuestionar lo que encuentra, y la opinión de los demás, influiría en la formación sus de opiniones y en la estructuración de su conducta (Ind: 3). Se trataría de una persona deferente y que evita los conflictos (E: 4), tímido (H: 4), desconfiado (L: 7), y que prefiere lo tradicional (Q1: 3).

Teniendo en cuenta los deseos o urgencias, habría en el examinado una tendencia a actuar los mismos (AuC: 2). El monto de desinhibición del sujeto se vincularía al grado de inconformismo (G: 4), abstracción (M: 8), y la tolerancia al desorden (Q3: 3).

Escalas primarias

Si se hace una apreciación holística y tentativa del perfil del examinado se destaca una marcada tendencia al pensamiento concreto (B: 1), inestabilidad emocional (C: 1), seriedad (F: 2), capacidad de abstracción (M: 8), inseguridad (O: 10), preferencia por lo tradicional (Q1: 3), autosuficiencia (Q2: 8), y tolerancia al desorden y a las faltas (Q3: 3).

AFIABILIDAD: El examinado podría resultar impersonal y distante, o afable y atento a los demás, dependiendo de la situación en la cual se encuentre (A: 6).

TEORICIDAD: Se destacaría en esta persona una tendencia al pensamiento concreto (B: 1).

ESTABILIDAD: Se hipotetiza que el sujeto sería emocionalmente cambiante y reactivo en relación con el afrontamiento de los problemas de la vida cotidiana y sus retos (C: 1).

DOMINANCIA: Habría en el examinado una tendencia a mostrarse deferente y cooperativo. Se supone que se adaptaría a los deseos de los demás; lo cual podría ser una forma de evitar los conflictos (E: 4).

ANIMACION: Se hipotetiza que el examinado tendería a tomarse la vida seriamente, siendo más bien callado y cuidadoso ante los demás (F: 2).

ATENCION A LAS NORMAS: En cuanto a las normas culturales, habría en esta persona una tendencia inconformista e indulgente (G: 4).

ATREVIMIENTO: Se trataría de una persona, que en general, es socialmente tímida y le resultaría difícil exponerse ante un grupo de gente. Sería más bien un sujeto cauto y vergonzoso; tal vez por falta de autoestima (H: 4).

SENSIBILIDAD: El examinado tendería a basar sus juicios y gustos personales en valores. Se apoyaría en los aspectos subjetivos de las situaciones, en la empatía y en la sensibilidad (I: 7).

VIGILANCIA: Se supone en el examinado una tendencia a desconfiar y a mantenerse atento ante las intenciones de los demás. Sin embargo, considerando que la puntuación no es extrema, este individuo podría relajar la vigilancia en determinados momentos (L: 7).

ABSTRACCIÓN: Esta persona estaría más orientada a los procesos mentales e ideas, que a los aspectos prácticos. Se hipotetiza que el énfasis en el pensamiento podría favorecer a la tendencia introvertida del sujeto (M: 8).

PRIVACIDAD: El examinado tendería a mostrarse tal cual es, con naturalidad y de forma genuina (N: 4).

APRENSION: Se trataría de una persona muy preocupada por las cosas y que posee sentimientos de inseguridad. Se hipotetiza que por este motivo el sujeto presentaría una imagen social tan pobre y negativa de sí mismo (MI: 1). Como aspectos positivos de esta actitud aprensiva se destaca la posibilidad de anticipar peligros y pensar en las consecuencias de las acciones (O: 10).

APERTURA AL CAMBIO: El adolescente preferiría los modos tradicionales y conocidos de hacer las cosas. La tendencia hacia lo predecible y familiar, podría deberse a una necesidad de esta persona, de experimentar seguridad (Q1: 3).

AUTOSUFICIENCIA: Se supone un sujeto autosuficiente, que preferiría estar solo y tomar las decisiones por su cuenta (Q2: 8).

PERFECCIONISMO: El examinado se sentiría más comfortable en una situación sin mucho orden, lo que implicaría aptitudes de flexibilidad y tolerancia a la desorganización (Q3: 3).

TENSION: Se hipotetiza que este sujeto suele sentirse relajado y tranquilo. Se trataría de una persona paciente y que no se frustraría con rapidez (Q4: 4).

ENTREVISTA SOBRE MEJORIAS EN EL TRATAMIENTO SUJETO EN LA ETAPA DE SEGUIMIENTO

Sujeto: XX2
Edad: 22
Etapa: Seguimiento

- ◆ ¿Observa usted fluctuaciones o variaciones anímicas en "XX2"?
Es medio inestable. Ahora ha llegado a una estabilidad. Es depresivo y hace como ondas; está bien o mal. Lo que tratamos de hacer con él fue estirar las ondas y achatarlas. Tiene sus crisis, pero más esporádicamente que antes.
- ◆ ¿Piensa usted que "XX2" es una persona capaz de sobrellevar sin mayores consecuencias las decepciones, ansiedades y pérdidas? ¿Por qué?
Sí, depende de que punto de su ciclo bipolar lo agarre. Maneja bien los impulsos y tolera las frustraciones. Ha pasado por muchas frustraciones: en reinserción, en la escuela, en el trabajo... Ahora no se tira tan a la ruina.
- ◆ ¿Constata usted que "XX2" trabajó sus conflictos en los distintos dispositivos terapéuticos? ¿Tenía voluntad?
Trabajaba con voluntad. Motivado por el mismo y empujado por la madre.
La madre lo acompañó mucho.
- ◆ ¿Cree usted que "XX2" ha logrado una rutina saludable, y vínculos estables en lo afectivo y duraderas en el tiempo? ¿Piensa que "XX2" puede ponerse en el lugar de los otros, comprender, y confiar?
Logró una rutina saludable. Viene a trabajar acá dos veces por semana mientras busca trabajo en otro lado.
En cuanto a los vínculos; escasos. Es una problemática en él. No tiene facilidad para generar vínculos. Los amigos que tenía de la infancia los dejó de frecuentar; y se perdieron.
Lo que sí ha tenido es muchas novias; que las cambiaba cada dos meses. Pero con todas se repetía la misma relación que tiene con la madre.
- ◆ ¿Qué tipo de relación tiene con la madre?
Muy estrecha; con mucha empatía y conexión. Si la madre está mal, él se pone mal; y viceversa.
Tiene un hermano menor que vive con ellos dos.
El padre tiene otra familia y siempre se mantuvo distante y ausente. "XX2" intentó acercarse un par de veces a su padre; de hecho va los fines de semana a verlo. Pero se mantiene distante y no le perdona los errores; el padre consumía alcohol.
- ◆ ¿Cómo era la predisposición e implicación de "XX2" cuando comenzó el tratamiento? ¿Cómo es ahora? ¿Percibe usted que la familia lo ha acompañado en el proceso?
Buena, porque ha venido asumiendo la problemática. Logró involucrarse y tomar conciencia de su problema.
Sólo hubo que mantenerle esa buena disposición.
La madre lo acompañó bastante. Fue un punto básico y un buen referente en el grupo de padres, porque era muy reflexiva. El padre no se borró y vino a un par de reuniones.
El padre es depresivo y la madre tiene fuertes procesos de angustia que se los transmite a "XX2".
- ◆ ¿Cree usted que "XX2" podría evitar exponerse a situaciones de posible consumo o si se encontrara en ocasiones de peligro de consumir no lo haría? ¿Por qué piensa esto?
Sí. A tenido pocas recaídas después de dado el alta.
- ◆ ¿Cuánto tiempo hace que fue dado de alta?
Más de tres meses seguro. Creo que se mantiene sin consumir por cuestiones identificatorias que logró en el tratamiento. El antes creía que era una ruina y lánguido; por cuestiones melancólicas quería volver a ser como antes. Ahora se puede proyectar de una manera más activa y responsable. Esto lo sostendría con la capacidad de decidir; aunque no sé hasta que punto.
- ◆ Teniendo en cuenta las actividades en las que "XX2" participó, ¿era capaz de concentrarse, recordar nombres y datos, coordinar y planificar?

Sí, puede hacer todas esas cosas.

♦ ¿De qué manera cree usted que reacciona "XX2" ante un problema que se le presenta en la vida cotidiana?
¿Y ante las prohibiciones o restricciones?

Se desvanece anímicamente. Se tira abajo. En lo conductual se vuelve poco expresivo. Se ensimisma, se encierra y se aísla. Se desestabiliza.

A las prohibiciones las tolera. Se pone un poquito reactivo, pero termina aceptando las prohibiciones.

♦ ¿Cree usted que "XX2" es coherente en sus conductas y en lo que dice? ¿Puede alcanzar metas coordinadas y elegidas racionalmente? ¿Puede reorganizarse ante los cambios?

Sí, es coherente.

Tiene dificultad para plantearse metas. Tiende al estancamiento, no avanza, y yo creo que el trabajo acá es una palanca.

De a poco se a podido organizar. Igualmente los cambios bruscos lo desestabilizan. Hasta una mudanza lo desestabiliza. El pasó toda su vida de mudanza en mudanza, por eso también le costó mantener los amigos.

♦ En un momento me habló de bipolaridad, ¿eso es un diagnóstico?

Presuntivo. De nosotros acá. No lo dijo ningún psiquiatra. Tiene esos altibajos, y por eso está medicado.