



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

**Apego, ausencia paterna, psicopatología y abuso de sustancias. Diseño de intervención
psicoterapéutica en adolescentes.**

TESIS

Para obtener el Grado de Maestro (a) en Psicología

PRESENTA

Nancy Laura Curiel Martínez

Director de Tesis:

Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail

Comité Tutorial

- Mtra. Iliana Murguía Álvarez-Rubio
- Dr. Guillermo Delahanty Matuk
- Dra. Bruma Palacios Hernández
- Dr. Gabriel Dorantes Argandar

Noviembre 2018

AGRADECIMIENTOS

A la Facultad de Psicología de la UAEM, por enseñarme la más valiosa lección, el aprender a escuchar a los demás y a mí misma.

A mi directora de tesis, la Mtra. Luz Ximena Ramírez Bassail, porque sin su apoyo, comprensión y guía no hubiera podido realizar este proyecto.

A mi Comité Tutorial, por su tiempo, sus observaciones y dedicación que alimentaron este trabajo y me hicieron crecer como profesionista.

A los directores del Centro de Rehabilitación, la Sra. Nohemí y el Sr. Guillermo, por abrirme las puertas a su institución y permitirme aprender de tan noble misión.

DEDICATORIAS

Dedico esta tesis a Dios, porque este logro, como todo en mi vida se lo debo a Él, por iluminarme y guiarme en tan ardua tarea y por bendecirme hoy como siempre.

A Samuel, mi bebé, porque este logro no es solo para ti, es por ti, por acompañarme en clases, ser paciente y comprensivo y sobre todo por tu sonrisa que es la luz que me impulsa día con día.

A Daniel, mi esposo, mi fuerza, mi mejor amigo, porque sin tu amor y tus palabras de aliento no hubiera sido capaz de terminar este proyecto, ni muchos otros en los que siempre me has apoyado, gracias por creer en mí.

A mi Mamá, te agradezco por el amor y cariño con el que me impulsas a ser mejor persona y porque sé que sacrificaste tus propios sueños porque yo y mis hermanos cumpliéramos los nuestros. Eres mi ejemplo de vida y espero que con mi profesión pueda ayudar dignamente a otros, como tú siempre lo haces.

A mi Papá, te dedico esta tesis porque aprendí de ti a esforzarme sin rendirme, a preguntar por todo y a encontrar por mi misma las respuestas. Sobre todo te agradezco el estar aquí para mí.

A Alan, te agradezco tu cariño, comprensión y las locuras que hacemos juntos, aunque eres el menor siempre aprendo de ti.

A Vany, gracias porque desde pequeña has estado cuidándome, aun cuando significaba recibir regaños por mí. Y gracias por recordarme guardar el trabajo.

A Bonnie, mi ahijada, mi niña, eres hoy y serás siempre mi constante fuente de inspiración.

A Armando, gracias porque te considero un verdadero hermano por el apoyo que nos da a mí y a mi familia.

A mi tía Rosy, mi madrina, le dedico esta tesis por todas las ocasiones en que ha estado para mí, apoyándome y alentándome, y sobre todo por enseñarme a afrontar la vida siempre con alegría.

A mi tía Mine, le agradezco por cuidar de mi y de mis hermanos con el mismo cariño y paciencia que solo una madre hace.

A mi abuelito José, porque este logro es suyo por inspirarme siempre y por alentarme con sus sabias palabras para no rendirme nunca.

A mi abuelita Vely, porque sé que desde el cielo está observando, ojalá sonriendo. Este logro es también suyo, porque con su forma de ser me enseñó a ver siempre primero lo bueno en los demás.

Finalmente, pero no menos importante, dedico esta tesis a los participantes de este estudio, porque sin ellos no hubiera sido posible. Espero haber sabido corresponder a la confianza que me depositaron.

ÍNDICE

I. RESUMEN	6
II. INTRODUCCIÓN	7
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
IV. OBJETIVOS	14
V. JUSTIFICACIÓN	15
VI. MARCO TEÓRICO	18
Capítulo 1. Apego	18
1.1. Estilos de apego	20
1.2. Apego a los padres	26
1.3 Apego y desarrollo de la personalidad	29
Capítulo 2. El papel del padre	37
2.1 Antecedentes	37
2.2. Estructura y funciones de la familia	39
2.3 Funciones del padre	44
2.4. Padre en el contexto mexicano	52
2.5 Implicaciones de la ausencia paterna	54
Capítulo 3. Adolescencia y consumo de sustancias	57
3.1. Síndrome de la adolescencia normal	57
3.2. Consumo de sustancias en adolescencia	59
3.3. Conceptos fundamentales	61
3.4. Factores familiares de riesgo y protección	67
Capítulo 4. Consumo de sustancias y ausencia paterna, apego y psicopatología	71
4.1 Ausencia paterna y consumo de sustancias	71
4.2 Estilos de apego y consumo de sustancias	74
4.3 Psicopatología y consumo de sustancias	77
4.3.1 Concepción psicoanalítica clásica	78
4.3.2 Elementos psicodinámicos	80
4.3.3 Defectos nucleares en la personalidad	83
4.3.3.1 Autorregulación emocional	85
4.3.3.2 Control de impulsos	87
4.3.3.3 Sentimiento de mismidad (self)	90
4.3.4 Psicodinamia familiar	91
Capítulo 5. Psicoterapia de orientación psicoanalítica en el abordaje del consumo de sustancias	94
5.1 Psicoterapias de orientación psicoanalítica	102
5.2 Psicoterapia breve psicodinámica en adicciones	103
5.3 Recursos técnicos de las psicoterapias psicodinámicas	110
VII. MÉTODO	113
1. Diseño de la investigación	113
2. Definiciones operacionales	113
3. Escenario	115
4. Participantes	115
5. Procedimiento	116
6. Técnicas e instrumentos	118
6.1. Entrevista semiestructurada	119
6.2. Cuestionario de Estilos de Apego	120
6.3. Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes	122

7. Análisis de la información	124
8. Aspectos éticos	125
VIII. RESULTADOS	126
1. Análisis de historia de consumo y percepción del padre	126
1.1. Resumen clínico individual	126
1.2. Análisis de categorías	135
2. Análisis del estilo de apego	149
3. Análisis de la psicopatología	152
4. Análisis psicodinámico	159
5. Diseño de intervención	166
IX. DISCUSIÓN	168
X. CONCLUSIONES	178
XI. REFERENCIAS	181
XII. ANEXOS	196
1. Cronograma	196
2. Guion de Entrevista Semiestructurada	197
3. Cuestionario de Estilos de Apego	198
4. Carta de Consentimiento Informado Parental	200
5. Carta de Asentimiento Informado	202
6. Resumen clínico individual	203
7. Perfil psicopatológico individual MMPI-A	220
8. Programa de sesiones de la intervención	237

I. RESUMEN

El consumo de sustancias psicotrópicas es un fenómeno complejo multicausal. La teoría propone como punto de investigación la familia, estructuradora de la personalidad, así como del apego (Bowlby, 1967), lo cual podría explicar, mediante un enfoque psicodinámico, la adherencia al consumo. El objetivo del presente trabajo es: Diseñar una intervención psicoterapéutica de corte psicodinámico focalizada en la atención del consumo de sustancias y su relación con la percepción del padre, el estilo de apego y la psicopatología en los adolescentes. Es un estudio cualitativo-fenomenológico, descriptivo y transversal, con una muestra de 10 adolescentes de 15 a 17 años (5 mujeres, 5 hombres). Los instrumentos y técnicas utilizados son la Entrevista semiestructurada, el Cuestionario de Estilos de Apego (Ahumada, Arango de Montis y González, 2011) y el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes.

Los principales resultados indican que el estilo de apego predominante en los adolescentes es el inseguro evitativo. En la personalidad, se encontraron rasgos psicopáticos manifestados principalmente en falta de control de impulsos. Sobre la percepción de ausencia paterna se encontró mayores características negativas para describir al padre, sentimientos ambivalentes hacia él y ausencia simbólica, es decir, el padre no ejerce sus principales funciones (provisión económica, protección, autoridad), o si lo ejerce lo hace de manera inconsistente y violenta.

En conclusión, se determinó que los participantes recurren a la droga porque le atribuyen la capacidad de anesthesiarse de las situaciones displacenteras y de afectos que no toleran, y porque la consideran una fuente mágica de omnipotencia que les posibilita realizar todo aquello que sus propios recursos no les permiten, aun cuando solo sea de manera temporal e ilusoria. Por lo tanto, una intervención psicodinámica, mediante la escucha activa, empática y focalizada, permite arribar a la experiencia emocional correctiva, de tal manera que los adolescentes realicen cambios significativos.

Palabras clave: Apego, ausencia paterna, psicopatología, sustancias.

II. INTRODUCCIÓN

El fenómeno del consumo y abuso de sustancias es un problema de salud en donde los adolescentes han sido identificados como población vulnerable, así mismo ha sido teorizado como complejo y multicausal. Sin embargo, diferentes autores plantean la posibilidad de estudiar esta problemática desde la familia, ya que una de las funciones principales de esta institución es el brindar los recursos psíquicos necesarios a los hijos para que sean capaces de enfrentarse al mundo, es decir, es estructuradora de la personalidad del sujeto. Así mismo, la teoría del apego propone que es al interior de la familia, en los lazos que se forman con las principales figuras, madre y padre, que establecemos los mecanismos y patrones mentales que nos ayudan a interactuar con los otros y con nosotros mismos.

Entonces partiendo de la familia como punto de investigación, estructuradora de la personalidad, así como del apego, podemos explorar la conformación de una de las conductas de riesgo más frecuente en la actualidad durante la etapa de la adolescencia: el consumo abusivo de sustancias. Para ello, se parte de una de las perspectivas de la psicología clínica, la intervención psicodinámica, así, de acuerdo con este marco teórico se puede explorar la adherencia de los adolescentes al consumo de drogas. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es: Diseñar una intervención psicoterapéutica de corte psicodinámico focalizada en la atención del consumo de sustancias y su relación con la percepción del padre, el estilo de apego y la psicopatología en los adolescentes.

Para ello se estructuró el trabajo partiendo del planteamiento del problema, en donde se ofrece un marco contextual a nuestro objeto de estudio y se presentan los antecedentes del mismo. En seguida se establecen los objetivos a desarrollar y la justificación de la investigación. Posteriormente se presenta el marco teórico que sustenta la investigación en 5 capítulos, en el primero se reseña la teoría del apego y su relación con el desarrollo de la personalidad; en el segundo capítulo se describe el papel y las funciones del padre en el contexto mexicano, así como las implicaciones de su ausencia en los hijos; en el tercero se aborda el consumo de sustancias como conducta de riesgo en la adolescencia; en el cuarto capítulo se

interrelacionan las variables de estudio con el consumo de sustancias; y en el último capítulo se brinda una aproximación al abordaje del consumo de sustancias desde el enfoque psicodinámico.

En el apartado del método se describe el diseño de la investigación, se definen las variables, se describe el escenario y los participantes, se resume el procedimiento que se siguió durante la investigación, se detallan las técnicas e instrumentos utilizados, se presenta el proceso del análisis de la información y finalmente se refieren los principios éticos que rigen a la investigación. En seguida se presentan los resultados obtenidos: en primer lugar, el análisis de la historia de consumo y percepción de la ausencia paterna; en segundo lugar, se presenta el análisis del estilo de apego; en tercer lugar el análisis de la psicopatología; en cuarto lugar el análisis psicodinámico; y posteriormente el diseño de la intervención. Finalmente se detallan las referencias utilizadas y los anexos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las problemáticas que se observa en la sociedad actual es el incremento del uso y abuso de sustancias. Fenómeno que expresa su magnitud tanto en las repercusiones significativas en la vida de los consumidores en detrimento de su salud física y emocional, como en las consecuencias sociales que conlleva. Además las estadísticas, tanto mundiales como nacionales, informan que el consumo cada vez inicia a edades más tempranas, presentándose la adolescencia como una etapa vulnerable al abuso de sustancias.

Este fenómeno ha sido teorizado como multicausal, razón que complejiza su estudio y más aún su abordaje, sin embargo, diversos autores coinciden al sostener que la familia, es el punto de análisis crucial, pues es “el primer entorno social en el que se desenvuelve la vida de un individuo, el primer órgano de modelado, de aprendizaje y socialización” (Barca, Otero, Mirón, y Santórum, 1986, p. 103).

Se ubica entonces como foco central a la familia como estructuradora del individuo. Al respecto se han investigado los mecanismos de la vida familiar que podrían estar asociados al consumo de drogas en el adolescente. Barca, Otero, Mirón y Santórum (1986) encontraron tres elementos: a) el que los padres consuman drogas puede favorecer el consumo en el hijo, b) patrones de disciplina inconsistentes e inadecuados y, c) la ausencia de relaciones afectivas entre padres e hijos. Este último elemento identificado por los autores es de especial atención, porque al afirmar que los vínculos dentro de la familia funcionan como protectores o desencadenantes de conductas de riesgo, es necesario indagar tal vinculación.

Se requiere explorar la dinámica familiar para profundizar en el análisis del consumo de las sustancias en la adolescencia. Sin embargo, para ello se debe abordar desde diferentes perspectivas para poder comprender el fenómeno. Una de las teorías que nos explica la importancia de los padres en el proceso de vinculación y el sano desarrollo de los hijos es la teoría del apego. Bowlby (1967), introdujo el concepto de apego para formular la teoría según la cual el apego es esencial para el desarrollo sano del

individuo. De acuerdo con él, el primer vínculo que establece el niño con su cuidador principal es fundamental, ya que consiste en un sistema motivacional cuya finalidad implica la supervivencia del bebé en situaciones amenazantes a través del mantenimiento de la proximidad entre los padres y el bebé.

Funcionaría a través de las necesidades, no solo biológicas, sino emocionales, satisfechas por una serie de repetidas experiencias con sus figuras de apego, mediante las cuales los hijos desarrollan expectativas que se convierten en “modelos operantes”, es decir, representaciones mentales capaces de integrar experiencias pasadas y presentes (De Lucas Taracena y Montañés, 2006). Ante tal forma de actuar de las figuras de apego el niño aprende a reaccionar, y esto se convierte en un modelo, y tal modelo se va a integrar a la personalidad del niño, dándole un prototipo que reproducirá en futuras relaciones sociales, tanto en la adolescencia como en la adultez. Es decir, la forma en que se relacionan con sí mismos y con otros, la cual depende del tipo de interacción que el individuo estableció con los padres o cuidador principal.

En México, por factores culturales, el cuidador principal suele ser la madre. La madre es el primer agente de socialización del bebé, es la figura principalmente responsable de brindar al bebé lo necesario para su supervivencia y es la figura primordial de apego, es decir, de la relación que sostenga con el bebé éste formará estructuras cognitivas relacionales que reproducirá a lo largo de sus vidas con las otras figuras significativas (Bowlby, 1969).

Sin embargo, en los últimos años se ha prestado especial atención a la relación que el bebé establece con el padre, ya que algunos autores sostienen que ambas figuras brindan al niño habilidades necesarias para su sana vinculación con los otros, y estos aportes son diferentes en cuanto su condición de género. Ejemplo de esto, son los aportes de Medina y Polaino-Lorente (1997), quienes indican que de la vinculación establecida con el padre se derivan algunas habilidades necesarias en la socialización con los iguales y la interacción con el mundo, a diferencia de la interacción con la madre que determina elementos egosintónicos del niño y el ajuste dentro de la familia. Sin embargo, estas observaciones aún son

incipientes, se requiere de mayores investigaciones que nos permitan identificar qué es lo que el hijo obtiene específicamente de su vinculación con el padre.

Es decir, que el factor apego, es una estructura mental relacional que se conforma en los primeros años de vida a través de la vinculación con la madre y padre y que va a reproducirse con las demás figuras significativas a lo largo de su adolescencia, y de la adultez. Por ello el tema que nos ocupa es comprender qué tipo de apego establecen los adolescentes que presentan un consumo de sustancias.

En la literatura existente sobre el desarrollo de conductas de riesgo como las adicciones, este elemento, el apego, ha sido explorado como uno de los factores de riesgo y/o protección para el consumo de sustancias en la adolescencia. Existen diferentes formas de relacionarse con los demás que se determinan por la visión que se tiene de sí mismo y la visión que se tiene de los otros, de acuerdo a nuestro esquema vincular desarrollado: apego. De acuerdo con las manifestaciones conductuales que implica cada forma vincular, diferentes autores han descrito los distintos estilos de apego a saber (Ainsworth, 1978).

Becoña, Fernández del Río y Fernández-Hermida (2014) realizaron una revisión de los estudios de los últimos 30 años que indagan la relación existente entre poseer cierto estilo de apego y el consumo de sustancias. Estos autores encontraron que en general el apego seguro actúa como factor de protección frente al consumo de drogas.

Otra perspectiva sobre la familia y el desarrollo de adicciones que es necesario explorar es la perspectiva psicodinámica, ya que diferentes autores han determinado cuáles son las características que comparten las familias con miembros con conductas adictivas. Kalina (2000) denomina a estas familias como “psicotóxicas”, en el sentido de que sus características condicionan el desarrollo de una adicción en uno o varios de sus miembros.

Según Kalina (2000), la familia psicotóxica se constituye con base en un pacto que encubre una mentira, un engaño, una ilusión, en donde el padre se coloca como un “dador universal” y la madre como “receptora”, lo cual conforma una unión narcisista incapaz de sostenerse, ya que el padre por sus características débil, en realidad exige ser satisfecho, y la madre tiende a asumir el rol de dadora, por lo que, al verse amenazada la relación de los padres se constituye un pacto perverso, el sacrificar al hijo para solventar los cambios en los roles adquiridos, otorgan al hijo la cualidad de omnipotente, sin límites, impulsándolo a las conductas autodestructivas.

Otras investigaciones han partido de los cambios que se han generado en la estructura social de la familia, incrementándose las familias monoparentales. Ya que, el cuidador principal de los hijos suele ser la madre, ya que la ausencia del padre se delinea como una realidad imperante en México (Ramírez, 1977). Por lo que se ha asociado estadísticamente el abuso de sustancias con la ausencia del padre (Miranda, 2012; Pernalet, 2013). Dicho suceso ha sido identificado por Montilla y Vilorio (2011), ya que encontraron ausencia, insuficiencia o inadecuación de figuras paternas a lo largo de la vida de sujetos con dependencia a sustancias.

Específicamente en México, Sánchez (s.f.) realizó un estudio con adultos varones adictos, en el cual encontró que solo la mitad de ellos se criaron con su padre biológico en la infancia y la tercera parte en la adolescencia. Por otra parte, Sánchez, Guisa, Cedillo y Pascual (2002), realizaron un estudio cualitativo, sobre la percepción del padre en un grupo de hombres consumidores de sustancias y un grupo de hombres no consumidores. Los hallazgos mostraron que los no usuarios tienen una percepción del padre básicamente positiva, mientras que los usuarios enfatizaron características negativas.

Finalmente, se requiere considerar que la familia es estructuradora de la personalidad de los individuos (Bellak, 1983), dado que el ambiente, las características y las diferentes situaciones que se enfrentan al interior de la familia pueden tener una influencia en la conformación de la personalidad del paciente. Así como las desavenencias pueden generar un factor nocivo, constituyéndose en psicopatología.

Lo cual es relevante porque la investigación marca que la mayor parte de los sujetos que presentan consumo de drogas cumplen criterios psicopatológicos (Sánchez, Tomás, Climent, 1999). De igual manera Torres (2007) indica que la patología más prevalente, en primer lugar ubica a la psicopatología caracterizada por el pobre control de impulsos y en segundo lugar coloca a los trastornos de tipo esquizotípico.

En síntesis, el fenómeno del consumo de sustancias ha sido explicado desde diferentes perspectivas, pero es de nuestro interés aquellas que retoman a la familia como estructuradora del individuo, tales como la teoría del apego que enfatiza la relación vincular con los cuidadores principales, así como la psicodinámica que explica la importancia de la familia en la constitución psíquica y de la personalidad. Por ello, se requiere partir precisamente, del análisis de estos componentes, tanto el estilo de apego, la percepción del padre y la psicopatología presente en los adolescentes para poder llevar a cabo un abordaje del consumo de sustancias.

Por lo tanto, el presente proyecto pretende responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué elementos se deben considerar en el diseño de una intervención psicoterapéutica de corte psicodinámico focalizada en la atención del consumo de sustancias y su relación con la percepción del padre, el estilo de apego y la psicopatología en los adolescentes?

IV. OBJETIVOS

Objetivo general

Diseñar una intervención psicoterapéutica de corte psicodinámico focalizada en la atención del consumo de sustancias y su relación con la percepción del padre, el estilo de apego y la psicopatología en los adolescentes.

Objetivos específicos

1. Analizar la historia del consumo de sustancias en los adolescentes.
2. Determinar la percepción del padre en los adolescentes con consumo de sustancias.
3. Identificar el estilo de apego que presentan los adolescentes con consumo de sustancias.
4. Analizar la psicopatología predominante en los adolescentes con consumo de sustancias.
5. Analizar psicodinámicamente la relación entre el consumo de sustancias y la percepción del padre, el estilo de apego y la psicopatología de los adolescentes.
6. Diseñar una intervención psicoterapéutica de corte psicodinámico focalizada en la atención del consumo de sustancias con base en el análisis realizado de las variables.

V. JUSTIFICACIÓN

La importancia de atender la problemática del abuso de sustancias radica en la manifestación de múltiples repercusiones en la vida de los individuos inmersos en ella y la necesidad de ofrecer una alternativa de solución a dicho problema. Ya que estos sujetos se encuentran en una situación en donde todos los elementos de su vida se ven afectados por el abuso de sustancias, puesto que su familia, su trabajo o escuela, su salud, su vida misma es puesta en segundo lugar por el deseo compulsivo que los lleva a consumir, aun cuando son conscientes de las consecuencias negativas de su consumo. Por ello es una problemática muy difícil de superar, pues involucra tanto elementos biológicos, psicológicos e incluso psicosociales a considerar, por lo que, en la mayoría de las ocasiones la simple voluntad del individuo por cesar su consumo no es suficiente, aunque sí representa el primer paso hacia su recuperación. Todo ello se complejiza cuando hablamos de la adolescencia, etapa que en sí misma presenta sus propios retos. Por lo que el generar espacios enfocados a la intervención para esta población se hace indispensable.

Además esta problemática requiere ser abordada ya que su presencia se ha extendido de manera alarmante, manifestándose en las estadísticas del incremento que ha tenido a nivel mundial, nacional y estatal. Evidencia de ello es el Informe Mundial sobre las Drogas realizado en 2017, documento que reporta que 250 millones de personas (5% de la población mundial) han consumido drogas. Aún más alarmante, del total de consumidores, 29.5 millones de personas padecen algún trastorno provocado con el consumo de drogas, desde el abuso de sustancia hasta la dependencia (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2017).

En cuanto a México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] (2017), informa que en la población total se ha incrementado significativamente el consumo de drogas entre el 2011 y el 2016, al pasar de 7.8% a 10.3% respectivamente. E indica que el principal crecimiento en el consumo se da en la población de 12 a 17 años. A sí mismo, reporta que la edad de inicio del consumo de drogas ha disminuido de 2002 a 2016, ya que en los hombres pasó de 19.8 años a 17.7 años, y en las mujeres de 23.6 a 18.2 años. Por lo que se determina que la etapa de la

adolescencia es un factor de riesgo para el uso y abuso de sustancias. Los adolescentes que reportan haber consumido alguna vez drogas aumentaron de 3.3% a 6.4%, y el consumo de drogas en el último año aumentó casi el doble, de 1.6% en 2011 a 3.1% en 2016 (ENCODAT, 2017).

Es importante resaltar que la intervención se dirige a la población adolescente porque esta etapa se ha definido como de crisis, en donde el consumo de sustancias se presenta como una conducta de riesgo típica. Además, se ha reportado que es precisamente en esta etapa en que se inicia el consumo de drogas. Al respecto, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA] (2016) realizó un análisis de las 32 entidades de la República, con base en la información obtenida de los usuarios de los Centro de Integración Juvenil [CIJ], el cual identifica una edad de inicio de consumo de drogas a los 14.7 años de edad. Además refiere que del total de adolescentes que han consumido alguna droga el 91.9% continuaron con el consumo.

En cuanto a las sustancias que se consumen, las drogas de inicio más consumidas en México, definida como la primer sustancia que se consumió, fue el alcohol (45.8%), el tabaco (28.7%) y la marihuana(14.8%). La droga de impacto consumida con mayor frecuencia, definida como aquellas que el usuario identifica con mayor capacidad para reducir efectos negativos y que es motivo de demanda de tratamiento, es el alcohol (39.3%), el cristal (22.9%) y la marihuana (14.3%). Este informe también señala que la etapa de la adolescencia es foco rojo en el abuso de sustancias ya que indica que en promedio, el consumo de la droga de impacto se inicia a los 17.9 años de edad (SISVEA, 2016).

A nivel estatal, en Morelos se observa un incremento en el uso de cualquier droga (ilegal e ilegal) en la población, de 4.6% en 2008 a 7.5% en 2016. De igual manera, existe un incremento significativo en el uso de drogas ilegales de 4.1% en 2008 a 7.5% en 2016 (ENCODAT, 2017). Dentro del informe del SISVEA, (2016) Morelos se ubica dentro de la zona Centro, en donde se reporta que las principales drogas de inicio son el alcohol, tabaco y marihuana (45.8\$, 28.7% y 14.8%), consumiéndose por primera vez en promedio a los 14.67 años. El alcohol fue la droga de impacto con mayor frecuencia, seguida por el

cristal y la marihuana (42,5%, 16.5% y 15.5%, respectivamente), iniciando su consumo en promedio a los 17.9 años, es decir, aproximadamente tres años posteriores al consumo de la droga de inicio.

En cuanto a la importancia de la propuesta de un tratamiento focalizado, se puede observar las estadísticas que hacen mención a la necesidad de atención. Ejemplo de ello es el ENCODAT (2017) que indica que de los consumidores de drogas en el último año, solo el 8% ha acudido a alguna clase de tratamiento. De los usuarios que acudieron a tratamiento con un profesional de la salud solo el 21% completaron dicho tratamiento, y el 70.1 % lo hicieron de forma parcial. Por lo que es indispensable contar con un tratamiento que se adecue a las necesidades de los pacientes y que fomente la adherencia al tratamiento.

Por lo tanto, el presente estudio será abordado a través del modelo psicodinámico, ya que permite a los adolescentes replantearse su comportamiento, resignificar las relaciones al interior de la familia, recuperar su salud física y mental, y establecer relaciones interpersonales sanas para alcanzar su bienestar. Por lo que la relevancia de este proyecto es brindar espacios para que los adolescentes, que han de convertirse en los actores principales de la sociedad, se conviertan en personas que reproduzcan y fomenten estilos de vida sanos al interior de sus familias, lo cual es la finalidad última de todo proyecto generado por los profesionales de la salud.

En cuanto a la relevancia científica es necesario indicar que el presente proyecto está diseñado para aportar una forma de intervención psicodinámica que parta de las necesidades específicas de los adolescentes, ya que se fundamenta en un diagnóstico previo que fundamenta su pertinencia. En el siguiente capítulo se desarrolla el marco teórico que sustenta la presente investigación.

VI. MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Apego

John Bowlby, introdujo el concepto de apego en 1958 en “The nature of the child’s tie to his mother” a partir de su experiencia como etólogo y conocimientos en bases biológicas de la conducta humana. En los siguientes años continuaría desarrollando su conceptualización para formular la teoría según la cual el vínculo normal en la infancia es esencial para el desarrollo sano del individuo (Ahumada, Arango de Montis y González, 2011).

Bowlby era etólogo, por lo que su teoría está basada en investigaciones que muestran al ser humano en equiparación con otras especies. Estuvo influenciado por Konrad Lorenz (1903-1989) quien en sus estudios con gansos y patos en los años 50, reveló que las aves podían desarrollar un fuerte vínculo con la madre (teoría instintiva) sin que el alimento estuviera por medio. Pero fue Harry Harlow (1905-1981) con sus experimentos con monos en relación a la separación materna quien le encaminó de manera decisiva en la construcción de la Teoría del Apego (Fundación Belén, s. f.). Su descubrimiento de la necesidad universal de contacto influyó en gran medida la creación del concepto de apego. En el cual explica que en el ser humano, la vinculación se genera cuando existe una relación afectiva, íntima y continua entre el cuidador principal y el niño, madre e hijo, la cual le brinda satisfacción y placer a ambos.

Ahumada y colabs., (2011) indican que las principales corrientes psicoanalíticas de la época, especialmente la conceptualización de Freud, hacían hincapié en que la relación temprana madre-hijo es un factor de gran relevancia ya que de su interacción dependerá el desarrollo ulterior del individuo, su sano desarrollo en la adultez. En esta teoría la importancia de esta relación consiste en que representa el medio de satisfacción de las pulsiones. Melanie Klein, desarrolla la teoría de las relaciones objetales, en donde la importancia del rol de la madre consiste en las fantasías que el hijo se forma de ella. Los autores señalan que la teoría de Bowlby difiere de ambas teorías al demostrar empíricamente que el acercamiento del hijo con la madre, el establecimiento de la relación temprana, surge de una adaptación destinada a la

supervivencia, basada en la interacción vincular actual, real, de la madre con el hijo, más que en la fantasía que se conforma.

Bowlby (1980) describe la existencia de cuatro sistemas de conducta que se relacionan entre sí, entre ellos se encuentra el apego. Estos sistemas son:

1) La conducta de apego que consiste en todas aquellas conductas de proximidad y contacto del bebé con los cuidadores principales, por ejemplo, el contacto físico, la mirada, sonrisas, llantos, etc., las cuales se activan cuando hay una distancia del cuidador principal o una posible amenaza, por lo que tienden a buscar la proximidad.

2) El sistema de exploración se refiere a las conductas con el que bebé explora su medio ambiente, lo que significa que tiende a alejarse de sus cuidadores principales.

3) El sistema de miedo que se activa ante la presencia de extraños o situaciones angustiantes, que además hacen que disminuyan las conductas de exploración y aumenten las de apego.

4) Finalmente el sistema de afiliación, que se contrapone al sistema de miedo, ya que es la tendencia de los seres humanos a buscar la interacción con lo desconocido, incluidos las personas con quienes aún no se establecen vínculos.

Estos sistemas van a constituirse en modelos internos o modelos representacionales de sí mismo y de las relaciones con los otros. Bowlby (1980) explica que este modelo se va a conformar partiendo de la relación que el bebé tiene con su cuidador principal, y de acuerdo al sistema que se repita, por lo que el bebé puede percibir e interpretar las acciones de los demás para dirigir su propia conducta, estableciendo mayores conductas de apego, exploración, afiliación o de temor. Es así como Bowlby (1989) aterriza una definición del apego, como aquella conducta que tiene como objetivo el lograr la proximidad de aquella persona que el bebé va reconociendo como capacitado para enfrentar al mundo.

Un aspecto clave de este modelo, de acuerdo con Oliva (2004), es que el modelo representacional que se conforma en el mundo interno del niño se constituye de componentes cognitivos y emocionales, y se constituyen de la noción de las figuras de apego, dónde se encuentran y qué se espera de ellas. A sí mismo, incluyen la información del sujeto mismo, si es valorado y querido, y por lo tanto, son la base de la propia identidad y autoestima.

Los desarrollos posteriores de la teoría han incluido otros componentes a la definición de apego. De Lucas Taracena y Montañés, (2006) mencionan que el apego es una conducta que se puede definir como la “existencia de lazos emocionales duraderos que unen a una persona con otra significativa” por lo que el niño siente sobre sus padres que es “capaz de depender de ellos y que éstos a su vez deben contener, proteger y dar seguridad” (p. 376), tal conducta consiste en un sistema motivacional que implica la supervivencia del bebé en situaciones amenazantes a través del mantenimiento de la proximidad entre los padres y el bebé, especialmente en situaciones de mayor estrés.

Funciona a través de las necesidades satisfechas por una serie de repetidas experiencias con sus figuras de apego. Estas experiencias se convierten en “modelos operantes” capaces de integrar experiencias pasadas y presentes gracias al cual los niños pueden predecir las relaciones de los padres, por la experiencia previa que tienen de la interacción con ellos. Los padres se convierten en una figura de apego que actúa de una manera específica con el hijo. Ante tal forma de actuar de las figuras de apego el niño aprende a reaccionar, y esto se convierte en un modelo, y tal modelo se va a integrar a la personalidad del niño, dándole un prototipo que reproducirá en futuras relaciones sociales (De Lucas Taracena y Montañés, 2006).

1.1 Estilos de apego

Mary Ainsworth, realizó observaciones en Uganda sobre la interacción madre e hijo para estudiar la conformación del apego, encontrando tres patrones principales de apego: apego seguro, apego inseguro y apego ambivalente. El primero se refiere a los niños que lloraban poco y se mostraban alegres en la

presencia de la madre, el inseguro implica niños que lloraban constantemente aún en presencia de la madre y el ambivalente lo designó así, porque los niños mostraban conductas indiferentes hacia su madre. Posteriormente, Ainsworth y Bell desarrollaron una situación experimental denominada Situación del Extraño, que implica una sala de juegos en un laboratorio en donde por diferentes episodios se observa la interacción madre-hijo. La madre y el niño se encuentran en la sala de juego y posteriormente se introduce a un desconocido, con el objetivo de observar la reacción del niño mientras la madre sale de la sala, y cuando vuelve a ingresar. La dinámica posterior es que ambas personas, la desconocida y la madre salgan de la sala dejando al niño solo y finalmente ambas regresan (Bowlby, 1985). Lo que encontraron fue los tres patrones conductuales del apego:

Apego seguro: Los niños mostraban mayores conductas de exploración en presencia de la madre, a quienes miraban constantemente, pero cuando esta salía se mostraban afectados, recuperando su tranquilidad al regresar la madre, lo cual les emocionaba, y permitía retomar su iniciativa exploratoria. Y al comparar esta conducta infantil con la de la madre en base a observaciones previas en su hogar, encontró que la madre era calificada como sensible y responsiva ante las demandas del bebé (Bowlby, 1985).

Apego inseguro evitativo: Los niños muestran independencia en la sala, ya que aún cuando la madre está presente no la utilizan como base segura, sino que de forma independiente exploran la sala de juego, incluso cuando la madre deja la sala estos niños no se ven afectados, al regresar la madre prácticamente la ignoran y continúan su habitual conducta de exploración, de hecho, rehusaban el contacto con la madre si se los proporcionaba. En las observaciones del comportamiento de la madre en su hogar, Ainsworth (1978) encontró que estas eran relativamente insensibles a las demandas del bebé, y los bebés se mostraban muy preocupados, buscando constantemente la presencia de la madre, por lo que concluyó que en la Situación de Extraño, los niños habían reaccionado defensivamente al saber que no cuentan con la madre para afrontar tal situación amenazante, por lo que se defienden a través de la indiferencia.

Apego inseguro-ambivalente: En este caso los niños se ven muy afectados por la situación experimental, por lo que casi no muestran conductas de exploración de la sala de juegos, ya que están muy preocupados por el paradero de la madre, sin embargo, cuando ésta regresa, muestran conductas ambivalentes, muestran tanto búsqueda de contacto y proximidad, como conductas de rechazo e irritación. En las observaciones de la madre en el hogar encontraron inconsistencia en la conducta de la madre, ya que en algunas ocasiones brindan calidez y son sensibles a las demandas del bebé, mientras que en otras ocasiones se muestran frías e insensibles (Bowlby, 1985).

Posterior a la caracterización de Mary Ainsworth de los tres estilos de apego encontrados mediante la evaluación de la Situación del Extraño, otros autores han ampliado esta línea de investigación realizando sus propios estudios. Por ello, para evitar confusiones en los términos utilizados para designar a los diferentes estilos de apego, se presenta en la Tabla 1, los diferentes modelos de clasificaciones, en donde se especifica los nombres que diferentes autores han otorgado a los estilos de apego que desarrolló Mary Ainsworth, ya que autores como Hazan y Shaver (1987) y Bartholomew y Horowitz (1991) revisaron estos conceptos para ampliarlos, modificarlos o contextualizarlos, algunos estilos de apego son equivalentes entre sí, mientras que otros se han agregado debido a que sus características no encajan en los descritos con anterioridad.

Tabla 1

Modelos de clasificación de los estilos de apego

Mary Ainsworth(1978)	Modelo de Hazan y Shaver(1987)	Modelo de Bartholomew y Horowitz (1991)
1) Apego seguro	1) Apego seguro	1) Apego seguro
2) Apego inseguro ansioso-ambivalente	2) Apego ambivalente	2) Apego preocupado
3) Apego inseguro evitativo	3) Apego evasivo	3) Apego devaluador/resistente
		4) Apego temeroso

La mayoría de los autores han contribuido con la descripción de los estilos de apego de acuerdo con la conceptualización inicial de Mary Ainsworth, desarrollando los diferentes estilos de apego, tanto en

la infancia, como en la adolescencia y hasta la etapa adulta. En la siguiente tabla se sintetizan los principales aportes de estas investigaciones enfocadas en brindar las características de cada estilo de apego y sus manifestaciones conductuales tanto en los niños como en los cuidadores. La tabla identifica al autor principal de cada estudio y la descripción de las principales características de cada uno de los estilos de apego.

Tabla 2.

Descripción de los estilos de apego por autor

Autor (es) y fecha	Estilo de apego	Características
Main y Solomon (1986)	Apego desorganizado	Utilizan la conceptualización de Mary Ainsworth, pero propusieron un estilo atípico, en donde se encuentran ciertos tipos de conductas que no encajan en los estilos de apego desarrollados por Ainsworth, por lo que lo añaden como un cuarto estilo. Las manifestaciones conductuales de los niños son confusas y contradictorias y las respuestas de los cuidadores son amenazantes y atemorizadoras, motivo de la reacción inconsistente de los niños.
Aizpuru (1994)	Apego seguro	Patrón de apego óptimo en donde la disponibilidad y receptividad materna permiten una interpretación correcta y apropiada a las señales del niño lo cual genera una interacción contingente a sus necesidades.
	Apego inseguro-evitativo	Patrón de apego en donde las respuestas de las madres pueden ser sobre estimulantes e intrusivas, generando una desconfianza en los niños que se manifiesta en desinterés por la figura de apego.
Fonagy, (2004)	Apego seguro	Implica sistemas representaciones donde el niño experimenta a la figura de apego como accesible y receptivo si se le necesita. Es decir, se caracteriza por la confianza en el cuidador.
	Apego inseguro-evitativo	El sistema representacional evitativo implica que el niño no tiene confianza en la receptividad de la madre o cuidador principal, por lo que su comportamiento denota poca ansiedad durante la separación y desinterés cuando vuelve a reunirse con ella, tiende a alejarse o rechazarla, aun cuando ésta muestre conductas de proximidad.
	Apego inseguro-ansioso	Sistema representacional donde la receptividad del cuidador no se siente como segura, obligando al niño a desarrollar estrategias para sortear este sentimiento de falta. El niño muestra ansiedad de separación pero no se tranquiliza al reunirse con la madre o cuidador, sino que muestra una estrategia exagerada de afecto para asegurarse la atención del cuidador.
Botella, (2005)	Apego seguro	Se caracteriza porque el niño vive ansiedad de separación cuando la madre o cuidador no está disponible y reaseguramiento al volver a unirse con él. Las características del cuidado materno en el estilo de apego seguro son de disponibilidad, receptividad, calidez y conexión.
	Apego evitativo	Los niños con estilo de apego evitativo se caracterizan por no mostrar señales de angustia como el llanto, al separarse de la madre. Y las respuestas de la madre ante las necesidades del niño tienden a ser de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión del contacto.
	Apego inseguro-	En este estilo, el niño muestra ansiedad por la separación del cuidador, pero no se tranquiliza al reunirse nuevamente con él. Las características

Barudy y Dantagnan(2006)	ansioso (ambivalente)	del cuidado materno en este caso son de insensibilidad, intrusividad e inconsistencia.
	Apego desorganizado	La madre o cuidador no sabe cómo responder de forma adecuada a las demandas de protección y regulación emocional del niño dado que ellos mismos no pasaron por esa experiencia durante su infancia. Ya que el adulto experimenta una hipersensibilidad a cualquier señal de peligro, aunque sea mínima, por lo que la exigencia del niño desata esta angustia y genera una anulación de su flexibilidad de respuesta. El autor indica que esta inflexibilidad implica una disminución de su capacidad para responder adecuadamente a situaciones de alarma generada por alteraciones en las estructuras del sistema límbico y endocrino que modulan las respuestas al miedo o a la rabia.
	Apego seguro	Los niños muestran protestas al separarse de los padres, pero son capaces de restablecerse en ambientes seguros y se muestran felices al retorno de los padres. Resultado de la capacidad de los padres de responder a las necesidades de los hijos mediante una reacción empática, pero al mismo tiempo se muestran dominantes, es decir, establecen la autoridad necesaria para protegerles.
	Apego inseguro-ansioso (ambivalente)	Se caracteriza por una ansiedad profunda de ser amado y valorado y por una preocupación excesiva por la disponibilidad emocional del cuidador principal. Los niños tienen dificultades para autorregular sus emociones, se muestran ansiosos por la necesidad de intimar con los demás pero al mismo tiempo temen ser rechazados o devaluados. La respuesta del cuidador tiende a ser negligente, ya que la madre experimenta en sí misma una inseguridad que la maternidad no es capaz de subsanar, sino al contrario, se convierte en una fuente estresante y desesperanzadora.
	Apego desorganizado	Generalmente se presenta en hijos de padres que han sufrido pérdidas de personas significativas y cuyo duelo no ha sido elaborado, víctimas de maltrato físico, negligencia o abuso sexual. Suelen ser padres con patologías psiquiátricas o toxicómanos. Por lo que las necesidades del niño les generan ansiedad, respondiendo con conductas violentas y desconcertantes. Los niños se muestran incapaces de sobreponerse a la separación de los padres, buscan su contacto, pero las reacciones del cuidador principal, que tienden a ser ansiosas y de alejamiento genera en el niño ansiedad, convirtiéndose en una paradoja, donde el cuidador es lo que busca y lo que teme, por lo que tienden a desarrollar fobias y conductas inexplicables.
Apego inseguro-evitativo	Mecanismo de autoprotección que consiste en inhibir los comportamientos enfocados a la búsqueda de proximidad con su cuidador principal. La respuesta del cuidador además de ser ineficiente en la satisfacción de necesidades del niño, tiende a ser controladora, de rechazo y hostilidad, lo cual genera temor y angustia en el niño, se genera una sensación de seudoseguridad.	

Para fines de esta investigación se utilizará la clasificación desarrollada por Ahumada y colabs., (2011), quienes indican que el apego es una conducta instintiva que desarrolla el bebé con las figuras significativas, capaces de asegurar su supervivencia. Las personas que interactúan con él se convierten en

las figuras de apego, las cuales, por lo general, son los padres. De la forma en que este vínculo se desarrolle por las interacciones cotidianas del niño con su madre y con su padre, el niño internalizará esquemas mentales que le permiten predecir el comportamiento de sus padres y regular el de él mismo.

Este estilo de apego casi no sufre modificaciones hasta la etapa adulta, sin embargo, la adolescencia ofrece una oportunidad para establecer patrones de interacción distintos a los aprendidos de sus figuras de apego parentales. Por lo que existen distintas formas de aproximarse a las otras personas, y existen diferentes concepciones que cada persona puede tener de sí mismo, es decir, de la combinación de estas visiones se obtienen los distintos estilos de apego. A continuación se describen brevemente cada uno de estos estilos de apego.

Si la persona ha desarrollado una visión positiva de sí mismo y también una visión positiva del otro, establecerá un apego seguro, el cual implica poseer una adecuada autoestima, y en las relaciones afectivas la posibilidad de acercarse a los otros significativos, establecer confianza y una sana dependencia (Ahumada y colabs., 2011).

Si la persona posee una visión positiva de sí mismo, pero en cambio, tiene una visión negativa de las otras personas, establecerá un apego inseguro de tipo evitativo, es decir, evitara establecer relaciones de intimidad y confianza, debido a una sobrevaloración de la independencia a consecuencia de un sentimiento de autoeficacia compulsivo que lo lleva a considerar los vínculos secundarios a la consecución de logros (Ahumada y colabs., 2011).

Por el contrario, los individuos que poseen una visión negativa de sí mismas, pero que mantienen una visión positiva de los otros, establecen un apego inseguro ansioso. El cual consiste en una excesiva necesidad de aprobación de los demás que le origina ansiedad, soledad, desconfianza en sí mismo y sobredependencia en sus relaciones (Ahumada y colabs., 2011).

Por último, la visión negativa de sí mismo en conjugación con la visión negativa del otro, se deben al establecimiento de apego inseguro ambivalente, es decir, debido a su deseo por el contacto, pero por la ansiedad que ello le genera, se presenta al mismo tiempo desconfianza ante los otros y necesidad de aprobación por ellos. La consecuencia es sentimientos de soledad e ira (Ahumada y colabs., 2011). En la Tabla 2 se esquematiza la conceptualización de los estilos de apego.

Tabla 3

Conceptualización de estilos de apego

	Visión positiva del otro	Visión negativa del otro
Visión positiva de uno mismo	Apego seguro	Apego inseguro- evitativo
	Autoestima	Evitación de la intimidad
	Comodidad con el acercamiento	Falta de confianza
	Confianza	Valorización de la independencia
	Sana Dependencia	Auto-confianza compulsiva
Visión negativa de uno mismo		Énfasis en logros
	Apego inseguro- ansioso	Apego inseguro- ambivalente
	Sobredependencia	Baja autoestima
	Ansiedad interpersonal	Falta de confianza en el otro
	Soledad	Ansiedad interpersonal
	Necesidad de aprobación	Deseo por el contacto y la intimidad
	Falta de confianza en uno mismo	Necesidad de aprobación
Preocupación con las relaciones	Soledad	
		Ira y hostilidad

Modificado de Ahumada, Arango de Montis y González (2011).

1.2 Apego a los padres

Los padres y las madres se relacionan de manera distinta con los hijos, lo cual depende del grado de sensibilidad de los padres y de las respuestas que reciben de los niños, lo que varía mucho de unos a otros. Por todo ello, Sroufe en 1985, indica que la calidad de la relación con los padres y el estilo de apego del niño resultan de una compleja interacción entre:

- a) Los estilos de los padres, como cuidadores y figuras de apego;
- b) el temperamento del niño y;
- c) el modelo de apego que el niño va interiorizando durante su desarrollo.

De acuerdo con los supuestos de las teorías de Bowlby (1985), el primer vínculo que establece el niño es con el cuidador principal, generalmente la madre, lo cual supone la figura de apego más importante al menos en los dos primeros años de la vida. De este vínculo afectivo el niño desarrollará sus posteriores relaciones con el resto de las personas. Por tanto, una buena base en el apego establecido con la madre supondrá el establecimiento de futuras interacciones satisfactorias.

Medina y Polaino-Lorente (1997) indican que es necesario que los padres interactúen de manera adecuada con su hijo a lo largo de los primeros años de vida para que el hijo desarrolle un estilo de apego seguro. La interacción positiva implica que los padres se vuelvan sensibles a las necesidades del hijo y las satisfagan en la justa medida. La forma en que la madre y el padre satisfacen tales necesidades es diferente. Ambos responden de manera distinta a las exigencias del niño, y la forma en que lo realizan está determinada por su condición distinta entre el ser padre y el ser madre. Así el niño que tiene la capacidad de diferenciarlos, recurre a ellos de manera distinta con cada uno, si necesita apoyo, consuelo o protección. Si tanto el padre como la madre se muestran receptivos a las necesidades del niño y responden a las señales con suficiente atención y calidez, se puede suponer un alto grado de identidad entre padres e hijos. Si la condición no se cumple de esta manera, si existen diferencias en la vinculación del hijo con cada uno de sus padres, es probable que el hijo experimente un apego seguro a uno de los padres e inseguro respecto del otro.

Medina y Polaino-Lorente (1997) mencionan que el estilo de apego infantil depende de cómo es el apego al padre y a la madre:

1. Un niño puede tener un apego seguro respecto de uno de sus padres y sin embargo, ser calificado su apego como inseguro respecto del otro.
2. El tipo de inseguridad que manifiesta el niño parece ser dependiente del tipo de apego que ha establecido (p. 24).

Desde la Teoría del Apego, el apego seguro es esencial para el desarrollo sano del individuo y la forma en qué se relaciona con sí mismo, con su medio y con otros. Razón por la cual, la investigación de los estilos de apego se ha utilizado para comprender distintas patologías del adulto como expresión del tipo de apego desarrollado en la infancia (Ahumada y colabs., 2011).

La interacción madre-hijo es priorizada, ya que suele ser la principal encargada de la crianza. Sin embargo, algunos autores han realizado estudios para explorar cuál es el papel que juega específicamente el padre. Para ello, los autores indican que el involucramiento del padre puede evaluarse mediante tres indicadores:

1. La cantidad de tiempo que el padre destina a interactuar directamente con el niño.
2. La disponibilidad que el padre manifiesta en cada momento para responder a las señales de su hijo.
3. La responsabilidad que el padre asume en el cuidado y la educación de su hijo (Medina y Polaino-Lorente, 1997, p. 22).

Sobre las consecuencias que se derivan del establecimiento del apego al padre y a la madre, encontraron que de la interacción con la madre se derivan algunos factores del éxito en el ámbito de la escuela, como la concentración y su ego flexibilidad. Por contrario, la interacción con el padre está más orientada al desarrollo de habilidades de socialización entre pares (Medina y Polaino-Lorente, 1997).

Para profundizar en la cuestión de las diferencias del apego a la madre y al padre, se presenta una síntesis de los argumentos de Polaino-Lorente (1993) quien tras realizar un análisis de diversas familias indica que los hijos y las hijas muestran los mismos comportamientos de búsqueda de proximidad tanto con el padre y con la madre, pero que el padre es más significativo en la vida de los hijos varones que en la vida de las hijas. El autor parte de las observaciones derivadas en sus estudios a familias, en donde encontró que el padre tiene comportamientos diferentes con los hijos varones que con las hijas. El autor menciona que estas diferencias se hacen notables a partir del segundo año de vida, ya que dedican más

tiempo a los varones que a las hijas y es mayor su respuesta a sus llamados. Ya en la etapa preescolar, los padres se implican más en los juegos de los varones, centrándose en el desarrollo visual, los movimientos motores finos, la conducta de exploración y la transmisión de tradiciones propias de su género y también son más directivos e imperativos con ellos. En cambio con las hijas muestran más interacciones de tipo verbal y en modos más positivos, otorgándoles mayor seguridad y un menor control (Polaino-Lorente, 1993).

Polaino-Lorente (1993), explica que estas diferencias en la interacción del padre con el hijo varón y con la hija, se deben a un comportamiento educativo diferenciado por el cual:

“se estimula más el desarrollo motor y la conducta impulsiva en el hijo varón que en la hija”... en consecuencia con ello, los hijos aprenden de sus padres el comportamiento más apropiado para el juego y las actividades físicas, un mayor desarrollo de las actividades motoras gruesas (competencia física) y de las conductas de riesgo (espíritu de aventura) y un estilo verbal más fundamentado en la información... además de desarrollar más su interés por el conocimiento de las cosas (desarrollo cognitivo) (p. 451).

Siendo así que la ausencia del padre en el hijo varón va a tener repercusiones en esas tres áreas: la competencia física, el desarrollo cognitivo y la identidad de género (Polaino-Lorente, 1993). Además, según Parke (1989), del apego del hijo con el padre va a depender la habilidad de reconocer las emociones de otros niños durante el juego, lo cual es fundamental para el aprendizaje de interrelaciones que se reproducirán en la adolescencia y en la adultez.

Esta interacción con el padre ayuda a su sentido de seguridad, ayuda a su tolerancia a la separación, y aumenta su capacidad para relacionarse con otros en el mundo externo, fuera de la familia. El involucramiento del padre también se asocia con el desarrollo de la empatía en los niños, el cual continúa en su vida adulta (Kneier, 1996).

1.3 Apego y desarrollo de la personalidad

Partiendo de la conceptualización del apego como un esquema mental que el niño internaliza como resultado de las interacciones que tiene con sus padres, el cual le permite formar una representación mental predecible de comportamiento de sus padres y que al mismo tiempo le permite regular su propio comportamiento (Ahumada y colabs., 2011), podemos comprender como estos esquemas mentales permiten al niño vincularse con los demás y con él mismo. Razón por la cual, en la literatura de la teoría del apego se ha investigado cómo es que el estilo de apego que se va conformando en el niño se relaciona con el desarrollo de su personalidad.

En este apartado se tratará de la relación que tiene el estilo de apego de los individuos con el desarrollo de la personalidad y de la psicopatología. En primera instancia se aborda el concepto de personalidad y trastorno de personalidad. En segundo término se realizará una síntesis de los estudios que han correlacionado a los estilos de apego con diferentes psicopatologías.

La personalidad ha sido conceptualizada desde diversas perspectivas a lo largo del tiempo, lo que genera una complejidad para arribar a una definición que englobe cada uno de los elementos delineados por cada perspectiva, parte de esta complicación subyace en el hecho de que está íntimamente ligada al concepto de “normalidad”, del cual no se tiene un consenso universal. Sin embargo, algunos autores como Blanco y Moreno (2006) han realizado esfuerzos para analizar tal concepto, y nos indican que de manera general, las definiciones de personalidad suelen referirse a dos atributos: temperamento y carácter. El primero se refiere al equipo biológico de la persona, el segundo se refiere a los elementos más relacionados con el ambiente en que la persona se desenvuelve y desarrolla. Es decir, la personalidad es todos aquellos rasgos que determinan la forma de ser de una persona.

Históricamente surge el concepto que se contrapone a lo que se concibe como “personalidad normal”, ya que es necesario estudiar las desviaciones que implica la psicopatología en los individuos. Sin embargo, para una aproximación clínica es necesario tomar postura y partir de una definición operacional

que nos permita establecer criterios diagnósticos que permitan identificar a individuos con patología. De allí, los criterios establecidos por diferentes sistemas de clasificación de los trastornos de personalidad.

Uno de los sistemas de clasificación más reconocidos es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) que define a los trastornos de personalidad como “trastornos graves...de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables”. Indica también que inician en la infancia o adolescencia y continúan hasta la adultez; no son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales; representan desviaciones significativas del modo como una persona se relaciona con los demás; estas formas de comportamiento son estables y abarcan funciones psicológicas y del comportamiento.

Habiendo definido lo que entendemos por personalidad, en sus dimensiones de temperamento y carácter, así como los trastornos de ésta, se presenta ahora una revisión de los estudios sobre apego que han estudiado la posible relación de los diferentes estilos de apego con las dimensiones de la personalidad y/o con diferentes psicopatologías. Esta línea de investigación trata de comprender el desarrollo de la psicopatología desde el punto de vista de que su manifestación en la etapa adulta se debe en gran medida al estilo de apego que se ha conformado, ya que de este esquema mental que está basado en las experiencias tempranas, va a depender la manera en que se relaciona el individuo consigo mismo y con los otros en su adultez, por lo que si en sus experiencias tempranas los elementos cognitivos y afectivos se ven sobrepasados es probable que el individuo desarrolle patrones de conducta que generan malestar y son disfuncionales en la relación consigo mismo y con los otros (Ahumada y colabs., 2011).

Por ello, los diferentes estilos de apego han sido estudiados correlacionándolos con diferentes dimensiones de la personalidad y con sus trastornos, es decir, patologías que se presentan en los individuos. Por lo que estos estudios pueden ofrecer datos importantes en la etiología de diferentes patologías, e incluso brindar información sobre su desarrollo en la vida de un individuo y la probabilidad

de que esta se vuelva a repetir en el futuro. La revisión de los principales estudios se presenta de manera sintética en la Tabla 4 para facilitar su comprensión.

Tabla 4

Principales investigaciones sobre los estilos de apego y la personalidad

VARIABLES ESTUDIADAS	AUTOR (FECHA)	PRINCIPALES HALLAZGOS
Apego y temperamento	Thomas y Chess (1970)	Realizaron diferentes estudios enfocados en analizar si las características temperamentales de los niños y las características de los padres afectan la interacción entre ellos, influyendo así en la seguridad de apego del niño. Encontraron que el temperamento del niño sí influye en la seguridad del apego en función de lo que genera en el adulto, ya que las respuestas del adulto se ven afectadas de acuerdo a su personalidad y circunstancias.
	Belsky y Rovine (1987)	Evaluaron la interacción entre madres y bebés para determinar si el temperamento del niño influía en la clasificación de estilo de apego que recibía al ser evaluado mediante la Situación del Extraño, encontrando que el temperamento no determina el estilo de apego, sino que influye en la forma en que se expresa la seguridad o inseguridad del apego.
	Mangerlsdorf, Gunnar, Kestenbaum, Lang y Andreas (1990)	Examinaron 66 pares de madre e hijo cuando los bebés tenían entre 9 y 13 meses con el propósito de analizar las relaciones entre el temperamento difícil (angustia infantil) y el apego materno-infantil. Encontraron que era más probable que un niño estableciese un apego inseguro con su madre cuando éste tenía un temperamento difícil y cuando la personalidad materna era compulsiva.
Apego y autoestima	Feeney y Noller (2001)	Judith Feeney y Patricia Noller realizan un estudio en donde analizaron los tres estilos de apego: seguro, evitativo y ansioso en relación al autoestima. Sus hallazgos indican que los sujetos con apego seguros manifestaban una mayor autoestima personal y social que los sujetos evitativos y ansioso-ambivalentes; descubrieron que el desarrollo de la alta autoestima de los sujetos seguros se originaba en los miembros de su familia.
	Schore (2000)	Enfatiza que la teoría del apego es una teoría de la regulación, es decir, define el apego como un sistema de regulación emocional, en donde la sintonía en la interacción madre-hijo juega un papel fundamental en el desarrollo cerebral del niño, ya que incide en el funcionamiento adaptativo, por lo que una mala sintonía puede generar alteraciones en la regulación emocional que puede derivar en patología.
Apego y regulación emocional		Realizan un análisis de los estudios sobre estilos de apego y la afectividad negativa que han sido evaluados a través del Cuestionario de Estilos de Apego (ASQ).
	Ahumada, Arango de Montis y González (2011)	Su recopilación muestra que diferentes autores han analizado la relación entre el neuroticismo (tendencia a estados de ánimo negativos, problemas emocionales y dificultades de ajuste). Y concluye que los estilos de apego ansioso y evitativo correlacionan de manera positiva con los marcadores de neuroticismo.
		Explican que los estilos de apego inseguros y las dificultades en el proceso de regulación emocional están vinculados ya que existe la presencia de expectativas pesimistas de control de las emociones y existen dificultades

Dimensiones de la personalidad y apego	Noftle y Shaver (2005)	<p>en la resolución de problemas, los cuales se manifiestan en la necesidad excesiva de reafirmación, en las dificultades en el acercamiento a los otros y en el sentimiento constante de soledad.</p> <p>Analizaron la relación existente entre cinco dimensiones de personalidad (neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, conformidad y conciencia) y los estilos de apego (seguro, evitativo y ansioso-ambivalente). Encontraron que los individuos con estilo de apego seguro obtuvieron puntuaciones más altas de extroversión y conformidad que los inseguros. También encontraron que los inseguros tenían puntuaciones mayores de neuroticismo.</p>
	Feeney, Noller (1994)	<p>Exploraron la relación existente entre el apego y dos dimensiones básicas de la personalidad: neuroticismo y extroversión mediante el Cuestionario de Estilos de Apego (ASQ) y el Cuestionario de Personalidad Juvenil de Eysenck. Sus resultados indican que el neuroticismo se correlaciona positivamente con la preocupación por las relaciones y la necesidad de aprobación (manifestaciones del apego ansioso). Mientras que la extroversión correlaciona positivamente con la confianza en uno mismo y en los demás (manifestaciones del apego seguro); y negativamente con la incomodidad con la cercanía y el priorizar los logros sobre las relaciones personales (manifestaciones del apego evitativo).</p>
	Leveridge, Stoltenberg y Beesley (2005)	<p>Realizaron un estudio con adultos, en donde encontraron que los individuos con apego evitativo presentan personalidades defensivas, con tendencia al aislamiento, somatización y evitación de conflictos. Las personas con apego ansioso presentan depresión, ansiedad y de igual manera evitación de conflictos. Por el contrario los sujetos con apego seguro no presentan estas características. Entonces las personas que presentan apego inseguro tenderán a establecer formas de afrontamiento inadecuados ante los problemas (aislamiento, somatización, evitación, ansiedad, depresión), que no le permiten asumir un conflicto sino que le llevaran a buscar vías alternas para evitar cualquier confrontación.</p>
Estilos de apego y trastornos de la personalidad	Lafuente y Cantero (2015)	<p>Hacen una revisión y síntesis de los estudios de apego y su asociación con diferentes trastornos de personalidad. Indican que el estilo inseguro ansioso o preocupado se relaciona con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trastorno de personalidad dependiente: Son personas que dejan que los demás tomen decisiones por ellos, ya que tienen poca confianza en sí mismos, tienden a ser complacientes y a tener una visión pasiva de la vida. • El trastorno de personalidad evitativo: Tienden a preocuparse excesivamente por lo que piensen los demás de ellos y distorsionan las opiniones positivas, ya que temen al rechazo, son tímidos y desean ser aceptados. • El trastorno de personalidad evitativo: Son personas perspicaces y hostiles, que creen que las demás personas quieren agredirlos, por lo que ponen a prueba a los demás. • El trastorno de personalidad limítrofe: Se caracterizan por labilidad emocional, estado de ánimo disfórico, impulsividad y ansiedad. <p>Indican que el estilo inseguro evitativo o huidizo se relaciona con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trastorno de personalidad esquizoide: Tienden a ser introvertidos, aislados, con dificultades en la expresión emocional y distanciamiento social.

Apego y Depresión	Barudy y Dantagnan (2006)	<ul style="list-style-type: none"> • El trastorno de personalidad antisocial: De tipo conducta criminal <p>Indican que el estilo huidizo-temeroso se relaciona con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trastorno de personalidad esquizotípico: son personas que tienden a aislarse, padece ansiedad social, pensamiento bizarro y despersonalización. <p>Indican que el estilo seguro y preocupado se relaciona con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El trastorno de personalidad histriónico: Personas exhibicionistas, seductoras, optimistas, convencionales e hipocondriacas. <p>Estudios de Barudy demuestran que muchos adolescentes que no logran satisfacer sus necesidades de apego en la infancia suelen desarrollar en la adultez trastornos depresivos crónicos y trastornos limítrofes, incluso manifiestan comportamientos sociopáticos.</p>
	Romero (2016)	<p>Realizó un estudio en Hidalgo, con el objetivo de relacionar los niveles de depresión con los estilos de apego, identificando las diferencias existentes de acuerdo al grupo de edad (adolescente/adulto) y estatus de pareja (con/sin pareja). La autora encontró que la depresión se vincula con el estilo de apego ansioso, y explica que se debe a que las personas ansiosas no toleran la separación y presentan mayor desconfianza en sus relaciones de pareja, lo cual es consistente con los comportamientos característicos de la sintomatología de la depresión, en donde la persona adquiere un autoconcepto pobre de sí mismo y desconfianza en los demás. También encontró que los adolescentes sin pareja presentan niveles más bajos de depresión, menciona que puede deberse a que la adolescencia es una etapa de cambios e inestabilidad emocional por lo que las relaciones de pareja tienden a ser más frustrantes que placenteras. En general la población evaluada no fue muestra clínica, por lo que los niveles de depresión fueron muy bajos.</p>
	González y Tapia (2006)	<p>Realizan una investigación sobre la relación entre autoestima, apego y depresión en adolescentes chilenos mediante los instrumentos: Escala de Autoestima de Coopersmith, la escala de síntomas depresivos (CDI), y para medir el apego utilizó el Relationship Questionnaire (RQ) y subescalas de la prueba Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ).</p> <p>Los resultados mostraron la relación entre los estilos de apego y la autoestima, ya que encontraron que los adolescentes con apego seguros en el RQ, obtenían mayores puntajes en autoestima que los de apego alterado. Y al explorar la relación entre los tipos de apego y la depresión, observaron que el apego seguro presenta menores niveles de depresión en comparación con el grupo de apego ansioso.</p>
	Sanchis (2008)	<p>El autor estudió la relación entre los estilos de apego, los síntomas depresivos y los acontecimientos vitales negativos mediante una evaluación a 312 adolescentes entre 14 y 18 años de edad. Evaluó los estilos de apego con el Parental Bonding Instrument (PBI), la sintomatología depresiva con el Children's Depression Inventory (CDI), y los acontecimientos vitales con el instrumento acontecimientos Vitales en la Infancia y la Adolescencia (AVIA). Sus hallazgos indican una conexión entre los estilos de apego controladores y fríos, la sintomatología depresiva y los acontecimientos negativos.</p>

Como se puede observar en la tabla anterior, los estudios sugieren que de manera general contar con una base de apego segura proporciona mayor bienestar, y por el contrario, se encuentran fuertes asociaciones entre los estilos de apego inseguro con el desarrollo de diversas psicopatologías. En cuanto a los componentes de la personalidad, las conclusiones a las que se llegan es que existen características individuales que si bien no determinan la seguridad o inseguridad en el apego, si propician y determinan la forma en que este se manifiesta, tal es caso del temperamento difícil o angustioso del niño.

Sobre la autoestima y la afectividad, los estudios coinciden en afirmar que el apego seguro permite el desarrollo de una adaptación emocional, ya que el apego funciona como un sistema de autorregulación, por el contrario en el apego inseguro se presentan dificultades de ajuste emocional que tienen como consecuencias mayores problemáticas en las relaciones interpersonales. Estos estudios coinciden con la explicación que brindan Feeney y Noller (2001) sobre el por qué los individuos que cuentan con una base segura de apego en su infancia tienden a experimentar mayor bienestar psicológico en la adultez. Ya que las autoras analizaron una serie de estudios que indican que existe una relación clara entre el apego seguro, la alta autoestima y los niveles bajos de afectividad negativa. De lo cual concluyeron que los individuos con una base segura de apego tienen mecanismos de respuesta más constructivos para enfrentar las situaciones estresantes de la vida, así como la tendencia a establecer relaciones más estables y satisfactorias.

La explicación sobre la relación entre los estilos de apego inseguros y el desarrollo de psicopatología en los estudios sintetizados en la tabla, se explica en la visión del apego como mecanismo de funcionamiento interno para las relaciones con los demás y sí mismo. Lafuente y Cantero (2015), llegan a la conclusión de que los estilos de apego inseguro no son patológicos en sí mismos sino que constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de patologías cuando el sujeto experimenta situaciones estresantes. Las autoras explican que el desarrollo de trastornos de personalidad se debe a que cuando un niño se desenvuelve en un ambiente que es constantemente perjudicial tiende a manifestar sentimientos y comportamientos que son adaptativos y funcionales para ese ambiente, pero que pueden no serlo en otros

ambientes conforme se desarrolla hacia la etapa adulta, pero, dado que sus mecanismos psicológicos han asimilado estos comportamientos, tienden a ser poco flexibles, dificultando que el adulto cambie para adaptarse a los nuevos contextos a los que se enfrenta. Por lo que un niño que establece un apego inseguro es más propenso a desarrollar alguna patología.

Ahumada y cols., (2011), corroboran esta conceptualización, ya que explican que el desarrollo de un apego inseguro conlleva dificultades en la autorregulación emocional y afecta la manera en que se percibe el individuo a sí mismo, lo cual genera también dificultades en el mantenimiento de relaciones sanas con los demás, y cuando esto se combina con componentes genéticos (tales como el temperamento) o ambientales adversos (como las interacciones negativas) se convierte en un factor relevante para el desarrollo de trastornos de la personalidad en la adolescencia y vida adulta.

En cuanto a la relación del estilo de apego con el desarrollo de adicciones existen diversos autores que señalan que el estilo de apego puede constituirse como factor de riesgo y/o protección en las adicciones. Ejemplo de ello, es el meta análisis de Becoña et al. (2014), quien realizó un estudio de las investigaciones sobre adicciones de los últimos 30 años, del cual determinó que el apego seguro funciona como un factor de protección ante el consumo de drogas. Por el contrario, Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt y Küstner (2005), realizaron una investigación sobre la relación del apego y el consumo de sustancias, en el cual encontraron que el consumo de sustancias en la adolescencia se relaciona con los estilos de apego inseguros.

La literatura sobre los estilos de apego y el consumo de sustancias también hace diferencias entre los tipos de apego inseguros, ya sean ansiosos o evitativos, pero debido a la especificidad del tema y a su importancia para la presente investigación, el tema se desarrolla con mayor profundidad en el Capítulo. 4, en donde se presentan los antecedentes teóricos que relacionan el consumo de sustancias con el apego.

Capítulo 2. Papel del Padre

2.1 Antecedentes

La ausencia paterna ha sido delineada como una realidad imperante en México debido a las diferencias asimétricas culturales con las que se asignan los roles a hombres y mujeres (Ramírez, 1977), en donde la crianza es una función que en la mayoría de los casos, es ejercida principalmente por la mujer. El término ausencia paterna, al que me referiré en adelante, es un concepto que en la literatura y para fines de este estudio, trasciende la mera ausencia física en la dinámica familiar, en su significado mayor implica la ausencia del ejercicio de las funciones del padre. Por lo que en cada apartado se especifica el alcance del concepto.

La pobre presencia física del padre es un fenómeno que se presenta en la actualidad, su magnitud e incremento se manifiesta en las estadísticas nacionales, en 1995 el 31% de las casas carecía de este integrante, en 2008 el 41.5% y para 2013 una tercera parte (8.60 millones aprox.) de los hogares mexicanos no tienen presencia del padre en la familia (S. a., 2013).

El fenómeno de la ausencia de la participación del padre en la crianza se debe en gran medida al aumento de los nacimientos ilegítimos. Según el INEGI, el porcentaje de niños nacidos en México fuera de matrimonio en 2010 y registrados ese año corresponden al 45.65% del total. Puesto que en la mayoría de las ocasiones cuando no existe una unión legal de por medio entre los progenitores, el padre se rehúsa a encargarse del hijo, incluso en algunas ocasiones niega el apellido a los hijos o es la madre quien decide negarlo, por la desvinculación del padre.

Otra causa es el aumento de las tasas de divorcio y separación. El Censo de Población y Vivienda del 2010 señala que en el país hay 29 millones 747 mil 173 niños menores de 14 años, de los cuales cerca de un millón viven separados de sus padres biológicos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2011). Los divorcios en México aumentaron al pasar de 52 358 en el año 2000 a 86 042 en 2010.

(INEGI, 2012). La mayoría son solicitados por las mujeres, pero prevalece el mutuo consentimiento como la causa principal.

Entre las razones más frecuentes de separación y divorcio entre los cónyuges son la violencia física y psicológica ejercida por el esposo y su negación a contribuir al sostenimiento del hogar. Es decir, que las causas principales de separaciones y divorcio son la falta de involucramiento del padre en su papel de proveedor y por la vinculación negativa que tiene con la pareja, la cual suele extenderse a los hijos. Incluso cuando no existe una relación negativa de parte del padre con los hijos, el hecho de separarse o divorciarse de la esposa genera una desvinculación con los hijos. Ya que el padre se aleja de los hijos, o su relación se vuelve intermitente.

De igual manera, el aumento de embarazos en parejas adolescentes, representa otra causa de ausencia paterna. Ya que cuando una pareja de adolescentes procrea, debido a factores como inmadurez, falta de apoyo económico, la intervención de los familiares, entre otra, genera que los adolescentes varones no asumen las responsabilidades en cuanto a la paternidad.

Finalmente, otra causa de la ausencia paterna en la vida de los hijos es la muerte del padre. Evidentemente existen otras razones, las numeradas aquí son solo algunas de ellas. Lo que es importante recalcar es el hecho de que tanto la ausencia real, es decir, la ausencia física del padre, como la ausencia simbólica del padre, es decir, el que establece un vínculo inadecuado o inconstante con el hijo, es una realidad. Ejemplo de ello lo reporta el periódico *Excélsior* que publica que en una encuesta a la población mexicana en 2013 el 53% de mexicanos indica sentir haber crecido con un padre ausente (S. a., 2013).

En cuanto a sus raíces se encuentran en la revolución industrial, ya que los hombres comenzaron a trabajar en las fábricas, alejándose del hogar y desvinculándose de la crianza de los hijos (Rúa, 2001). Sus repercusiones se observan al interior de la vida de las familias, ocasionando privación y vulnerabilidad social, aunado a esto, genera una huella, un vacío emocional que viven los hijos, posicionándolos en la carencia.

Sin embargo, no todos los individuos la experimentan de la misma manera, específicamente hablando de los adolescentes, población de interés, existen los adolescentes cuya condición de carecer de su padre no ha sido significativa debido a diferentes factores, sobre todo, a la presencia de otras figuras significativas quienes subsanan esta carencia. Por otro lado, existen adolescentes para los cuales, la ausencia del padre implica un sufrimiento, la padecen y representa para ellos un trauma que marca sus vidas, por lo que se considera necesario atender a esta población.

Para ello se requiere profundizar en el papel del padre, especificar cuáles son sus funciones y qué consecuencias específicas representa para los adolescentes el carecer de él. Enmarcando dichos análisis en el contexto mexicano, y en las funciones de la familia como institución, con la finalidad de comprender la vivencia de la ausencia paterna.

2.2. Estructura y funciones de la familia

La familia ha sido considerada una institución social ya que su importancia se remite a la existencia misma de la humanidad. Es decir, entre sus funciones se encuentra la más básica de las necesidades del individuo, la supervivencia. Ya que el individuo, incluso antes de su nacimiento ya se encuentra inmerso en un micro-contexto social, denominado familia. Ha sido reconocida como el engrane fundamental de la sociedad por ser el medio natural en que los seres humanos nacen, se desarrollan y reproducen las normas sociales. Por lo tanto en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos estableció que la familia tiene derecho a ser protegida por el Estado y la sociedad (S. a., 2014).

A lo largo del tiempo, la familia ha tenido diferentes funciones que se corresponden al momento histórico en el que se ubican. Respondiendo a las necesidades imperantes de cada época, regidas no solo por el contexto económico, sino atendiendo también a la ideología, creencias y sistemas de valores de la sociedad. La familia adquiere relevancia en la medida en que es el primer medio de desarrollo de los niños por lo que los padres se constituyen como ejemplos modeladores de conductas y de transmisión de

valores. Es conformador de la identidad de sus miembros y constituye el grupo social básico al que los individuos recurren para satisfacer sus necesidades.

La familia mexicana se constituye tradicionalmente en nuclear, es decir, que se componen del padre y/o la madre e hijos. Sin embargo, en la actualidad, en el contexto mexicano la familia ha experimentado cambios en cuanto a su estructuración, originados por los cambios sociodemográficos, económicos y culturales del país. Cecilia Romero del Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM explica que en 1976 la familia nuclear representaba el 71% de la población, lo cual fue disminuyendo a lo largo del tiempo, para el 2008 el 65% (Guzmán, 2011).

Otra de las modificaciones en la familia es el incremento de las familias monoparentales. Estos hogares son integrados por un jefe de familia, que puede ser el padre o la madre, y los hijos, en donde el jefe no cuenta con un conyugue y pueden existir otros parientes. Algunas de las causas de la recomposición de los hogares en monoparentales son las separaciones, muerte del conyugue y divorcio. De acuerdo con datos del Censo de Población y Vivienda 2010, el 18.5% de los hogares nucleares son monoparentales. En donde los estados con más familias monoparentales son el Distrito Federal (24.3%), Morelos (20.9%) y Guerrero (19.7%) (S. a., 2014).

En cuanto al jefe del hogar, estudios han señalado que es el miembro identificado como líder, de mayor relevancia para la familia en cuanto a que es quién se ocupa del funcionamiento del hogar y es proveedor económico del mismo. Es importante señalar que el hacerse cargo de una familia sin el apoyo de un conyugue representa una tarea compleja, tanto para las mujeres como para los hombres, ya que se encargan tanto del funcionamiento interno de la familia como del sostenimiento económico, teniendo que alternar actividades como el trabajo (s. a., 2014). Sin embargo, el Censo de Población y Vivienda 2010 muestra que la mayoría (84%) de los jefes de familias monoparentales son mujeres.

Por lo que diferentes autores se han preguntado cuáles son las diferencias existentes entre niños que se desarrollan en familias monoparentales y los que se desarrollan al interior de familias con ambos

progenitores. Alvarado, Cabrera y Rivera (2011) mencionan varios estudios en donde se ha encontrado que los hijos de familias monoparentales son estadísticamente más propensos a la pobreza, al desempleo, al abandono escolar y al involucramiento en actividades delictivas, en comparación con aquellos niños que conviven con ambos progenitores. De igual forma, Amato (2005) concluye que los niños que crecen únicamente con uno de los padres (generalmente la madre) tienen mayor probabilidad de experimentar problemas cognitivos, emocionales y sociales, no sólo durante la infancia sino también en la edad adulta. Y el estudio de Coleman, Ganong y Fine (2000) revela que los niños que viven con ambos padres tienen un mejor estilo de vida en comparación con los niños que viven solo con su madre.

A pesar de los cambios históricos en la composición de la familia, ésta siempre ha desempeñado una serie de funciones inherentes para la sociedad, por lo cual al interior de ella se designan roles y responsabilidades a cada uno de los miembros que la componen. González, (s. f.) indica que la sociología tradicional distingue dos tipos de funciones de la familia: las funciones básicas y las funciones humanizadoras. El primer tipo de funciones, las básicas, responden al papel de la familia como institución de la sociedad, y las segundas responden a las necesidades del individuo.

Dentro de las funciones básicas, se encuentran la función biológica, es decir, la reproducción, el engendrar la vida humana; la función económica, la cual tiene como finalidad la obtención de los recursos materiales suficientes para la subsistencia de sus miembros; la función de protección, ofrecer a cada uno de sus miembros seguridad ante los riesgos, en especial a los vulnerables como son niños, ancianos, enfermos o discapacitados; la función educativa, implica la transmisión de conocimientos, valores y creencias religiosas, actualmente parte de esta función se deposita o se apoya en las escuelas; y la función afectiva, la cual diferencia a esta institución de las otras, ya que es únicamente al interior de la familia en donde se brinda amor, afecto, proximidad y cercanía que vincula a los miembros como parte de un grupo único, lo cual es fundamental para el sano desarrollo de los individuos y condiciona el tipo de relaciones que se establecen y reproducen con los otros externos a la familia (González, s. f.).

En cuanto a las funciones humanizadoras, se encuentra la función de la personalización y la socialización. La personalización consiste en el proceso de desarrollo como persona, en donde los miembros apoyan al individuo en el ciclo del nacimiento, independencia hasta la muerte. Y la función socializadora implica el proceso por el cual el sujeto adquiere de la familia las habilidades y conocimientos para su adecuado desenvolvimiento en la sociedad, para la interrelación con los otros. Esta última función contrarresta en gran medida los efectos individualistas de la sociedad actual, y su ausencia o debilitamiento es el origen de muchas problemáticas sociales (Gonzales, s. f.).

En cuanto a la función específica de los padres, radica en que la importancia de los progenitores para los seres humanos es exponencial si se compara con el resto de las especies, ya que los niños son mucho más dependientes de sus padres y requieren de ellos por un tiempo más largo que las crías de cualquier otra especie. Esto implica que los niños requieren de los cuidados de los padres hasta convertirse en personas independientes, capaces de valerse por sí mismos. Por lo que la función fundamental de los padres es el garantizar la supervivencia y sano desarrollo de los niños.

Kneier (1996) analiza una serie de estudios sobre el papel que los padres desempeñan al interior de la familia, en donde se plantean las funciones inherentes a la crianza, resaltando el sano desarrollo de los hijos. Los estudios de niños y padres demostraron que los instintos y necesidades, tanto de los niños como de los padres tienden a satisfacer esta función a través del amor. La contribución de los padres, se basa en el sentimiento profundo de cuidado, protección y conexión emocional que experimentan hacia sus hijos. Los niños vienen al mundo, por naturaleza, con esta necesidad hacia sus padres: son dependientes, y por instinto aman a sus cuidadores. El autor indica que ambos padres están equipados igualmente, a excepción de la lactancia materna, para brindar a los niños el cuidado, protección, amor y socialización que necesitan. Sostiene además que los padres y madres son igualmente capaces de ver y responder a las señales de los niños de hambre, malestar, fatiga, etc. Son igualmente ansiosos al dejar al niño al cuidado de una tercera persona. Incluso tienen reacciones fisiológicas similares ante la angustia del niño.

Sin embargo, el autor encuentra una diferencia esencial. Además de las necesidades generales de la crianza de los hijos, las cuales ambos padres satisfacen, los niños tienen necesidades específicas. Es decir, además del amor en general, la socialización, la protección y el cuidado, que los niños requieren y que ambos (padre y madre) son capaces de satisfacer, existen necesidades específicas que los niños tienen para cada uno de ellos (padre y madre) y estas se corresponden con las necesidades específicas que los padres y las madres cumplen en el desarrollo de los niños. Sin embargo, esta contribución específica del padre y de la madre únicamente puede ser desarrollada en el contexto de la unión en general, el apego y la relación con el niño. Es la naturaleza específica del involucramiento con el niño lo que difiere en algunas áreas. Por lo que la madre no puede ser padre, y el padre no puede ser madre (Kneier, 1996).

Kneier (1996) concluye que en general, las madres y padres tienen habilidades de crianza iguales, junto con la contribución específica de su género. No hay evidencia de que las mujeres están biológicamente mejor equipadas para la crianza de los hijos, excepto, por supuesto, para la lactancia. Los padres y las madres tienen más similitudes para la crianza competente que diferencias. Por lo tanto, si es necesario, un niño puede llegar a funcionar solo con el padre o sólo con la madre. Sin embargo, la pérdida de una relación comprometida con cada uno será una desventaja significativa para el desarrollo del niño. Esto es así desde la infancia en adelante: los niños vienen al mundo no solo con necesidades generales de sus padres: ellos también tienen necesidades maternas y necesidades paternas específicas.

No obstante, estas contribuciones específicas no son del todo claras y debido al pensamiento tradicional imperante en el contexto mexicano se tiende a minimizar la función paterna al papel económico y enfatizar el papel de la madre como única responsable de los hijos. Por lo que en la literatura especializada de los últimos años se han realizado esfuerzos por analizar el papel desempeñado por el padre mexicano y otros enfocados a comprender cuáles son las funciones que tiene el padre en el desarrollo de los hijos. En los apartados subsecuentes se desarrollan estas temáticas.

2.3 Funciones del padre

El papel del padre ha sido cada vez más estudiado en los últimos años. Al respecto, Kneier, (1996) afirma que existen dos tendencias generales en la investigación. En primer lugar están los estudios que tratan de mostrar que los niños pueden crecer y desarrollarse sin un padre. Y la segunda asume que el padre tiene una influencia relevante en el desarrollo de los hijos e intenta clarificar cuáles son las contribuciones específicas que lo diferencian del papel de la madre.

En cuanto a posicionarse en alguna de estas tendencias, si se observa simplemente la asociación estadística entre la ausencia del padre y varios problemas psicológicos, sociales, físicos, etc., se puede evidenciar el papel crucial que cumple el padre. Además si se presta atención a hallazgos recientes se puede corroborar que aunque la madre es esencial para la crianza de los hijos, también lo es el padre. Y sus aportaciones a los hijos son distintas a las que hace la madre y a su vez son irremplazables. En el presente proyecto se parte de esta tendencia, asumiendo que el padre realiza contribuciones específicas al niño y que de su ausencia se obtienen repercusiones en la vida de los hijos. A continuación se exponen a los autores que coinciden con esta postura y se resumen los hallazgos que la corroboran, ofreciendo funciones y contribuciones específicas del padre.

Diferentes autores han retomado esta ardua tarea, la de investigar cuáles son las funciones del padre, tanto las generales como las específicas. A continuación se describen autores clásicos que realizaron las primeras observaciones sobre las funciones generales del padre. Iniciando con Winnicott, quien se ha ocupado del padre, sin embargo, le otorga un papel secundario en cuanto a su relevancia, ya que para él es el vínculo diádico entre la madre y el bebé lo que sentará las bases para su ulterior desarrollo.

Desde esta postura el padre tiene un papel secundario, debido a que para Winnicott(1956) la madre tiene una condición psicológica especial que se consolida en las fases más avanzadas del embarazo, en que la madre entra en un estado que ha denominado preocupación maternal primaria, a través de la

cual, entra en una especie de “sensibilidad exaltada”, que compara con una fuga mental, o disociación, una “enfermedad” necesaria, de la que tiene que entrar para ser capaz de adaptarse sensiblemente a las necesidades de su hijo. Por lo que es capaz de asumir funciones específicas que determinan el sano desarrollo del niño. Estas funciones maternas primordiales son tres: el sostenimiento, la manipulación y la presentación objetal. La primera refiere a todo aquello que hace la madre hace por el bebé en el periodo de dependencia absoluta, la segunda implica que la madre posibilita en el niño la diferenciación psicósomática, es decir, distinguir lo que es real de lo irreal, y la tercera es la habilitación de su capacidad de relacionarse con los objetos, y por lo tanto su capacidad de establecer relaciones interpersonales (Winnicott, 1956).

Sin embargo, fue uno de los primeros teóricos en atender también al papel del padre. Para Winnicott la función primordial del padre es el complejo paterno, es decir, el bebé primero conoce a la madre de quien adquiere cualidades “blandas” como son sus características de delicadeza, dulzura y suavidad, aun cuando la madre tiene también características duras como la severidad y estrictez. Y el padre constituye un “complejo paterno”, en el que posteriormente, y tras su contacto con el niño, las cualidades duras de la madre se aglutinan en el complejo paterno, y así, “el padre encarna el elemento duro de la pareja parental y la madre el blando” en el mundo interno del niño.

Posteriormente desarrolló otras funciones inherentes a la paternidad, en cuanto a las responsabilidades y obligaciones que el padre debe asumir, resaltando la presencia física del padre. Badinter (1991) sintetiza sus postulados sobre las funciones del buen padre:

1. Protector de la díada madre – hijo/a
2. Sostén económico de la madre
3. Proveer de un espacio para que la madre pueda desarrollar su tarea con el infante.

Es la madre quien a través de su discurso, presenta al padre al hijo, favoreciendo su proximidad y permitiendo la creación de un vínculo. Sin embargo, el padre adquiere relevancia en función de que él es

quien protege esta díada, asegurándose que la madre tenga lo necesario para constituirse en una “buena madre”, no solo en términos materiales, sino que implica el ofrecimiento de un ambiente de protección y dicha. Este ambiente benefactor depende de una función de sostenimiento que el padre ejerce con la madre para que ella, al sentirse apoyada y comprendida, adquiera confianza en sí misma en relación con el cuidado a su bebé. Además Winnicott (1975) indica que el padre es el portador del mundo y la madre es la portadora del hogar, es decir, mientras que la madre representa las labores de la casa que son conocidas por el niño mediante las actividades que realiza la madre, el padre muestra al niño, con su trabajo y las actividades que realiza al exterior, el mundo.

Uno de los principales autores que postulan la función específica del padre es Preutt (2000), quien realizó una profunda investigación sobre las necesidades de los niños, donde explica que los niños tienen desde muy pequeños necesidades que pueden ser satisfechas a través del cuidado de cualquiera de los padres, es decir, tanto la madre como el padre las pueden solventar, pero también existen otras necesidades específicas que únicamente uno de ellos, por su condición de género puede satisfacer adecuadamente. Por lo que, tomando en cuenta que en la literatura especializada existe mucha información sobre las contribuciones de la madre al desarrollo de los hijos, realizó un arduo esfuerzo por comprender cuáles son las contribuciones que específicamente el padre realiza en el desarrollo de los niños.

El autor indica que "la influencia del padre puede ser especialmente importante precisamente porque es una influencia que no proviene de la madre". El padre equilibra la poderosa atracción de la madre hacia el hijo; lo hace simplemente por ser una figura distinta a la madre, interesante en sí misma. Mediante este equilibrio, la separación del padre de la madre, en combinación con la constancia del padre, le da al niño un refugio seguro ante la tormenta de autonomía que se manifiesta con tanta fuerza en el segundo año de vida. Dándole la posibilidad de madurar y de adquirir autonomía. A sí mismo, permite desarrollar la autoestima y confianza en sí mismo cuando más importa, en la formación temprana de la personalidad Preutt (2000).

Los padres promueven en los niños la aceptación de la realidad, les enseña a enfrentar los obstáculos. Incluso cuando los hombres sirven como cuidadores primarios, este papel se queda en sus manos, y los niños parecen contar con ello para cumplir esa promesa, la de arribar seguros al mundo real más allá de los brazos de su madre. Así mismo indica que no es necesario ser el mejor padre, como no es necesario ser la mejor madre. Para el niño, el padre que se da a sí mismo y que lo ama es el que necesita. A menos que el padre esté muy perturbado o sea abusivo, el niño lo necesita (Preutt, 2000).

Los estudios de Preutt (2000) muestran las tres cosas simples y básicas en los padres que afectan positivamente el desarrollo de su hijo:

1. Su calidez, incluso si él no está especialmente implicado;
2. Su masculinidad, simplemente el hecho de que él es un hombre y
3. Su diferencia con la madre en su comportamiento y su forma de relacionarse socialmente.

La conclusión a la que llega sobre la contribución del padre es que la calidad de la relación entre padre e hijo es lo que le permite generar un efecto positivo en los hijos. Al igual que con las madres, en los padres, la calidad es lo que más cuenta. El valor global y el efecto del padre dependen de la calidad en atención y la interacción con el niño. El grado en que el padre es sensible a las necesidades del niño, el grado en que puede ver y reaccionar ante el niño de manera objetiva y constructiva, determina el valor total de su contribución. Una interacción frecuente y responsable en la vida real del niño es la condición necesaria para la entrega de la paternidad. Para un padre, lo que hace y cómo lo hace, y quién es, es más importantes que el tiempo o la frecuencia con que lo hace. Pero sin tiempo regular suficiente, incluso el mejor padre no puede contribuir al desarrollo del niño (Preutt, 2000). Por supuesto, entre mayor involucramiento, mejor.

Kneier (1996), de quien ya extrajimos el postulado de que existen coincidencias entre padres y madres, pero que el efecto de los estilos distintivos entre ellos son muy interesantes. Realiza también un análisis de las contribuciones específicas del padre para el desarrollo de los hijos, retomando la función

general del padre: el ser una figura distinta a la madre, interesante en sí misma. Ya que de esta cualidad inherente al padre se desprenden una serie de elementos que condicionan una vinculación diferente y que por lo mismo le brinda al niño elementos de adaptación e independencia. Ya que el vínculo madre-hijo es tan cercano, comenzando como un solo cuerpo, el hecho de que el padre es igual de cercano pero de una manera distinta, tiene una gran relevancia. Indica que los niños necesitan de ambos, del mismo modo que necesitan un exitoso ajuste a su familia y una relación funcional con el mundo. El estilo materno promueve el ajuste en la familia, mientras que el estilo paterno promueve el ajuste al mundo. De esta función primordial, el ajuste hacía el mundo nos ocuparemos a continuación.

El padre ayuda al niño sobre todo con su individuación, la competencia en el mundo externo y su independencia. Esto comienza muy tempranamente, el padre se relaciona con él bebe de forma distinta a como lo hace la madre. Él padre tiende a incitar a su bebé a jugar físicamente con él, a usar su propio cuerpo en el juego. Lo más interesante es que tiende a variar lo que hace con su bebé, exponiendo al niño a lo novedoso e impredecible. El padre alienta a la exploración, novedad e incluso a tomar riesgos. El padre fomenta la tolerancia a la frustración y autoconfianza al enfrentar desafíos. Al disciplinar, a los niños a medida en que crecen, el padre se enfoca más en las consecuencias prácticas de la mala conducta que en las consecuencias emocionales. A diferencia de la madre, quien tiende a centrarse en la comodidad, igualdad, la previsibilidad, rutina y los problemas emocionales de la vida de sus hijos (Kneier, 1996). Sobre la individuación, estudios recientes han corroborado que el padre promueve el ajuste al mundo exterior, ya que la presencia del padre se relaciona con la seguridad en la exploración del mundo y el manejo de la frustración para su relación con el medio (Sánchez, s. f.).

La función paterna hace surgir la dimensión temporal, delimitando los tiempos en el hogar; asigna los roles dentro de la dinámica familiar; condiciona la salida de los hijos, favoreciendo a la emancipación y promueve la realización de su proyecto de vida; es decir, es el agente socializante de la familia (Chouhy, 2000). Es entonces responsabilidad del padre el proveer de los recursos necesarios al adolescente para que éste logre posicionarse dentro de la sociedad, salir del refugio del hogar y apropiarse de un proyecto de

vida. Por lo que a mayor deficiencia en el desempeño de la función del padre, mayor dificultad en la consolidación de la emancipación. La manera en que esto se logra es porque el padre, siendo la autoridad, enseña al hijo en sus interacciones diarias a respetar una jerarquía, dándole las herramientas para que en un futuro sea el hijo quien herede el control, y sea capaz de formar su propia familia y continuar el legado. Estas delimitaciones en cuanto al lugar del hijo dentro de la familia se interiorizan y se reproducen en la sociedad.

Otra función es la separación de la díada madre-hijo, esta función ha sido desarrollada por Sigmund Freud, quien otorga un papel crucial al padre en el desarrollo de la teoría psicoanalítica. La madre es el primer agente socializador del niño y el papel del padre adquiere mayor importancia cuando se instaura el proceso del complejo de Edipo. Es a partir de la vivencia y resolución del niño de la conflictiva en esta triangulación que se realiza la estructuración del superyó (Freud, 1953). Esto implica “la corriente de amor del hijo varón hacia la madre y rivalidad hacia el padre, y por el contrario, en las niñas, la corriente de amor hacia el padre y rivalidad frente a la madre” (Tallaferro, 2005, p. 117). La situación de ambivalencia que tienen los varones hacia el padre y las mujeres hacia la madre hace que utilicen diversos mecanismos con el fin de resolverla, el papel del padre es vital en este momento ya que “el primer objeto sobre el que se concentra el deseo sexual del hombre es siempre de naturaleza incestuosa... y solamente a fuerza de severísimas prohibiciones es como consigue reprimir esta inclinación infantil” (Freud, 1953, p. 279).

Es decir, antes de la fase edípica el niño se encuentra en un único vínculo con la madre debido a su dependencia biológica total, sin embargo, de prolongarse puede constituirse en patógeno, ya que el niño responde al deseo de la madre, así, el padre a través de su presencia, separa al hijo de la madre y le hace comprender que la madre pertenece a otro (deseo incestuoso) y para superar su angustia de castración debe elaborar el duelo. Sólo cuando interioriza la Ley paterna el niño puede formar un yo autónomo que lo llevará a la individualidad (Badinter, 1991). Para Freud y sus sucesores el padre simboliza la Ley y las normas sociales, convirtiéndose en un ideal (Freud, 1953). Es el trasmisor de la Ley y su heredero es la

formación del Superyó, instancia psíquica responsable de las funciones críticas, opuesta a los deseos derivados de las pulsiones que provienen del Ello (Díaz, 1998).

Para comprender de manera clara el papel que juega el padre en el desarrollo de los hijos, tanto varones como niñas, se explica brevemente cómo se constituye el Complejo de Edipo. Freud (1899) trata el tema en la “Interpretación de los sueños”, en donde indica que en el varón se observa una gran corriente de amor hacía la madre, con quien comparte un vínculo fundamental, entonces la presencia del padre amenaza esa díada constituida por lo que el varón experimenta una ambivalencia afectiva hacía el padre, ya que por una parte lo ama, y por otra desea que muera, ya que desea ocupar su lugar privilegiado junto a su madre amada. Posteriormente, el afecto que siente el varón hacía su padre, sumado al temor que siente a que éste le castigue (temor de castración) genera que el niño renuncie a sus deseos incestuosos hacia la madre y se identifique con el padre, de tal manera que en el futuro se convierta en un hombre como él y pueda acceda a su propia mujer y familia.

En cuanto a la niña, Freud (1899) explica que consiste en el deseo de la niña de ocupar el lugar de la madre y ser la mujer del padre, que coexiste con la ternura y amor que siente hacía su madre, su primer objeto de amor. Sin embargo, la niña experimenta cierta decepción, al observar que su madre ha sido “castrada” (debido a la diferencia anatómica entre los sexos), por lo que siente hostilidad hacia la madre y entonces dirige su amor hacia su padre, ya que es la figura capaz de “otorgarle el pene deseado”. Sin embargo, esta fantasía se vive bajo mucha angustia, lo cual la lleva a reconocer la castración y renunciar a su deseo desplazándolo a al deseo de recibir un hijo como regalo del padre, por lo que cambia de zona erógena y se identifica con la madre.

León (2013) explica las consecuencias psicológicas de la resolución positiva del complejo de Edipo:

“en el niño es correlativa a la identificación con el padre, la internalización del superyó y el ingreso al período de latencia, mientras que en la niña exigirá adicionalmente el cambio de objeto

amoroso (de la madre al padre) y el cambio de zona erógena desde el clítoris (sustituto fálico) a la vagina –considerada por Freud como la verdadera zona erógena de la mujer–, junto con una identificación con la madre” (p. 40).

Entonces, el autor explica que según el psicoanálisis freudiano, la presencia del padre implica un mediador entre la madre y el hijo (varón), que impide que la madre tome al hijo como sustituto del esposo, ya que de ser así la madre volcaría en el hijo un exceso de ternura que terminaría por mermar la virilidad del niño por una maduración precoz de su erotismo. En cambio, en la hija, el papel del padre impera en ser la figura tras la cual la niña reconoce la castración, debe renunciar a él y dar lugar a su madre, identificarse con ella para buscar bajo su feminidad la posibilidad de crecer y tener su propio hijo.

En este sentido, Ramírez (1977) en su análisis del psiquismo del mexicano menciona que es el padre quien permite la formación de la identidad, ya que “el objeto susceptible de satisfacer las necesidades de identificación masculina en el niño será el padre” (p. 8). El autor hace énfasis en la importancia de la identificación del hijo varón con el padre, ya que en su estudio observó que en las familias en donde el padre era ausente, los hijos tendían a mostrar conductas masculinas estereotipadas, exageradas, “caricaturescas” del hombre, que en conjunto exhiben una falsa masculinidad que delinea el machismo en México.

Entonces, acerca de la importancia del padre, León (2013) hace una síntesis de los elementos freudianos que en su artículo “Tótem y Tabú” fundamentan el lugar del padre en el desarrollo del psiquismo de los hijos: En primer lugar, la noción de que el complejo paterno cumple una función primordial en la constitución psíquica del individuo, así como en la organización de las sociedades. En segundo lugar, esta función está determinada no tanto por la relación biológica existente, sino por el ejercicio de una función regulada por la ley. En tercer lugar, tal función de ley parte de la prohibición del incesto por lo que separa al hijo de la madre. En cuarto lugar supone la supremacía del principio de

realidad sobre el principio del placer, es decir, el hijo está obligado a aceptar la ley y disponerse a adaptarse a los cánones de la sociedad (León, 2013).

Finalmente, se presenta la función simbólica, denominada la Ley del Padre. Lacan (1971) se ocupa de la figura simbólica del padre, es él quien da el nombre, a través del cual el niño conoce sus orígenes, su historia. Lo cual se comprende a partir de su teorización de los tres momentos del complejo de Edipo, en donde en un primer momento el niño se identifica solo con la imago, en un segundo momento se identifica con el deseo de la madre (que es el falo) y finalmente a través de la angustia de castración entiende que él no es el falo y tampoco lo es su padre, ya que sólo pueden transmitirlo de generación en generación, al ingresar al orden simbólico aceptará la Ley.

Plantea que es la madre quien a través de su discurso proclama la Ley del Padre, por lo que en su ausencia (no real sino simbólica en el discurso de la madre) no es posible la triangulación edípica, entrando el niño en la ilusión de ser el falo de madre (lo que constituirá psicosis) (Lacan, 1958).

2.4 Padre en el contexto mexicano

El papel que juega el padre en la familia mexicana tiene sus raíces en la conformación de una sociedad de doble moral, en la que existe una desigualdad en los roles que se asignan a la mujer y al hombre (Ramírez, 1977), los cuales se extienden a las nociones de maternidad y paternidad. El hombre tiene derechos que la mujer no posee, es dueño del dinero, placeres y privilegios. Razón por la cual, el involucramiento en la crianza de los hijos es desestimada. En la mayoría de los casos, existe un vínculo carente de afecto, atención y comunicación del padre con los hijos, y en los casos más extremos, no existe vínculo alguno con ellos.

Ramírez (1975), describe en su obra las características del padre y madre, indicando que el padre es generalmente ausente, tanto como presencia real como en su carácter de compañía emocional y no participa de manera activa en la crianza de los hijos, por lo que se convierte “en una figura cuando no

ausente, eventual y transitoria” (p. 33). Y menciona que esto genera que la sociedad mexicana se caracterice por un vínculo intenso con la madre y la ausencia del padre, en donde el niño reconoce a la madre como abnegada, trabajadora y es quien asume la responsabilidad de la crianza. Y cuando el padre rompe el vínculo madre-hijo con sus prohibiciones, la madre reconoce al padre, hace que el hijo reconozca al padre como suma autoridad.

El autor indica que el padre es la figura susceptible de satisfacer las necesidades de identificación masculina en el niño, por lo que en su ausencia el hijo crece carente de una figura masculina a la cual interiorizar, una figura capaz de estructurarlo, por lo que tiene que buscar en aspectos externos a él elementos que no ha incorporado, imposibilitando que el hijo crezca para convertirse en un adulto capaz de asumir una identidad masculina real, sino que busca elementos externos “masculinos” distorsionados, caricaturizados, generando en él la cualidad machista (Ramírez, 1977).

Aunado a ello, la madre, sumisa, abnegada, refuerza estas características machistas en el hijo, ya que en su relación con el padre, cuando este está físicamente en casa, ella le cuida y alimenta, le sirve, se convierte en el objeto de atenciones de la madre y obliga al hijo a respetar la disciplina del padre, aun cuando ambos saben que el padre volverá a ausentarse, causando a madre dolor y frustración. El niño entra en una dinámica triangulada en donde la madre transmite al niño la idea de un padre temido, que al mismo tiempo, es anhelado, porque el hijo tiende a buscar a esa figura masculina con la cual identificarse. El niño adopta esta doble caracterización de un padre fuerte, idealizado, anhelado y no alcanzado, odiado, que con compulsión se aferra a una identidad para la cual se carece del trasfondo básico que haría posible la identificación primitivamente negada (Ramírez, 1977). Las familias mexicanas experimentan y reproducen este tipo de relaciones y la asignación de roles asimétricos es transmitida de generación en generación.

Es necesario enfatizar en este análisis cultural de la población mexicana que el contexto data ya de más de 40 años, por lo que es necesario explorar las características de la familia mexicana en la

actualidad, sin embargo, es justo afirmar que este pensamiento tradicional ha sido una herencia que se perpetúa en muchos hogares hasta el día de hoy. También es importante señalar que Ramírez (1977) describe con detalle el vínculo triangular y sus consecuencias en el desarrollo del hijo varón, no obstante, la perspectiva de la hija requiere mayor investigación.

Al respecto, González (1996) efectuó una investigación con familias en el Estado de México, cuyo objetivo fue determinar cuál es la imagen de la figura del padre en México, en donde se concluye que en la actualidad ha habido un progreso en la sociedad mexicana en cuanto a los papeles que desempeñan recíprocamente el hombre y la mujer, sin embargo, en cuanto al machismo el avance es menor, lo cual se extiende al papel del hombre en la paternidad responsable. Y sobre los sentimientos que guardan los niños hacía el padre, encontró que aun cuando sienten enojo con el padre, también tienen una imagen positiva y afectuosa hacía esta figura.

Explicitado el contexto mexicano, en el cual el padre es ajeno al hijo tanto como presencia física dentro de la familia y en el carácter emocional, lo cual imposibilita una adecuada identificación del niño con la cualidad masculina, es necesario reflexionar sobre cuáles son las otras funciones que tiene esta figura y posteriormente explicitar las repercusiones que conlleva el que el padre no asuma estas funciones.

2.5 Implicaciones de la ausencia paterna

Las funciones generales como específicas del padre, así como su importancia en la conformación del psiquismo de los hijos, delimitada en función de su diferencia con el papel que desempeña la madre, nos habla de su especificidad en la contribución al sano desarrollo y desenvolvimiento en el hijo, en cuanto a que permite la conformación de su identidad, su autonomía y autorregulación, en general su ajuste en el mundo externo. Por lo tanto, su ausencia implica una serie de carencias para el hijo, ya que lo priva del desarrollo de los recursos psicológicos explicitados.

Ante esta situación, diferentes autores realizaron estudios para investigar cuáles son las consecuencias que conlleva para los niños el carecer del padre. En seguida se describen las principales asociaciones estadísticas que se han encontrado, entre la ausencia paterna y distintas variables.

En cuanto a trastornos de conducta y problemas escolares Kneier (1996) resume los hallazgos encontrados en E.U. diferentes instituciones.

- a) El 85 % de todos los niños que presentan trastornos de conducta vienen de hogares sin padre.
- b) El 90 % de todos los niños sin hogar y fugitivos son de hogares sin padre.
- c) El 71 % de todos los desertores de la escuela vienen de hogares sin padre.

Blanchard y Biller, (1971), realizaron una investigación sobre el desempeño escolar. Compararon en este sentido cuatro grupos de niños: padre ausente con pérdida anterior a los tres años de edad, padre ausente con pérdida posterior a los cinco años de edad, padre presente con menos de seis horas de convivencia por semana y padre presente con más de catorce horas de convivencia por semana. El estudio muestra que las variables "contacto con el padre" y "desempeño académico" están fuertemente correlacionadas. El desempeño escolar más bajo fue el del primer grupo, con pérdida del padre anterior a los tres años de edad.

Es interesante mencionar que en el estudio realizado por Chouhy en 2000, es decir, cuatro años después al de Kneier, confirma esta correlación. Ya que el menciona que el 70% de delincuentes juveniles, de los homicidas menores de 20 años y de los individuos arrestados por violación y otras ofensas sexuales graves, crecieron sin padre. Llad Phillips y William Comanor, citados en el mismo estudio, realizaron un seguimiento de más de 15.000 adolescentes y encontraron una fuerte asociación estadística entre ausencia de padre y delincuencia juvenil: el riesgo de actividad criminal en la adolescencia se duplica para varones criados sin figura paterna. Chouhy (2000) enfatiza dentro de este estudio, que el impacto de una madre

ausente respecto de la variable criminalidad es casi nulo, lo que confirma la especificidad de la figura paterna respecto de la conducta transgresora.

También menciona que son 5 veces más propensos a cometer suicidio, y 20 veces más probable de que terminen encarcelados por algún crimen. En cuanto a las hijas, encontró que son 53% más propensas a casarse en la adolescencia, tienen 164% mayor probabilidad de embarazarse antes del matrimonio y el 92% más propensas a disolver sus matrimonios (Kneier, 1996).

McLanahan y Sandefur (1994), realizaron un seguimiento de más de 70,000 adolescentes durante casi 20 años, el cual confirma lo expuesto por Kneier sobre los embarazos, y aportan mayores datos específicos sobre las mujeres que crecieron sin su padre. Encontraron que el riesgo de permanecer sin estudiar ni trabajar por períodos prolongados es un 50% más alto, el riesgo de interrumpir los estudios secundarios es un 100% más alto, y el riesgo de embarazo en la adolescencia es también un 100% más alto.

Tales estadísticas indican una fuerte relación entre la ausencia paterna y una serie de consecuencias negativas para los hijos, sin embargo, hay que leerlas con cuidado y tomar en consideración que la carencia del padre en sí misma no es la única causa de tales problemas sociales, pero si los condicionan, tanto por el desajuste social que causa, como por la carencia de recursos psicológicos que el padre brinda a los hijos y que son los responsables de salvaguardarlos de estas conductas. Estos recursos psicológicos ya han sido descritos en las funciones del padre. Es decir, si el padre no está presente para ayudar al hijo a regular sus impulsos, a formar una identidad propia, no distorsionada, tampoco fomenta en el hijo la exploración del mundo, su adaptación y ajuste dentro de las normas sociales, difícilmente podrá generar formas de interacción con los otros y consigo mismo sanas, lo cual es el origen de muchos problemas sociales de la actualidad.

Capítulo 3. Adolescencia y consumo de sustancias

La adolescencia es una etapa que desestructura, es una etapa de crisis, por lo que conlleva una serie de conductas riesgosas a las que se exponen los individuos, una de ellas es la adicción. Pero también implica la oportunidad para que los adolescentes reestructuren lo aprendido, la oportunidad de resignificar la relación con las figuras parentales y su elaboración. Por lo que es necesario comprender esta etapa y sus vicisitudes. Para ello se aborda en primer lugar lo que se considera una adolescencia “normal”, para lo cual se aborda el concepto de “síndrome de la adolescencia normal”, en segundo lugar se abordan los temas relacionados al desarrollo de psicopatología en la adolescencia, en tercer lugar se describen las principales conductas de riesgo que conlleva esta etapa y finalmente se profundiza en el desarrollo de adicciones como conducta de riesgo, abordando los principales conceptos relacionados al consumo de sustancias, posteriormente se describen los principales factores de riesgo y protección ante la conducta adictiva y finalmente se abordan los conceptos psicodinámicos que pretenden explicar la adherencia al consumo de drogas.

3.1. Síndrome de la adolescencia normal

La caracterización de la adolescencia ha sufrido cambios a lo largo del tiempo, dependiendo del enfoque con el cual se aborda. La adolescencia es una etapa comprendida entre la infancia y la adultez, sin embargo, esta etapa no es únicamente un periodo de transición, sino que representa en sí misma una serie de procesos indispensable para el desarrollo del sujeto. El enfoque utilizado en el presente proyecto, es el de la adolescencia como etapa de cambio, de desarrollo, de crisis. En donde un proceso estable, continuo, equilibrado es lo anormal. Ya que se parte de los postulados de Arminda Aberastury que a través de las observaciones y análisis realizados en su experiencia en el trabajo con adolescentes describió el “síndrome normal de la adolescencia” en 1971.

Aberastury (1971) reconoce que es un período de transición entre la pubertad y la adultez y afirma que más que una etapa estabilizada es proceso, desarrollo, y que por tanto su aparente patología debe

admitirse y comprenderse. Es decir, se estudia al adolescente a través de sus desequilibrios e inestabilidad propios de la etapa para ubicar sus desviaciones en el contexto actual. La autora numera una serie de síntomas que describen el proceso mediante el cual el adolescente se replantea los conceptos que tiene sobre sí mismo con la finalidad de madurar y lograr la independencia. Esta caracterización describe los procesos psicológicos por los que atraviesa el adolescente. De ellas la primera que interesa para el desarrollo del tema es la búsqueda de sí mismo y de la identidad. Ya que la autora indica que en esta etapa:

Aberastury (1971) reconoce como característica básica la reformulación de conceptos que el adolescente tiene sobre sí mismo, lo cual le lleva a abandonar su autoimagen infantil para proyectarse en la adultez. Por lo que el producto final de esta etapa sería el autoconocimiento como un ser biológico en el mundo. La autora parte de la noción de identidad, centrando su interés en la reedición que se experimenta en el periodo de la adolescencia.

Erikson (1974) ha definido a la identidad como una entidad yoíca. El autor estableció una serie de estadios en el proceso de la formación de la identidad. Menciona lo que en cada gran estadio establecido va desarrollando en el sentimiento de identidad del sujeto:

1. Estadio-oral, primer año de vida: sentimiento de confianza básica. Deja en el sujeto la convicción de que “soy lo que espero tener y dar”
2. Estadio-anal, segundo y tercer año de vida: sentimiento de autonomía, de libre albedrío o, por el contrario de vergüenza y duda. Deja en el sujeto la convicción de que “soy lo que puedo desear libremente”
3. Estadio fálico-final, tercer año a sexto año de vida: sentimiento de iniciativa, le gusta hacer y estar en el hacer.

Erikson (1974) desarrolla conceptualmente la búsqueda de identidad adolescente, indicando que la adolescencia es una forma de vida distinta y transitoria entre la infancia y la edad adulta. A través de esta etapa desestabilizadora, se sintetizan los recursos psíquicos adquiridos en las etapas anteriores y se da pie

a una reestructuración en la personalidad. Por el contrario, describió la difusión de la identidad como una condición peligrosa para las personas como modo de conducirse en la vida, ya que crea dificultades intrapsíquicas, e interpersonales, por el contrario la buena síntesis de identidad permite la consolidación del estado personal y social.

Si bien la cuestión de la construcción de la identidad es un proceso que se lleva a cabo durante toda la vida, constituye un factor central en la etapa de la adolescencia debido a que es en ella en que se vivencia los cambios físicos, cognitivos y sociales (Mestre, Samper, y García, 2001).

3.2. Consumo de sustancias

El adolescente se encuentra en un momento de transición en su desarrollo. Los cambios, biológicos, sociales, psicológicos, que condicionan en el adolescente una serie de ajustes y desequilibrios que lo llevan a la búsqueda de sí mismo. Debe atravesar una serie de procesos para consolidar su identidad, su autonomía y las bases para la conformación de una pareja y una familia propia. Razón por la cual, los adolescentes buscan una nueva identidad, en correspondencia con el rol que los conduce a la adultez. Todo esto se convierte en metas trascendentales del ciclo vital que el adolescente debe alcanzar, para lo cual es indispensable el apoyo de tres contextos fundamentales: la familia, la escuela y el grupo de amigos.

Ante estos nuevos retos, que son al mismo tiempo percibidos como desafiantes, angustiantes y excitantes, el adolescente requiere de sus propios recursos y de apoyo externo para solventarlos. Los adolescentes buscan exponerse tanto a nuevas experiencias como a nuevas sensaciones. Sin embargo, estas experiencias que el adolescente busca con tanta tenacidad experimentar, no son razonadas lógicamente, sino que se dejan llevar por impulsividad, lo cual representa la posibilidad de realizar conductas riesgosas, ante las cuales no todos los adolescentes tienen la capacidad de enfrentar.

Al respecto, Becoña E. y Córtes, (2010) mencionan que existen tres contextos fundamentales en la vida del adolescente: familia, escuela y amistades, los cuales tienen el potencial de fomentar o inhibir su desarrollo. De su aportación positiva depende la adecuada resolución de estas metas en el adolescente, de lo contrario se convierten en obstáculo para las mismas, desproviniendo al adolescente de la capacidad de arribar a sus metas adecuadamente y exponiéndolos además a conductas negativas consecuencia de la ansiedad y fracasos. Es decir, que los tres factores, familia, escuela y amigos tienen el potencial de convertirse en factores de protección o de riesgo ante conductas de riesgo.

En la actualidad, las conductas de riesgo que se presentan en la etapa de la adolescencia, tales como dependencia a drogas, enfermedades de transmisión sexual, accidentes de tránsito, depresión y suicidio, se constituyen como la principal causa de los problemas de salud (física y mental) de los adolescentes (Santander, Zubarew, Santelices, Argollo, Cerda y Bórquez, 2008).

Sobre esto se ha demostrado que el funcionamiento familiar adecuado es indispensable, ya que su disfunción se ha relacionado a conductas de riesgo como la deserción escolar y la violencia, entre otras. Algunas de las razones de la desavenencia en el funcionamiento de las familias pueden ser explicados por los cambios que se han dado en la estructura de las familias como el aumento de las familias monoparentales y la inserción de la mujer en el mundo laboral, lo que vuelve más vulnerable a este factor de protección para el adolescente (Santander y colabs., 2008).

De acuerdo con Becoña E. y Córtes, (2010) la conducta de riesgo que más se presenta en los adolescentes en la actualidad es el desarrollo de adicciones. El proceso de búsqueda de identidad, la independencia de los padres y la influencia del grupo de amigos hace de la adolescencia un periodo crítico en cuanto a conductas de riesgo en general y específicamente al consumo de drogas. En la mayoría de los casos en que los adolescentes consumen drogas, su uso es esporádico, y tiende a detenerse al final de la adolescencia, incluso diferentes autores han considerado a esta experimentación con drogas como parte de un proceso de individuación, en donde factores como la asunción de responsabilidades en la adultez, como

la inserción al mundo laboral y la conformación de una familia suelen generar la disminución o cese del consumo de sustancias. Sin embargo, en otros casos, el consumo que empieza en esta etapa no se detiene, se prolonga hasta la adultez temprana y puede constituirse en dependencia. Esta contrariedad es fundamental, ya que nos remite a preguntarnos el por qué en algunos casos no constituye dependencia y en otros sí, y cuáles son los factores determinantes para establecer las diferencias.

La mayor de las problemáticas de las adicciones no es el efecto inmediato que produce, sino sus efectos a mediano y largo plazo, ya que tiene repercusiones en la salud, como son las enfermedades crónicas y la muerte, y repercusiones sociales, como los problemas familiares, escolares, económicos, sociales y legales que ocasionan. Especialmente cuando se trata de personas vulnerables, ya sea por su condición social o por la etapa de desarrollo en que se encuentra, como lo es la etapa de la adolescencia.

Para ello se parte de la revisión de los conceptos fundamentales para su entendimiento. A continuación se desarrolla teóricamente el concepto de adicciones, partiendo de la revisión de los conceptos de adicción, conducta adictiva y dependencia.

3.3. Conceptos fundamentales

Las drogas han estado unidas al hombre desde la antigüedad. El uso de sustancias para la intoxicación ha sido utilizado para ritos ceremoniales, como consumo cotidiano, para curar enfermedades y como medios de recreación y relajación. Sin embargo, en la sociedad actual se observa que el uso de drogas representa un fenómeno perjudicial para la salud de los consumidores, ya que su uso se ha exacerbado, generando una adicción, lo cual conlleva una serie de repercusiones en la vida de los usuarios que nos lleva a la necesidad de analizar el fenómeno a profundidad.

En primer lugar se presentan los términos, uso, abuso y dependencia. Según Becoña E. y Córtes, (2010), el *uso* de sustancias implica el consumo esporádico de una sustancia, la cual no conlleva repercusiones en el usuario, o este no identifica consecuencias negativas. El *abuso* implica un uso continuo y perseverante a pesar de las consecuencias negativas asociadas a su consumo. La *dependencia*

se desarrolla cuando el consumo es excesivo, de tal forma que genera consecuencias negativas significativas en la vida del individuo a lo largo de un periodo largo de tiempo. La dependencia incluye el uso intermitente alto de la sustancia y el consumo alto únicamente en fines de semana. Tal proceso de dependencia depende del *potencial adictivo* de cada droga, es decir, la tendencia que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la usan (p. 24). Los autores indican que existen diferencias considerables entre cada droga, el alcohol tiene un potencial menor, ocasionando en la mayoría de los usuarios un consumo social. En cambio, en los fumadores, el cigarro, con un mayor potencial, crea en los usuarios mayores porcentajes de adicción y una dificultad mayor a impedir el consumo (Becoña y Córtes, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó en la Clasificación internacional de enfermedades, décima versión (CIE-10), la definición de síndrome de dependencia, según la cual se caracteriza por un:

“Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto” (OMS, 1993, p. 60.)

El deseo fuerte o incontrolable de ingerir las sustancias constituye la característica principal de la dependencia. Cuando existe la dependencia, tras la recaída, los síntomas se presentan con mayor rapidez en comparación con los individuos no dependientes. Dentro de la dependencia existe la diferenciación entre dependencia física y psicológica. La OMS (1994) los define:

Dependencia física: estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico. Esos trastornos, esto es, los síndromes de abstinencia, están constituidos por

series específicas de síntomas y signos de carácter psíquico y físico peculiares de cada tipo de droga (OMS, 1993, p. 29.).

Dependencia psíquica o psicológica: situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continúa de la droga para producir placer o evitar el malestar (OMS, 1993, p. 30).

El uso de sustancias adictivas es un fenómeno universal, que afecta a los usuarios, sin embargo, existe un proceso que lleva a un individuo del uso casual de las drogas al desarrollo de la dependencia. Consiste en un complejo proceso, Becoña y Córtes, (2010, p. 46) describen las etapas: Fase previa o de predisposición; fase de conocimiento; fase de experimentación e inicio al consumo de sustancias; fase de consolidación, abandono o mantenimiento; y una posible fase de recaída.

Gossop (1989) define los elementos que caracterizan a la adicción: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo.

El concepto de adicciones se aplica tradicionalmente a las sustancias psicoactivas que al ser ingeridas producen cambios en el organismo y que tienen el potencial de generar una dependencia física y psicológica. Sin embargo, en los últimos años se aplica también a las conductas que, aun cuando no existe sustancia, producen tal dependencia. La pérdida de control representa uno de los síntomas más importantes dentro de la conducta adictiva, ya que es el origen de la dependencia, repercutiendo en todas las esferas de su vida. Sin embargo, es también la razón de que las personas adictas reconozcan la necesidad de buscar ayuda (Becoña y colabs., 2010).

Para determinar cuando el consumo de sustancias se ha vuelto un problema para la salud e integridad del consumidor, distintas organizaciones han realizado esfuerzos para caracterizar la presencia de un trastorno asociado al consumo de sustancias. De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su quinta versión (DSM 5), las sustancias que afectan la mente son causa de tres tipos de trastorno: Intoxicación, abstinencia y lo que ahora se denomina trastorno por consumo de sustancias (este último antes llamado dependencia y abuso de sustancias) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p 483).

De acuerdo con el DSM 5, el trastorno por consumo de sustancias se caracteriza por una serie de “síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continua consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia” (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p 483). El diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se puede realizar sobre 10 clases de sustancias: alcohol; Cafeína; cannabis; alucinógenos; Inhalantes; opiáceos; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; estimulantes; tabaco; otras sustancias o sustancias desconocidas.

Globalmente, el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias se basa en un patrón patológico de comportamientos relacionados con el consumo de sustancias. En seguida se resumen los criterios diagnósticos aplicables a los trastornos por consumo de sustancias, según el DSM 5:

En cuanto a la organización diagnóstica, el criterio A es aplicable a todos los grupos de criterios que se refieren al *control deficitario*, al *deterioro social*, al *consumo de riesgo* y a los *farmacológicos*.

El control deficitario sobre el consumo de la sustancia compone el primer grupo de criterios (Criterios 1-4).

1. La persona consume grandes cantidades de sustancia o lo hace durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. La persona expresa deseos insistentes de dejar o de regular su consumo y relata múltiples esfuerzos fallidos por disminuir o abandonar este.

3. La persona invierte una gran parte de su tiempo intentando conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos. En los casos más graves es posible que las actividades diarias de la persona giren en torno a la sustancia.

4. Existe un deseo intenso de consumo manifestado por un ansia y una urgencia en cualquier momento (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p 483).

El deterioro social constituye el segundo grupo de criterios (Criterios 5-7).

5. El consumo recurrente de sustancias puede conllevar el incumplimiento de los deberes fundamentales en los ámbitos académico, laboral o doméstico.

6. La persona podría seguir consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal causados o exacerbados por los efectos del consumo.

7. Se reducen o abandonan importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo de sustancias (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p 483).

El tercer grupo de criterios se refiere al consumo de riesgo de la sustancia (Criterios 8 y 9).

8. Puede producirse un consumo recurrente de la sustancia incluso en aquellas situaciones en las que esta provoca un riesgo físico.

9. La persona consume de forma continuada a pesar de saber que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que probablemente se puede originar o exacerbar por dicho consumo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p 483).

Los criterios farmacológicos conforman el último grupo (Criterios 10 y 11).

10. La tolerancia se define como el aumento significativo de las dosis de la sustancia para conseguir los efectos deseados, o como una reducción notable del efecto cuando se consume la dosis habitual.

11. La abstinencia es un síndrome que ocurre cuando disminuyen las concentraciones la sustancia en la sangre o los tejidos en una persona que ha sido una gran consumidora de manera prolongada.

Es probable que la persona consuma la sustancia para aliviar los síntomas que produce la abstinencia (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 484).

Para el presente proyecto se partirá de los criterios diagnósticos establecidos por la OMS en el CIE-10, para establecer la presencia de un trastorno debido al consumo de sustancias. La OMS habla de abuso de drogas cuando se presenta un uso desadaptativo persistente o esporádico de una sustancia psicoactiva “caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado...por el consumo...” (OMS, 1994, p. 11).

En el CIE-10 se incluye una amplia variedad de trastornos que difieren en gravedad y forma clínica, pero que todos son atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas que pueden ser o no de prescripción médica. Este sistema de clasificación se distingue de otros, porque permite identificar en el código la sustancia involucrada y el estado clínico. Los trastornos considerados son:

F10. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.

F11. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.

F12. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.

F13. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

F14. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

F15. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes.

F16. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.

F17. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.

F18. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.

F19. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicoactivas.

El diagnóstico principal debe realizarse de acuerdo con la sustancia o tipo de sustancia que haya causado o haya contribuido más al síndrome clínico que presenta el paciente. Deben codificarse otros diagnósticos cuando se han ingerido otras sustancias psicoactivas en el transcurso de una intoxicación (cuarto carácter común .0), o en la medida que exista un consumo perjudicial (cuarto carácter común .1), dependencia (cuarto carácter común .2) u otros trastornos (cuarto carácter común .3-9) (OMS, 1993).

3.4. Factores familiares de riesgo y protección

Clayton en 1992, indica que un factor de riesgo es “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (p. 15). Y, por factor de protección “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce, o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (p. 15).

En cuanto a los factores, se ha determinado por la literatura especializada que los contextos en los que está inmerso el adolescente contienen elementos de riesgo o de protección. Estos factores son la familia, la comunidad, su grupo de pares, la escuela. A su vez existen características propias a la individualidad de los sujetos que pueden condicionar o protegerlos de las adicciones (Becoña, 2010).

Becoña y colabs, (2010) mencionan los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo en relación con el abuso de drogas: “Un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados; Varios factores de riesgo o protección pueden tener un impacto en un simple resultado; El abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y protección, y La relación entre los factores de riesgo y protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad” (Becoña y colabs, 2010, p. 48).

Dentro de los factores de riesgo y/o protección en la aproximación a las drogas, el factor familiar ha recibido mayor atención y es el de interés para el presente proyecto. Ya que el grupo familiar es el ámbito estructurador de la personalidad, adquisición de valores y el medio de socialización. En seguida se describen los elementos más importantes dentro del ámbito familiar que inciden en el consumo de drogas.

En cuanto a la estructura familiar, la ausencia de uno de los progenitores, está relacionada con el desarrollo de conductas antisociales en los miembros de la familia, especialmente en los hijos. Y llegada la adolescencia de estos, condiciona el consumo de sustancias tanto legales como ilegales (Becoña y colabs., 2010). En el presente trabajo se aborda con mayor profundidad la relación de la ausencia paterna con el desarrollo de adicciones, ya que se considera una de las variables directas.

Dentro del factor familiar existen otros elementos a considerar en el desarrollo de adicciones, como son la parentalidad, el estilo de crianza, la disciplina familiar y finalmente el consumo de los padres, los cuales se describen en seguida por su importancia, sin embargo, para el presente proyecto no se les considera variables directas debido al alcance de la investigación.

Sobre la parentalidad García (2012) analizó su relación con el consumo de drogas en un estudio realizado con adolescentes de la ciudad de México, en donde evaluó prácticas positivas como: involucramiento, aliento, monitoreo y supervisión y prácticas inconsistentes y evasivas. Sus hallazgos muestran que los adolescentes que no consumen drogas tienen padres que ejercen prácticas de crianza positivas, tales como mayor involucramiento en la vida de los hijos, monitoreo positivo y aliento. Mientras que los adolescentes consumidores tienen padres que ejercen disciplina inconsistente, monitoreo negativo y educación evasiva.

Mendoza, Villatoro, Moreno y Amador, (s. f.) confirman esta relación, también en la ciudad de México, y ellos evaluaron la relación existente entre parentalidad y el consumo de alcohol, marihuana y cocaína, a través de un cuestionario estandarizado y validado, aplicado a población adolescente. Los hallazgos confirman que la falta de involucramiento de los padres incrementa la probabilidad de consumir

marihuana, y que la mayor convivencia reduce el riesgo de consumo. Cabe resaltar que uno de sus resultados señala que una menor convivencia por parte del papá o su ausencia incrementa un 71% el riesgo, mientras que la ausencia por parte de la mamá incrementa el riesgo en un 32%. Tales resultados son fundamentales para esta investigación en que se enfatiza el papel de la ausencia paterna en el consumo de sustancias de los hijos.

El estilo de crianza consiste en dos dimensiones: el control y la calidez de los padres. Los estilos de crianza describen la forma en que los padres ejercen su control, imponiendo límites y autoridad a los hijos, al mismo tiempo que establecen una relación de afecto. La combinación de las diferentes formas de expresar la calidez y control origina los cuatro estilos existentes: autoritario, permisivo, democrático e indiferente. Shaffer (2000) indica que el estilo autoritario se caracteriza por un elevado control y baja calidez; el estilo permisivo por bajo control y elevada calidez; el estilo democrático consiste en alto control y alta calidez; y el estilo indiferente con bajo control y baja calidez.

Sobre el clima familiar, Brook, Whiteman, Finch y Cohen, (2000) indican que las dificultades de control emocional de las madres, figuras que pasan la mayor cantidad de tiempo al cuidado de los hijos, está directamente relacionada con el inicio de consumo de drogas de los hijos. Además, señalan que a mayor presencia de valores en la familia, proximidad entre padres e hijos y el grado de intimidad que presentan, aumenta la supervisión de los padres sobre las actividades y el grupo de amigos de los hijos, disminuyendo significativamente las conductas de riesgo en general, y particularmente el consumo de sustancias.

Un elemento íntimamente ligado a las anteriores es la disciplina familiar. En familias con una emocionalidad negativa es más frecuente que aparezcan conflictos y conductas negativas en los hijos. Cuando no existe una competencia de los padres por manejar los conflictos se tiende a manejar agresivamente las situaciones como estrategia de disciplina o por el contrario, los padres se sienten desbordados, evade la situación de imposibilitándose la imposición de autoridad, mostrando una disciplina

totalmente laxa. En este sentido, la inconsistencia, ausencia o inadecuación de la disciplina facilitan el consumo de drogas (Ramsden y Hubbard, 2002).

Durante la adolescencia comenzar a beber es un aspecto integral del proceso del desarrollo, ya que comienza un patrón inicial de consumo esporádico que poco a poco tiende a transformarse en una forma “más adulta”, más frecuente de beber, la cual puede constituir una problemática (Kwakman, Zuiker, Schippers, y Wuffel, 1987). Lo que distingue a los adolescentes que únicamente consumen de manera experimental o esporádica de aquellos que van incrementando el consumo hasta encontrarse envueltos en un problema de adicción o abuso radica en diferentes factores, entre los que destaca el papel fundamental de la familia. Kwakman y colabs., (1987) indican que el hábito de beber y las actitudes sobre el beber en los adolescentes se desarrollan al interior de la familia, ya que la forma en que los padres usan el alcohol tiene un fuerte impacto en el comportamiento de consumo de los hijos.

Capítulo 4. Relación entre el consumo de sustancias y ausencia paterna, apego y psicopatología.

La dinámica familiar puede constituir un factor de protección o de riesgo para el desarrollo de conductas como el consumo de sustancias, dependiendo del tipo de relaciones que establecen los padres con los hijos, por lo que es necesario explorarla, especialmente en la etapa de la adolescencia, ya que es en esta etapa que la relación afectiva con los padres tiende a re-editarse. Por lo que es necesario explorar el tipo de dinámica familiar, así como el tipo de apego que desarrollan los adolescentes, para poder comprender la aproximación de estos al mundo de las drogas y el desarrollo de conductas adictivas.

A su vez, la familia es la estructuradora de la personalidad del sujeto, por lo que pasa a su interior determina la configuración psíquica de los hijos, que en la adolescencia ya se manifiesta como el conjunto de rasgos que van a manifestarse en su conducta. Una de esas conductas en la adolescencia es la aproximación a las adicciones, y dado que esta es un fenómeno que genera un sufrimiento y malestar emocional es necesario explorar estas variables que parecen jugar un papel determinante: el apego, la ausencia paterna y la psicopatología.

4.1 Ausencia paterna y consumo de sustancias

La familia tiene un papel fundamental en el desarrollo sano de los hijos. Por lo que diferentes investigaciones han indagado este tema para conocer cuáles son los diferentes factores que constituyen la dinámica parental, y cuáles están más relacionados al sano desarrollo de los adolescentes. El tema del consumo de drogas no ha sido la excepción, ya que conocer cuáles son las condiciones al interior de la familia que pueden constituirse como factores de protección para el consumo de drogas en los hijos es de vital importancia para el desarrollo de programas preventivos y de rehabilitación de adicciones.

Uno de esos factores de la dinámica familiar que ha sido estudiado en la literatura del tema es la ausencia del padre. Ya que ha sido vinculada a una serie de problemáticas psicosociales, los cuales atentan contra la salud física y mental del adolescente. Uno de los más prevalentes y que conlleva serias repercusiones para la vida de los adolescentes es el desarrollo de adicciones.

Este fenómeno, el desarrollo de adicciones, se ha asociado a la ausencia paterna por diferentes autores que ya han sido revisados en la primera parte del marco referencial (Miranda, 2012, Pernalet, 2013). Y las estadísticas proporcionadas por diferentes instituciones correlacionan positivamente a estas dos variables. Kneier (1996) indica que los niños que carecen de padre son diez veces más propensos a consumir drogas. También en otros países se ha encontrado esta asociación, Chouhy, (2000) menciona que el 50% de los toxicómanos en Francia y en Italia provienen de familias monoparentales.

En México también se ha determinado a la ausencia de la figura paterna como un “foco rojo”, al considerarse como una de las principales causas de problemas sociales. De acuerdo con Eleazar Martínez, fundador de Hombres en Armonía O. C. la ausencia paterna puede traer como consecuencia desarrollo de adicciones, así como bajo rendimiento, deserción escolar y huida del hogar de los hijos (Miranda, 2012).

Es decir, parece ser que el padre cumple una función específica en el desarrollo de los hijos, tanto varones como mujeres requieren de esta figura para desenvolverse adecuadamente en sociedad y resguardarse de diversas conductas de riesgo, las cuales están de alguna manera relacionadas, por lo que es indispensable realizar mayores investigaciones que nos permitan esclarecer la dinámica del funcionamiento de la relación entre padre e hijo, así como su correlato en la relación con la madre.

Otras investigaciones apuntan a la exploración de la ausencia del padre, en cuanto al ejercicio de su función. Es decir, padres que están presentes físicamente a lo largo de la vida de los hijos, pero que su vinculación con estos tiende a ser inadecuada. Dicho suceso ha sido estudiado en la investigación de Montilla y Vilorio (2011), quienes presentan un estudio realizado en Venezuela donde analizan la vinculación con la figura paterna en drogodependientes. Los informantes fueron 3 hombres y 3 mujeres de 23 a 40 años de edad, en cuanto al método utilizaron la entrevista. Los resultados revelan que existe un vínculo entre la figura paterna y el drogodependiente, el cual es inestable e inseguro, por todas las actitudes y la falta de afecto que presenta el padre. Encontraron variables como la ausencia, insuficiencia o

inadecuación de figuras paternas a lo largo de etapas decisivas en la vida de los sujetos las cuales los llevaron al inicio del consumo y su posterior dependencia a drogas.

En cuanto al contexto mexicano, se han realizado investigaciones que han vinculado la ausencia paterna con el desarrollo de adicciones en los hijos, las cuales se presentan como antecedentes al presente proyecto. Sánchez (s. f.) realizó un estudio con un grupo piloto de adultos varones mexicanos adictos a sustancias psicoactivas, con el objetivo de estudiar su relación con el padre o figura paterna del nacimiento a los diecisiete años. En cuanto al método, se aplicaron entrevistas a un grupo de 12 hombres adictos, entre 18 y 40 años, con el instrumento denominado: Proyecto Figura Paterna. Los resultados obtenidos son relevantes porque indican que del total de los adultos adictos solo la mitad se criaron con su padre biológico en la infancia y solo una tercera parte en la adolescencia. Los participantes consideran como factor de protección ante las drogas la presencia física del padre, la sensación de ser aceptados por él y su carácter de proveedor; y como negativo el alcoholismo del padre, su conducta impredecible, rigidez, autoritarismo y comunicación deficiente. En cuanto a la ausencia del padre identificaron los sentimientos de enojo/resentimiento, tristeza, soledad, miedo y ansiedad; y relacionaron la ausencia paterna con conductas de riesgo como abuso de alcohol, consumo de drogas, deserción escolar y robos en el hogar (Sánchez, s. f.).

Sánchez, Guisa, Cedillo y Pascual (2002), realizaron un estudio cualitativo exploratorio de la percepción del padre en un grupo de hombres consumidores de sustancias (de distintos Centros de Integración Juvenil) y un grupo de hombres no consumidores. A ambos grupos se les aplicaron pruebas proyectivas de personalidad. Los hallazgos mostraron que los no usuarios tienen una percepción del padre básicamente con aspectos positivos y lo consideran, con mayor frecuencia, como el integrante más valioso de la familia. Mientras que los usuarios de sustancias presentan una imagen del padre con mayor énfasis en características negativas, se identifican en menor grado con el padre, lo perciben como un integrante de

la familia devaluado y en algunos casos indicaron que no existe una presencia afectiva del padre dentro de la familia.

Como se puede observar en ambas investigaciones, el vínculo inestable, inadecuado o inexistente del padre con el hijo constituye un factor determinante para su aproximación al consumo de drogas, ya que lo posiciona en una situación de carencia de recursos que debió de ayudar al hijo a desarrollar. Y es precisamente en la adolescencia, etapa de vulnerabilidad y exposición al mundo de las adicciones en que se manifiestan estas carencias, ante la cual, el adolescente no posee mecanismos de afrontamiento adecuados a situaciones estresantes, por lo que la adicción se presenta como vía de escape.

En cuanto al impacto que tiene la ausencia paterna en la mujer, se realizó una investigación en una universidad privada. El propósito fue entender la percepción de las estudiantes universitarias que crecieron sin la presencia física de su padre, a través de 8 participantes. Los resultados mostraron el impacto de la ausencia del padre en diversas formas: “se enfrentan a la soledad, la ira, el dolor, la inseguridad, la desconfianza, el abandono, la baja autoestima, la vulnerabilidad, falta de apoyo emocional o económico, dificultades con sus relaciones y dificultades académicas” (Estrada, Tabardillo, Everendo, Ramón y Mejía, 2014, p. 111).

4.2 Estilos de apego y consumo de sustancias

La vinculación entre el tipo de apego y el fenómeno de la adicción ha sido examinada en distintas investigaciones, donde el apego, se considera uno de los mayores factores de riesgo y/o protección para el consumo de sustancias en la adolescencia. En este apartado se presentan distintas investigaciones de interés para este proyecto, ya que vinculan el apego inseguro con el desarrollo de adicciones y el apego seguro como factor de protección ante las mismas.

El apego, como ya se mencionó, constituye uno de los factores que influyen en la conformación de la personalidad, además los negativos están asociados a de diversas patologías, ya que los individuos que no cuentan con una base de apego segura, carecen de los recursos necesarios para hacer frente a las

situaciones estresantes de la vida. Por lo tanto, constituye uno de los factores determinantes en la adquisición de conductas de riesgo, entre ellas el consumo de sustancias para los adolescentes que han establecido estilos de apego inseguros.

Becoña et al. (2014) lo confirman con la revisión de los estudios sobre adicciones de los últimos 30 años, encontrando que en general el apego seguro actúa como factor de protección frente al consumo de drogas. De Lucas y Montañés (2006) realizaron un meta análisis de las investigaciones sobre apego y los trastornos por consumo de sustancias realizadas entre 1995 y 2005, y su conclusión más importante es que el estilo de apego seguro parece no tener ninguna relación con el desarrollo de estos trastornos.

Por el contrario, Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt y Küstner (2005), realizaron una investigación sobre la relación del apego y el consumo de sustancias, en el cual encontraron que el consumo de sustancias en la adolescencia se relaciona con los estilos de apego inseguros, ya que se presenta como una forma de afrontamiento inadecuada frente a las situaciones emocionales estresantes, en donde la droga se presenta como una alternativa ante las dificultades en el manejo de las relaciones interpersonales.

Dentro de las investigaciones que confirman la relación existente entre el abuso de sustancias y el establecimiento de apego inseguro evitativo destaca el estudio arriba mencionado de De Lucas y Montañés (2006), ya que su revisión sistemática de las publicaciones sobre el tema reporta que las evaluaciones mediante los cuestionarios de tipo auto informes basados en la conceptualización de Hazan y Shaver mostraron relación de los trastornos por consumo de drogas sobre todo con el estilo de apego evasivo y los estudios evaluados con la Entrevista de Apego del Adulto encontraron patrones de apego devaluadores.

Ahumada y colabs., (2011) encontraron también asociaciones en cuanto al apego evitativo y concluyen que “los sentimientos de desconfianza y la hostilidad de los individuos con apego evitativo pueden interferir con la aceptación de normas” (p. 22), por lo que estos individuos tienen una mayor

tendencia a desafiar las reglas, por lo que la adhesión a un consumo ilegal, excesivo, no representa mayor dificultad, en comparación con otras personas. Así mismo, pueden utilizar las drogas para evitar emociones dolorosas, evitando así el malestar psicológico.

Mientras que la relación positiva entre el consumo y el apego ansioso, ha sido corroborada por Taracena y Montañés (2006) quienes mencionan que existe esta relación en los estudios evaluados con el modelo de Bartholomew, los cuales reportan asociación con estilos preocupados o temerosos. Lo cual puede entenderse si comprendemos que el acercamiento a las drogas se da generalmente a través del grupo de pares y la presión social que ejercen, lo cual es consistente con el estilo ansioso que implica una necesidad de ser aprobado por los otros y una excesiva necesidad por encajar. Ahumada y colabs., (2011, p. 11) indican que esto se explica porque “los individuos con apego ansioso pueden utilizar las sustancias para disminuir el malestar ocasionado por rumiaciones o memorias dolorosas y tranquilizar su ansiedad”.

Otros autores que encontraron relación del consumo de sustancias con el apego ansioso son Kwakman, Zuiker, Schippers, y Wuffel, (1987) quienes elaboraron un estudio en donde examinan el comportamiento de beber y las actitudes de consumo de adolescentes en relación con el apego a sus padres mediante el instrumento Clasificación de Episodios Familiares (FERT), que se desarrolló para medir la relación de apego, el cual mide cuatro patrones de apego entre padres y adolescentes; utilizaron un Cuestionario de Alcohol para medir el consumo de alcohol y las actitudes de consumo de alcohol de los adolescentes. Ellos pudieron corroborar la hipótesis de que los adolescentes con apego ansioso tienen un mayor riesgo de desarrollar hábitos de consumo perjudiciales. Dentro de sus conclusiones explican que los adolescentes con apego ansioso tienden a beber para facilitar el contacto social, ya que la ansiedad social es precisamente una de las manifestaciones comportamentales determinantes de este tipo de apego.

Otero (2014) realizó una investigación en donde evaluó las representaciones de apego en 28 drogodependientes adultos varones, en Lima, Perú, mediante el cuestionario de apego CaMir. Sus hallazgos principales indican que los drogodependientes obtuvieron puntuaciones bajas en las escalas de

apego autónomo (seguro) y puntuaciones más altas para las escalas de apego preocupado (inseguro-ansioso). El autor concluye que entre los drogodependientes predominan cogniciones que implican una actitud defensiva que se manifiesta en actitudes de falsa autosuficiencia e independencia de los demás, en donde la autonomía real se ve mermada.

Se puede observar que si bien, las investigaciones parecen ser consistentes en cuanto a la asociación del consumo de drogas con el apego inseguro, es difícil concluir entre el tipo específico que se establece (evitativo, ansioso, etc.) por el manejo de diferentes constructos. Lo que implica la necesidad de realizar análisis profundos sobre las diferencias de hallazgos que nos permita realizar inferencias sobre lo que estas personas encuentran en la adicción a la droga, y cómo esto se relaciona con el tipo específico de apego inseguro que desarrollaron.

4.3 Psicopatología y consumo de sustancias

La evidencia clínica sugiere que existe una fuerte relación entre el desarrollo de una adicción o de un consumo abusivo de sustancias y la existencia de un trastorno psicopatológico. La Organización mundial de la Salud (OMS) ha denominado a este fenómeno con el término comorbilidad o diagnóstico dual. Y lo define como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (OMS, 2004).

La relación existente entre el consumo de sustancias y la existencia de psicopatología en los consumidores ha originado diferentes líneas de investigación que intentan discriminar si el consumo se debe a la patología preexistente, o si al contrario, el consumo es resultado –o síntoma- de una determinada configuración psicopatológica. Si bien, es muy complejo arribar a una respuesta concluyente, si se ha evidenciado que este fenómeno representa una realidad. Al respecto Jiménez y Chero (2011) indican que establecer la etiología de la comorbilidad no es sencillo ya que los trastornos psiquiátricos y los trastornos por uso de sustancias se determinan y condicionan entre sí. Por lo que es necesario realizar una evaluación clínica para determinar un diagnóstico confiable.

Este diagnóstico es necesario, ya que es fundamental determinar si existe o no una psicopatología en los consumidores, ya que de existir, es necesario que el tratamiento sea coherente a las necesidades específicas derivadas de dicho trastorno. Por lo tanto, es crucial determinar cuáles trastornos son los que tienden a coexistir con el abuso de sustancias. La OMS (2004) indica que dentro de los trastornos psiquiátricos, el que tiene mayor presencia en los consumidores de sustancias son los trastornos de personalidad.

De igual manera Torres (2007) indica cuales de estos trastornos de personalidad son los más prevalentes, ubicando en primer lugar a los clasificados en la clase B, los que se refieren al control de impulsos. Y en segundo lugar coloca a la clase A, pertenecientes al grupo esquizotípico.

Sin embargo, lograr una comprensión total de este fenómeno, para arribar a un posible tratamiento, requiere ir más allá de la revisión de las estadísticas de comorbilidad, por lo que es necesaria una revisión teórica que explique la relación existente entre el desarrollo de la personalidad y trastornos psicopatológicos y la adherencia a un consumo abusivo de sustancias. Por ello, se resume brevemente la concepción clásica psicoanalítica sobre las toxicomanías y el desarrollo de la personalidad. Y posteriormente se reseñan los principales autores que brindan explicaciones psicodinámicas sobre este fenómeno.

4.3.1 Concepción psicoanalítica clásica

La concepción psicoanalítica clásica sobre el abuso de sustancias surge a partir de los conceptos desarrollados por Sigmund Freud a lo largo de su obra, desde sus estudios sobre la cocaína y su análisis del alcohólico realiza la conceptualización de las llamadas toxicomanías (Coderch, 1979).

Freud (1884), en sus estudios sobre la cocaína revisa en primera instancia sobre los efectos médicos analgésicos, y posteriormente se plantea la posibilidad de usarla en afecciones psicológicas. Analizó en su escrito “Uber Coca” el uso mitológico de la cocaína en regiones Sudamericanas, en donde asocia el uso de la cocaína con el manejo de las emociones, atribuyéndole a sus propiedades la capacidad

de proporcionar al sujeto un rendimiento mayor de lo normal, ya que "... sacia al hambriento, hace fuerte al débil y permite al desgraciado olvidar su tristeza" (p. 202). Y sostuvo las ventajas del uso de la cocaína en el tratamiento de la melancolía con mutismo, ya que realiza algunos experimentos con éxito.

Sin embargo, pronto abandona sus expectativas de uso como anestésico local, así como su intención de utilizarla como sustituto en la adicción a la morfina, ya que en 1987, determinó que la cocaína producía efectos físicos y psicológicos aún más graves:

"Pronto se supo que la cocaína utilizada de esta forma es más peligrosa que la morfina. En lugar de un lento marasmo se produce aquí un deterioro físico y moral rápido, unos estados alucinatorios con agitación similares al delirium tremens, una manía persecutoria crónica, que en mi experiencia se caracteriza por la alucinación de pequeños animales que se mueven por la piel, y la adicción a la cocaína en lugar de adicción a la morfina" (p. 217).

Se dedicó al estudio de las adicciones, siendo el alcoholismo al que dedica mayor tiempo. Afirma que el alcoholismo es el resultado de fijaciones orales, ya que bajo la influencia del alcohol el hombre adulto se convierte cada vez más en un niño que encuentra placer en tener a su disposición, libremente, el curso de sus pensamientos, sin someterse a la compulsión de la lógica (Freud, 1984).

Posteriormente Freud (1905) vinculó a todas las formas de drogadicción con la satisfacción de necesidades infantiles primarias y sitúa a la masturbación como la adicción primaria, siendo las demás adicciones sustitutos de estas. Es decir, formula las adicciones como una vía de búsqueda de placer, cuando la descarga de los impulsos del ello resulta demasiado inaccesible o penosa para los sujetos. Por lo que, en las toxicomanías, deben de considerarse el desarrollo libidinal en términos de fijación oral, y es relevante considerar que se trata de sujetos intolerantes a la demora de la satisfacción del deseo (González de Rivera, 1993).

Abraham (1973) continuó la línea de la importancia de los impulsos orales en las adicciones. Destacando que en la fase oral la satisfacción de los impulsos se relaciona con la función nutritiva, siendo su fin la incorporación del objeto, por lo cual, en las adicciones esta necesidad de satisfacción oral desempeña un papel fundamental. En cuanto al alcohol, excita la sexualidad e inhibe la represión, permitiendo que toda clase de impulsos, incluyendo los pregenitales salgan. Para el alcohólico la ingesta del alcohol representa la gratificación de sus impulsos pregenitales por lo que le es imposible abandonarla. En la misma línea Coderch (1979) menciona que el alcohólico siente el alcohol como un objeto ideal, llegando a establecer una vinculación intensa con la bebida.

Al respecto, González de Rivera (1993) indica que el alcoholismo es la búsqueda del placer, y sintetiza los tres efectos psicodinámicos que le atribuye al alcohol:

“1) Disminución de la tensión del ello; 2) perturbación de la capacidad perceptual del yo, especialmente en lo que se refiere a los aspectos más desagradables de la realidad, y 3) dulcificación del superyó” (pág. 2).

Si bien esta perspectiva psicoanalítica nos brinda un panorama basto para la comprensión del fenómeno del consumo de sustancias, es en los últimos años en que se ha llevado a cabo mayores desarrollos al respecto, ya que diferentes autores desde un enfoque psicodinámico aportan los conceptos fundamentales para entender el proceso adictivo, los defectos nucleares en la personalidad y la psicodinámica familiar de del adicto. En el siguiente apartado se describen cada uno de ellos.

4.3.2 Elementos psicodinámicos

González de Rivera (1993) sostiene que el desarrollo de una adicción a cualquier sustancia adictiva requiere mayor explicación que el que se refiere a los mecanismos biológicos de la adicción, aquellos que muchas investigaciones denominan dependencia farmacológica, ya que no se ha podido demostrar que la simple administración de la droga o el contacto constante sea la causa única del

desarrollo de la conducta adictiva. El autor explica que el desarrollo de una adicción se explica mejor a través de la identificación de los elementos psicodinámicos que intervienen y que hacen vulnerable a los sujetos para el desarrollo de un proceso toxicofílico. Lo que define al proceso toxicofílico no es el mero uso del agente tóxico, sino la existencia de una necesidad interna que fuerza al sujeto hacia la búsqueda y consumo de sustancias adictivas. En seguida se describen brevemente los elementos psicodinámicos esenciales del proceso adictivo, de acuerdo González de Rivera (1993):

a) Ansia adictiva: se presenta en todos los adictos independientemente de la sustancia utilizada, esta manifestación es cualitativamente distinta a la dependencia farmacológica. El yo defectuoso del adicto se encuentra constantemente inmerso en una sensación de sufrimiento ante el cual no es capaz de enfrentar por lo que inconscientemente busca en el exterior mecanismos compensatorios, por lo que el ansia adictiva aparece como expresión de su convicción de que la incorporación de determinado agente externo es la única salida.

“Sus características principales son: 1) Intensidad anormalmente exacerbada; 2) Reacción anormal ante la frustración del deseo, tanto en su calidad como en su intensidad; 3) Rigidez e incapacidad para modificar el deseo” (p. 4).

b) Compulsividad: el adicto presenta este rasgo presente también en otras patologías como en la del obsesivo, ya que el consumo de la sustancia es sentido por el adicto como obligado, es decir, escapa a su fuerza de voluntad, este acto compulsivo es sentido también como inevitable e impostergable y manifiesta las graves fallas en el Superyó, que lo llevan a recurrir a todas sus habilidades personales para conseguir la sustancia, aun cuando ello implique caer en la seducción, manipulación, engaño, robo, violencia, etc. (González de Rivera, 1993).

c) Externalización: se define como “la acción de tomar mágicamente control sobre lo incontrolable” (Pág. 5), es decir, el adicto intenta inconscientemente solucionar problemas psíquicos difusos mediante acciones específicas en el exterior. Es un tipo especial del acting out que es una defensa

más general sobre cualquier sensación displacentera, sin embargo, se diferencia porque la externalización del adicto implica su necesidad de control del agente externo caracterizado por una *irresponsabilidad afectiva*, en donde el adicto considera sus propias emociones como inducidos externamente, así como la *deshumanización*, que implica la consideración de que las demás personas son solo instrumentos sin derechos propios.

d) **Círculo vicioso:** el proceso adictivo tiende a agravarse con cada consumo, ya que el ansia adictiva y el sufrimiento psíquico se vuelven cada vez más intensos durante los periodos de desintoxicación (González de Rivera, 1993). Este fenómeno ha sido explicado por diferentes autores a través de lo que denominan dinámicas de mantenimiento del círculo vicioso, las cuales se pueden aplicar a diferentes pacientes dependiendo el nivel de gravedad del consumo y a sus situaciones específicas. En seguida se describe en forma de tabla los aportes de cada autor a la explicación de las dinámicas de círculo vicioso en el adicto.

Tabla 5

Aportes sobre la dinámica de círculo vicioso en el adicto.

AUTOR	APORTE
Rado (1933)	<p>Define al círculo vicioso o bucle de retroalimentación progresiva como aquellos procesos en que los efectos que produce determinado evento son a su vez causa de la repetición del mismo. El automantenimiento del proceso puede darse incluso cuando ha desaparecido la causa inicial que lo produjo. El autor indica que existe una predisposición, debido a la vulnerabilidad generada por una base psicodinámica que implica la presencia de fuertes sentimientos de frustración, desesperanza y depresión, sobre la cual la primera toma funciona como una experiencia mágica de liberación, iniciando así el círculo vicioso.</p> <p>Lo que propicia el desarrollo de tal predisposición psicodinámica son los sentimientos de omnipotencia infantil que son necesarios en la infancia y que son resultado de la relación oral placentera con la madre, sin embargo, en el preadicto, no existe una renuncia a tales sentimientos ya que al no haber una relación satisfactoria con la madre se convierten en una dolorosa sensación de impotencia y soledad, que le impide desarrollar relaciones interpersonales sanas, por el contrario, al sentirse abandonado y frustrado se convence de que un agente externo a él –sustancia psicotrópica- resolverá mágicamente todos sus problemas.</p> <p>Una vez que la toma de la sustancia resulta en una situación placentera y experimenta la sensación omnipotente de un mundo sin frustraciones se puede desencadenar el mecanismo adictivo psicológico, al tratar de revivir con cada toma esa sensación omnipotente. Al terminarse el efecto de la droga el sujeto es consciente de su propia debilidad e insatisfacción y sufre culpa y vergüenza por la desaprobación social que origina el consumo, sin embargo, es más poderosa la sensación de placer, por lo que buscará repetir la experiencia. En sujetos si tal predisposición, la culpa y vergüenza serían suficientes para obligarlo a buscar otras formas de externalización, por lo que pueden evitar volver a consumir.</p>

- Rivera (1980) El autor sostiene que el esquema de Rado parece explicar adecuadamente las dinámicas de alcohólicos y heroinómanos, sin embargo, no se ajusta bien a la experiencia clínica con adolescentes y adultos jóvenes que parecen estar inmersos en un proceso de búsqueda de identidad, o aquellos que parecen desear huir de una sociedad aburrida. El autor describe a tal población como de mejor nivel socioeconómico, y educacional, menos proclives a la criminalidad y tienden a ser sociables y la creativos. Por lo que explica que más que deberse a tendencias regresivas hacia estados infantiles primitivos, como había descrito Rado, la base de este mecanismo está en el deseo de progresar hacia formas de pensamiento más desarrolladas, a lo cual denomina "mecanismo psicodinámico progresivo de la adicción" o círculo vicioso progresivo.
- El autor refiere que este mecanismo se encontró en numerosos artistas, quienes tienen un sentimiento de insatisfacción con la realidad, inconformismo, ansias de superación y una constante búsqueda de conceptualizaciones más amplias de la realidad. Menciona que estos sujetos son proclives a experimentar con droga, y si la droga tiene efectos psicodislépticos, el nuevo mundo de percepciones es valorado ampliamente, donde la droga adquiere un valor incluso terapéutico, ya que los sujetos pueden proseguir en su búsqueda de nuevos conceptos sin recurrir a la droga. Sin embargo, en sujetos predispuestos –en términos de la vulnerabilidad psicológica antes descrita- la vuelta a la normalidad se acompaña de renovados sentimientos de insatisfacción, ansiedad y búsqueda, poniéndose en marcha el círculo vicioso adictivo.
- Por lo que cuando el ansia adictiva se vuelve insoportable, se acompaña de culpa y depresión, lo cual puede desencadenar mecanismos psicodinámicos regresivos, con paso a otro tipo de drogas.
- Wurmser (1978) El círculo vicioso de Wurmser explica la situación de los adictos más graves, haciendo referencia a una crisis narcisista aguda. El autor explica que los adictos con una personalidad narcisista tienen una identidad y autoestima precarias, por lo cual, cualquier situación de fracaso o frustración pone en evidencia el fracaso de sus débiles defensas contra la descarga de impulsos primitivos, por lo cual se liberan y externalizan los impulsos agresivos (aparecen conductas auto y heterodestructivas). Ante la frustración se ingiere una sustancia química que induce un estado de plenitud que resuelve la situación momentáneamente, dado por iniciado el círculo que se repetirá cada vez que recupere su estado habitual.
-

4.3.3 Defectos nucleares en la personalidad

No existe consenso en cuanto a un tipo específico de personalidad del adicto (Bilbao y Castillo, 2002), sin embargo, diversos autores coinciden en señalar que si existen ciertas características psicológicas particulares. Por ejemplo, se han identificado que los adictos poseen en general características comunes a las estructuras de la personalidad psicótica, límite y narcisista.

A partir de la conceptualización de M. Mahler y J. Bleger, el Colegio Oficial de Psicólogos (1996), delimitan la drogadicción como la expresión de una organización psicótica de base, en donde el adicto sería una persona incapaz de efectuar una “buena desimbiotización”, constituyéndose en patología. Es decir, tienen una clara dificultad para distinguir “al otro como otro”, y a sí mismo como otro. Por lo

tanto, tales fallas en este proceso conllevan a una fragilidad yoíca, por lo que la droga funciona como un instrumento de preservación frente a la vivencia límite de la desintegración psicótica. Entonces, el adicto es víctima de una contradicción, en donde trata de escapar de la desintegración, de la muerte, pero la droga es la sustancia muerte en sí misma.

El Colegio Oficial de Psicólogos (1996), indica que de acuerdo con los postulados de M. Klein, la droga simboliza el objeto idealizado que se puede incorporar y del cual se vale para aniquilar cualquier objeto amenazador, estos mecanismos tienen un punto de fijación en la posición esquizoparanoide, por lo que el toxicómano trata de escapar de la angustia persecutoria por la incorporación de aspectos disociados con la implicación de la desintegración de su yo.

También se ha asociado a la conducta adictiva con el trastorno de personalidad narcisista descrito por Kernberg (1979), ya que la existencia de fallas nucleares en la estructura global de la personalidad son determinantes en el desarrollo de la adicción. La psicología del self enfatiza la construcción del psiquismo a partir de la intersubjetividad por los efectos que tiene el discurso del otro en el propio discurso.

Kernberg (1979), dice que los recursos internos con los que cuenta el individuo, tales como la confianza básica, depende de la madurez y la profundidad de su mundo interno de relaciones objetales, los cuales requiere para hacer frente a los conflictos y fracasos. Tal confianza básica deriva de la internalización de la representación materna confiable y gratificante en relación con una representación gratificante de sí mismo.

En el narcisismo normal existen dos procesos que deben desarrollarse durante la infancia, la especulación, gracias a la cual el sujeto obtiene, a modo de espejo su autoestima por el entorno empático en donde ve confirmada su existencia al observar el placer que genera en sus padres y la imagen parental idealizada, es decir, necesita tener figuras parentales a las cuales pueda valorar y sentir con virtudes de las que el sujeto se siente parte. Por estos dos procesos el niño obtiene su autoestima, así mismo le posibilita obtener la tranquilizadora clama de contar con un adulto poderoso (Kohut, 1971). En el narcisismo

patológico, la insuficiencia en la regulación de la autoestima y la estructuración del self, así como las manifestaciones compensatorias que de ella se derivan explican las condiciones para la adherencia a la adicción.

Entonces, el toxicómano experimentó relaciones precarias e insatisfactorias con los padres y su entorno, intensas frustraciones y abandonos que impiden la internalización de la autoestima que le permitiría afrontar los sucesos negativos y displacenteros. Por lo que se vuelve incapaz de soportar las restricciones y se conforma un carácter impulsivo, toma decisiones que abandona pronto por otras en un esfuerzo por saciar su anhelo de seguridad básica, tal tensión lo lleva a recurrir a las drogas que asume le devolverán el estado de bienestar que busca. El Colegio Oficial de Psicólogos (1996) menciona la correspondencia entre las observaciones clínicas de los rasgos de personalidad de adictos con relaciones objetales precarias:

“... correspondencia entre los aspectos psíquicos de personalidad del drogadicto (sentimiento de vacío, carencia de control de impulsos, falta de autoestima, ideales no realísticos y debilidad del self) y las estructuras psicológicas tempranas dañadas fruto de la relación objetal (fracaso de la relación simbiótica, falta de frustración óptima, falta de respuesta de especulación, padres imprevisibles que no ofrecen imágenes idealizables, y falta de límites” (pág. 15).

4.3.3.1 Autorregulación emocional

Coderch (1979) explica que la aportación freudiana que ha tenido mayores seguidores es la conexión establecida entre la adicción y la afectividad, especialmente en cuanto a la manía. Ya que la mayoría de los autores que han estudiado el tema de las adicciones coinciden en señalar que las drogas inducen estados maniacos placenteros (Gayó y Bustos, 2001).

Por ejemplo, Kalina (1987) indica que la droga funciona entonces como una defensa ante la ansiedad intolerable, ya que su efecto placentero permite por medio de la euforia, negar la ansiedad paranoide, confusional y depresiva. Esta defensa eufórica también ha sido corroborada por Rado (1933),

quien menciona que la droga tiene un efecto analgésico y productor de placer, el cual es capaz de disminuir el sufrimiento moral, ofreciendo una mágica satisfacción de necesidades y un sentimiento de omnipotencia. En los sujetos que no han desarrollado un Yo fortalecido, esta sensación de invulnerabilidad omnipotente es precisamente lo que buscan. Sin embargo, ese efecto omnipotente es transitorio, por lo que la depresión subyacente vuelve a surgir, llevando al adolescente a consumir nuevamente, pero el efecto de la droga implica la conciencia de este ciclo autodestructivo.

Herbert Rosenfeld y Ernst Simmel mencionan que el adicto huye de estados emocionales displacenteros, tales como estados depresivos constantes, y para ello recurre a procesos maníacos, en donde la droga es la sustancia que proporciona al yo la fuerza para producir la manía, entendiéndose este proceso como resultado de una regresión oral, ya que la droga representa aquel objeto que se puede incorporar mediante el cual aniquila a cualquier otro objeto amenazador, así frente a cualquier situación frustrante y persecutoria la droga le sirve como refuerzo omnipotente, y le permite negar cualquier displacer. De igual forma, Simmel designa a la adicción como “manía artificial”, ya que explica que las drogas tienen un efecto neutralizador sobre el Superyó, que le permite al adicto incrementar su autoestima, volviéndose cada vez más narcisista, con su yo engrandecido, por lo cual el sujeto se rige cada vez más por el principio de placer infantil, negándose a adaptarse a la realidad (Rosenfeld, 1975).

Khantzian (1995) menciona que las drogas son usadas como una forma de automedicación, para evitar afectos displacenteros, y que el uso de cierta sustancia responde al efecto fisiológico específico que genera en el organismo capaz de contrarrestar el afecto. Por ejemplo, los opiáceos atenúan los sentimientos de cólera o violencia; el alcohol y los depresores del sistema nervioso central alivian los sentimientos de aislamiento, vacío y ansiedad; y los estimulantes como las anfetaminas, cocaína, etc., mejoran la hipotonía, alivian la depresión o contrarrestan la hiperactividad y los déficits de atención.

También se ha destacado la función defensiva de las drogas. Las operaciones defensivas deben cumplir normalmente, dos tareas esenciales: primero, diferenciar entre las imágenes del sí mismo y las

imágenes de los otros que forman parte de las tempranas introyecciones e identificaciones; segundo, integrar esas imágenes bajo la influencia de derivados de instintos libidinales, con las imágenes constituidas bajo la influencia de derivados de instintos agresivos. En las estructuras limítrofes de personalidad, que se han identificado en la mayoría de los adictos, existiría una intensificación y fusión patológica de los procesos de "escisión". Por lo que los mecanismos de defensa son primitivos, se presentan idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia, desvalorización e idealización (Kernberg, 1979).

Glover (1956) sostiene también este papel defensivo en las drogas, ya que menciona que el adicto explota la acción de la droga en términos de un mecanismo mental infantil, en donde se relaciona con sus objetos primarios, sobre todo la madre, a través de dos sistemas primarios, en los cuales el niño ataca y más tarde restaura el cuerpo de la madre, y en el otro la madre ataca y más tarde restaura el cuerpo del niño. En la drogadicción, la droga funciona como aquella sustancia capaz de defender, ya que al introyectar los objetos peligrosos el adicto lo convierte en buena sustancia que pueden utilizarse para expulsar o neutralizar a los malos objetos. Entonces, su función consiste en controlar los ataques sádicos, en este sentido, la droga posee propiedades sádicas que pueden existir a la vez en el mundo exterior y en el interior del cuerpo, pero que únicamente ejerce su poder cuando se introduce al cuerpo.

Winnicott (1975) hace referencia a la incapacidad del adicto de estar solo. El autor explica que la capacidad de estar solo tiene como base la experiencia temprana de estar solo en presencia de alguien - especialmente la madre- en donde el bebé introyecta a la madre-sostén-yo, lo cual permite que posteriormente pueda estar solo sin requerir la presencia física de la madre, ya que la introyectó. Sin embargo, cuando la madre no es "suficientemente buena", es decir, no brinda la función de sostén, el bebé queda sin apoyo. Por lo que el adicto trata con la droga de prevenir la repetición de esta temprana experiencia de soledad, que conforme crece se convierte en un sentimiento de vacío del yo.

4.3.3.2 Control de impulsos

Fenichel (1957) considera que la toxicomanía es un trastorno del control de los impulsos. Frosch (1990), define al impulso como una motivación conductual impetuosa e irreflexiva, en donde el impulso es irresistible y se acompaña de altos niveles de tensión que lo llevan a la impetuosa necesidad de descarga inmediata. Indica que los trastornos del control de impulsos poseen tres características comunes:

1. Son egosintónicos: Es decir, que no son percibidos como ajenos del yo.
2. Distorsión mínima del impulso: El impulso original es expresado directamente, no hay distorsión clásica como se da en los síntomas de la neurosis. Por ejemplo, la rabia se expresa en rabia, el deseo sexual en actos sexuales.
3. Componente placentero: el impulso lleva a una descarga placentera, aun cuando posterior a ella la persona se puede arrepentir o tener culpa, en realidad deseaba realizar esa descarga.

En cuanto a su etiología, Frosch (1990) menciona que los trastornos del control de impulsos tienen su base en hechos traumáticos reales, afectando tanto a nivel fisiológico como psicológico el desarrollo del lenguaje, rompiendo el equilibrio entre la acción y el habla, es decir, las personas con un trastorno en el control de impulsos tenderían a usar la acción como medio de expresión predominante antes de utilizar el lenguaje. El autor indica cuatro tipos de experiencias traumáticas típicas que facilitan el surgimiento de un trastorno en el control de impulsos:

1. Experiencias tempranas de abandono: Tanto la deprivación y vulnerabilidad que supone la falta de gratificación oral generara en el niño poca tolerancia a la frustración.
2. Gratificación total: El cumplimiento absoluto de las necesidades en el niño, anticipándose incluso a la existencia de necesidad real a satisfacer, genera en el niño dificultades para el desarrollo de la capacidad de anticipación, la fantasía y la simbolización, lo cual dificulta el proceso de demora de la conducta.

3. Gratificación inicial y posterior frustración. En donde en una primera experiencia el sujeto obtiene la satisfacción de su necesidad, sin embargo, posteriormente esta es frustrada de manera sistemática.

4. Sobre indulgencia-frustración: En donde en un primer momento se satisface al niño todas sus necesidades, tras lo cual se impone una extrema y activa frustración, generando un desequilibrio entre el impulso y el control.

Frosch (1990) entiende a las adicciones como un trastorno del control de impulsos, ya que los adictos, como el resto de las personas con trastornos del control de impulsos, no son capaces de tolerar la tensión generada por la soledad, la ansiedad o frustración, por su incapacidad de retrasar la acción en relación al impulso.

Las personas adictas manifiestan las tres características descritas por Frosch (1990), el consumo se manifiesta como ego sintónico, es decir, el impulso de consumir no es percibido como ajeno al Yo, por el contrario, la gratificación del impulso se siente como afín al sujeto, por lo que es tan difícil de que los consumidores se deslinden de ella, porque pasa a ser parte de quienes son. A su vez, el impulso de consumir se lleva a cabo sin otra distorsión de por medio, de hecho, otros impulsos, como el sexual, son mitigados con la misma droga, evitando así la descarga por otros medios. Y finalmente, la sensación de placer que se obtiene de la droga es precisamente la satisfacción del impulso aun cuando el consumidor experimenta las sensaciones negativas a su consumo, o incluso cuando su consumo le conduce a problemas familiares, escolares, laborales, etc., aún entonces el adicto continúa percibiendo a la droga como fuente de un placer inagotable.

El desarrollo de la adicción se va a caracterizar por una recurrente búsqueda de sustancias que induce a continuos estados de placer o de disminución del displacer. El impulso se manifiesta en una conducta de consumo sentida como irresistible con cierto grado de tensión. Puede presentarse en forma transitoria y de manera progresiva, o puede aparecer de manera abrupta. Posteriormente se presenta una

gradual dependencia de la droga para generar la misma sensación de placer que lo lleva a aumentar la dosis cada vez.

Winnicott (1975) menciona que el adicto no ha desarrollado la capacidad de espera, ya que esta sería un indicativo de la consolidación del yo, lo cual implica que el individuo es capaz de operar con símbolos como fruto de objetos buenos internalizados, es decir, en sus experiencias tempranas fue capaz de introyectar a la madre y a otras figuras, de tal manera que ya no es necesario que se encuentren físicamente con él. En el adicto, este proceso de introyección ha tenido fallas debido a que la madre no es “suficientemente buena” para brindar el sostén emocional, ni otras figuras fueron capaces de desempeñar tal función.

4.3.3.3 Sentimiento de mismidad (self)

En cuanto a la respuesta específica sobre que obtienen los adolescentes de la droga, se han planteado distintas hipótesis, una de ellas, afirma que la droga brinda al adolescente una estructura delimitante, le ayuda a reconocer los límites corpóreos y así le permite vivenciar el sentimiento de mismidad del que carece. Al respecto Eli Marcovitz, citada en Kalina (1987) sostiene que en la adicción a los cigarrillos se genera un proceso trádico derivado de la inhalación-visualización del humo-exhalación que permite a la persona realizar cualquiera de los siguientes procesos inconscientes:

1. La necesidad de un sentimiento de mismidad (self), los lleva al intento de delimitación de la imagen corporal, en donde, conocer los límites internos del cuerpo es tan importante como los externos. Aquí es donde el humo adquiere la cualidad de reconocedor del interior del pecho, que les remite a sentir el interior de su self.

2. Contradictoriamente, necesitan el fumar, inhalar el humo para poder respirar, para vencer el miedo inconsciente a asfixiarse.

3. Otra cualidad del humo a la que se recurre, data de la historia de la humanidad, en donde en varias culturas primitivas la inhalación del humo era un método mágico simbólico que permitía ser poseído por el espíritu de un dios, el cual compartía su omnipotencia a la persona.

A partir de las conclusiones a las que llega la autora en la adicción al cigarrillo, se puede inferir que explican en gran parte la adicción en general, ya que en todas ellas se remite a la búsqueda de una estructura corpórea, y del sí mismo. Entonces, la imagen corporal del adolescente que tiene dificultades en el sentimiento de identidad se encuentra mermado, por lo que va a recurrir a un componente externo mágico que le otorgue ese sentimiento de identidad, que lo estructure y le permita reconocer los límites dentro de su corporeidad. A su vez, la droga, no solo le permite estructurar una sensación de un cuerpo, sino que le remite a una sensación mágica de omnipotencia, por lo que el adolescente no solo *es alguien*, sino que lo *es todo*.

Sin embargo, pronto este consumo que lo estructura, nuevamente tiende a desestructurar la imagen unificada de sí mismo, ya que, aunque el adolescente busca en la droga la sensación de límite, la sensación de un cuerpo unificado y la sensación placentera-omnipotente, estas sensaciones que otorga la sustancia son temporales, el mismo límite que lo estructura lo remite a la sensación de limitación-impotencia, impotencia tal que le recuerda su estado de carencia y finitud, ya que si tiene un cuerpo es mortal, por lo que busca nuevamente trascender y entonces el consumo se intensifica (Kalina, 1987).

4.3.4 Psicodinamia familiar

Según Kalina (2000), las familias psicotóxicas son aquellas que por sus características favorecen el desarrollo de síntomas de adicción y en sentido estricto, aquellas que incluyen uno o más miembros adictos. Indica que la familia se ha constituido con base en un pacto que encubre una mentira, un engaño, una ilusión, en donde el padre se coloca como un “dador universal” y la madre como “receptora”, que conforman una unión narcisista incapaz de sostenerse, ya que el padre por sus características, débil, que en realidad exige ser satisfecho, y la madre tiende a asumir el rol de dadora, por lo que, al verse amenazada la

relación de los padres se constituye un nuevo pacto perverso, el sacrificar al hijo para solventar los cambios en los roles adquiridos, otorgan al hijo la cualidad de omnipotente, sin límites, impulsándolo a las conductas autodestructivas.

Kalina (1988), describe entonces cuales son las características de los padres de hijos adictos, en donde explica que la madre es un inadecuado continente afectivo, es decir, por sus características tiende a abandonar al hijo. En sus palabras:

... la madre atenderá posesivamente a su hijo, no porque este la necesita, sino principalmente porque ella lo necesita a él, o sino directamente lo abandona (...) Se produce en definitiva, una simbiosis que no se va a resolver en forma normal, a través de los procesos de separación-individuación... (Kalina, 1988, p. 16).

En cuanto al padre lo define como incapaz de sostener las necesidades de su conyugue, y además no es capaz de reaccionar frente a la simbiosis madre-hijo, ya que así delega la necesidades y exigencias de ambos. Es una figura que no ejerce su principal función, la función de prohibición, de autoridad, es débil y frágil aunque aparenta ser fuerte mostrándose sumamente autoritario (Kalina, 1988).

Por lo tanto, el autor indica que el hijo, recibe la necesidad de la madre, no es reconocido como con derecho propio, se encuentra al servicio de los otros, de la perpetuación del pacto, por lo que las relaciones familiares son narcisistas y prevalece una ceguera, una negación magnificada de los conflictos. Este pacto criminoso, según lo define Kalina, implica la muerte del hijo, el depositario, el elegido, lo que se observa en la clínica como la salvación del contexto familiar, ya que ante la ausencia de la internalización de la prohibición, esta prohibición resurge como manifestación psicótica en el suicidio. Eso es la adicción, un suicidio prolongado (Kalina, 1988).

Knight (1937) ha estudiado la configuración familiar del adicto, llegando a la conclusión de que el padre se presenta como una figura desvalida y que no tiene firmeza, es decir, es inconstante en el ejercicio

de sus funciones. Por lo que tiende a sobre gratificar al hijo en algunas ocasiones y en otras a frustrar. Esto tiene como consecuencias en el hijo la imposibilidad de desarrollar la capacidad de autocontrol y le lleva a reacciones de rabia ante cualquier problemática frustradora. A su vez, observó que la contraparte, la madre, tampoco desempeña un papel de sustituto adecuado de esta función de equilibrio entre gratificación-frustración, ya que la madre se presenta como sobre-protectora e indulgente, lo cual genera en el niño dependencia, temor al rechazo y sentimientos de inferioridad. Este tipo de personalidad hace que cuando el hijo llega a la adolescencia encuentre en la droga la satisfacción de sus impulsos agresivos y sus necesidades de gratificación.

Capítulo 5. Psicoterapia de orientación psicoanalítica en el abordaje del consumo de sustancias

El abordaje psicológico de las adicciones ha estado presente de forma estructurada, en base a objetivos determinados, a partir de la década de los ochentas cuando aparecieron alrededor del mundo los primeros esfuerzos por tratar las adicciones como una problemática sanitaria (Olivera, Oppedisano, Fiocca y Barrera, 2011). Por lo que en la actualidad, existen numerosas intervenciones específicas para el abordaje de trastornos adictivos, los cuales parten de diferentes marcos teóricos y metodológicos.

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de E.E.U.U. (NIDA) ha escrito una guía con el conjunto de intervenciones que han sido utilizadas frecuentemente y que están fundamentadas científicamente para el tratamiento de las drogodependencias. Entre ellas se encuentran: la prevención de recaídas de tipo cognitivo-conductual diseñadas por Marlatt y Gordon; el Modelo Matrix con una combinación de estrategias conductuales, psicoeducativas y de autoayuda; la psicoterapia expresiva de apoyo, enmarcada en el campo de las terapias breves psicodinámicas; el consejo individualizado; la terapia de incremento motivacional; la terapia conductual para adolescentes; la terapia familiar multidimensional; la terapia multisistémica; el enfoque de refuerzo comunitario (CRA); la terapia de refuerzo en programas de mantenimiento con metadona; y el tratamiento de día con refuerzo (NIDA, 1999). Según esta lista, los enfoques cognitivo-conductuales sobresalen en cuanto a la frecuencia con que sus estrategias son utilizadas para la atención a las adicciones.

Así como el NIDA, la mayoría de las investigaciones sostienen que las terapias cognitivo-conductuales son las mejor evaluadas para el tratamiento de las adicciones (Roth y Fonagy, 1996; Fernández y Secades, 2000; Velíz, 2014), especialmente porque afirman que este tipo de tratamiento tiene evidencia empírica a su favor que demuestra su eficacia en el tratamiento de diferentes cuadros clínicos complejos (Becoña y colabs., 2010, Jiménez y Cataño, 2016).

Al respecto, Echeburúa (2010) ha analizado diferentes publicaciones sobre la efectividad de diferentes tipos de terapias psicológicas. Entre estas figura una lista de los tratamientos que poseen

evidencia científica de su eficacia, es decir, una verificación empírica (experimental) y no solamente clínica (subjetiva). El autor concluye que en esta lista se puede observar la superioridad de las terapias cognitivo-conductuales como tratamientos de elección y la ausencia generalizada de terapias psicodinámicas, a excepción de algunas intervenciones psicodinámicas breves. Y menciona que la efectividad de las terapias dinámicas, sistémicas y existenciales-humanistas en diversos trastornos es desconocido en muchos casos.

En México también se observa esta tendencia, tal como lo señalan Rojas, Real, García-Silberman y Medina-Mora (2011) quienes elaboraron una revisión sistemática de las investigaciones publicadas entre 1980 y 2010 sobre el tratamiento en adicciones y sus resultados reportan 220 publicaciones sobre tratamiento en nuestro país. Según las autoras el tratamiento más utilizado fue el cognitivo-conductual, seguido por su combinación con terapia farmacológica de remplazo y psicoterapia de otro tipo (psicodinámicas, sistémicas y existenciales).

El hecho de que en México se encuentra mayor cantidad de intervenciones en adicciones publicadas desde el enfoque cognitivo-conductual puede deberse a que las instituciones públicas como los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) y los Centros de Integración Juvenil (CIJ) se rigen bajo los protocolos que dicta el Centro Nacional para la Prevención y Control de Adicciones (CENADIC), ya que el gobierno mexicano y otras instituciones relevantes como el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INP) y la Universidad Autónoma de México, promueven el uso de programas basados en evidencia empírica (Velíz, 2014).

Tal como indican Jiménez y Cataño (2016), “tradicionalmente los modelos cognitivo conductuales han gozado de más prestigio, inclusive a partir de ellos se han generado fuertes críticas a los enfoques comprensivos entre los cuales se encuentra el enfoque psicodinámico” (p. 9) ya que los autores de este enfoque afirman que otros modelos no poseen la evidencia empírica que les permita demostrar su eficacia.

Sin embargo, esto no quiere decir que no existen tratamientos psicodinámicos para el abordaje de las adicciones o que estos no son eficaces, sino que desde este enfoque no se han realizado las suficientes publicaciones pertinentes al respecto (López, 2006; Iglesias, 2008; Jiménez y Cataño, 2016). Lo cual se corrobora con el estudio de Correa (2017), quien analizó investigaciones internacionales sobre la efectividad del enfoque psicodinámico para el abordaje de las adicciones y encontró que existen escasos estudios dedicados a evidenciar su eficacia terapéutica, lo cual contribuye a aumentar el mito de que no son eficaces para el tratamiento de las adicciones.

Esto puede deberse a que el enfoque psicodinámico tiende a ser utilizado con mayor frecuencia desde instituciones de carácter privado, mismos que no siempre reportan sus hallazgos. Además, desde el enfoque psicoanalítico y psicodinámico no se otorga mucha importancia a la realización de investigaciones empíricas que permitan evaluar la eficacia de las intervenciones que abordan las adicciones (López, 2006; Shedler, 2010). Sino que está más enfocado en lograr una comprensión subjetiva global del paciente y no en indicadores de logro empíricos.

Al respecto Echeburúa (2010) indica que la tendencia a evaluar la eficacia de los diferentes tipos de terapia mediante criterios empíricos genera una sobrevaloración del “objeto” de la psicología, sobre el “sujeto”, es decir, se presta mayor atención a clasificar en cuadros clínicos y a la obtención de indicadores verificables, por lo que se desatiende hasta cierto punto al ser humano sufriente. En el caso de las adicciones se ha priorizado el cambio comportamental con indicadores como la abstinencia y se subestiman logros subjetivos en otras áreas de la vida del paciente.

De igual manera, Bados, García y Fusté (2002) coinciden en enfatizar que “la investigación en psicoterapia no requiere de investigación cuantitativa, sino de observación clínica e investigación cualitativa... lo cual representa una filosofía radicalmente opuesta a la que subyace en los criterios con los que se evalúan las terapias” (p. 492).

Volviendo al tema de la percepción de mayor eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales, Secades-Villa y Fernández (2001) sostienen que la raíz de tal eficacia consiste en que una de sus características principales es que tienden a aplicarse en combinación con tratamientos farmacológicos, además, tras una revisión de las principales intervenciones, afirman que la tasa de recaídas sigue siendo elevada, por lo que su alcance tiende a ser de corto plazo. En general, las investigaciones que comparan tratamientos psicodinámicos con tratamientos cognitivo-conductuales favorecen a los tratamientos de carácter conductual. Sin embargo, Echeburúa (2010) indica que la mayor eficacia que muestran puede deberse a la forma en que se miden los resultados, ya que estos se enfocan en comportamientos que se pretenden modificar.

Es decir, la terapia psicodinámica aporta elementos significativos en el abordaje de las adicciones pero estos no han sido observados en su justa dimensión, como menciona Jiménez y Cataño (2016), los beneficios de la intervención psicodinámica existen, pero estos no se miden a través de meros indicadores comportamentales como el logro total de la abstinencia, sino que sus beneficios radican en:

“la regulación gradual en el uso de estas sustancias así como en los problemas asociados al consumo tales como alteraciones de la salud física y mental, los problemas relacionales en los diversos contextos en los que se desenvuelve el sujeto...razón por la cual la intervención no desconoce ni desatiende el ideal de abandonar el consumo, pero no es el único foco de atención”
(p. 9).

Por ello, al margen de la literatura especializada que tiende a favorecer los tratamientos cognitivo-conductuales, diferentes autores han realizado investigaciones que pretenden reivindicar la eficacia de la terapia psicodinámica en el tratamiento de las adicciones y de otros trastornos (Leichsenring, 2005; Milrod et al., 2007). Ejemplo de ello es el estudio de Olivera y colabs. (2011), quienes realizaron una investigación documental para determinar los tratamientos efectivos en las drogodependencias. Encontraron que al contrario de lo que la mayoría de la literatura reporta la psicoterapia psicodinámica es

efectiva porque tiene una tasa menor de recaídas en comparación con los tratamientos cognitivo-conductuales. También encontraron que la terapia sistémica muestra ser eficaz y atribuyen su eficacia a que este tipo de terapia utiliza algunas técnicas y conceptos del enfoque psicodinámico.

Shedler (2010), corrobora tal afirmación, ya que en su estudio sobre la eficacia de la terapia psicodinámica encontró que los efectos benéficos que aporta el tratamiento psicodinámico permanecen y se incrementan a lo largo del tiempo, ya que activa procesos psicológicos que permiten que el cambio persista aun tras el cierre de la terapia.

Es decir, tal como lo expresan Bados, García y Fusté (2002) la terapia psicodinámica “está empezando a investigar la eficacia de sus tratamientos, pero por el momento los estudios son escasos y, en consecuencia, resulta difícil evaluar tanto su eficacia como la eficacia diferencial de las distintas psicoterapias” (p. 499). Por ello es necesario recopilar las investigaciones recientes sobre intervenciones psicodinámicas en adicciones para rescatar sus aportes en este campo clínico y que no pase desapercibido ya que este enfoque es comprensivo de la subjetividad del sujeto.

Entonces, para comprender cuáles son los aportes que brinda el tratamiento en adicciones desde la perspectiva psicodinámica es necesario recorrer algunas investigaciones que han documentado precisamente los elementos teóricos y técnicos que indican su proceder en el abordaje de las adicciones. La principal característica que hace valioso a este enfoque es el hecho de que busca reconocer la singularidad de cada sujeto, para que el tratamiento se ajuste al paciente y no al contrario. Al respecto Correa (2017) realizó un análisis sobre investigaciones con enfoque psicodinámico para el abordaje de las adicciones y concluye que se hace hincapié en realizar diagnóstico previo a la intervención para considerar las particularidades de cada caso que permitan determinar la forma de relación del sujeto con la droga.

De igual manera, González (2014) realizó una investigación en donde analiza estudios psicodinámicos sobre las toxicomanías, y encontró que los teóricos de este enfoque otorgan mayor

importancia al análisis de la singularidad de cada paciente, es decir, abordar cada caso en vez de generalizar un único modelo para todos los pacientes.

Sobre los criterios utilizados desde la técnica psicodinámica se enfatiza el uso de la escucha para que el sujeto sea capaz de apalabrar sus afectos. Rutsatz y Medeiros (2016) realizaron una investigación cualitativa mediante el análisis de entrevistas realizadas a seis psicoanalistas latinoamericanos de reconocida experiencia en el área de la clínica. Examinaron los datos con el método de análisis interpretativo y su principal conclusión fue que se prioriza el uso de la palabra en el tratamiento de las adicciones, de tal manera que se busca escuchar al sujeto del inconsciente para acoger los afectos que la palabra o su ausencia provocan en el adicto.

También es crucial el vínculo transferencial en el abordaje de las adicciones, como lo evidencia López (2006) quien realiza en Ecuador una investigación que combina el enfoque de la neuropsicología y los enfoques psicodinámicos. En donde examinó las relaciones interpersonales de adictos y el vínculo con el terapeuta. Sus principales resultados muestran que los sujetos con alcoholismo desconocen las relaciones que poseen y su importancia para el establecimiento de futuras relaciones, por lo que su objeto de amor principal es el alcohol y en segundo término el terapeuta. Encontraron que mediante el vínculo transferencial pueden llegar a comprender y reelaborar el vínculo con el alcohol y generar cambios reales en su vida. González (2014) coincide en señalar que en cualquier adicción es crucial el vínculo y la transferencia para abordar el narcisismo de los adictos que les genera la imposibilidad de elaborar afectos displacenteros.

Sobre las temáticas abordadas en sesión también se ha investigado, por ejemplo, Fernández (2011), quien desarrolló en un hospital especializado en drogodependencias, en Argentina una investigación sobre drogodependencias en la adolescencia desde el punto de vista psicoanalítico, encontró que el motivo de consulta en los adolescentes se liga muchas veces a otros síntomas y conductas de riesgo asociadas al consumo. Es decir, el consumo suele ser uno más de los síntomas que se adhieren a un cuadro

sintomático y a otras afecciones, por lo que es necesario determinar qué es lo que los psicoterapeutas están trabajando, ya que este enfoque no atiende únicamente al consumo.

Por ello, nos remitiremos a otro meta-análisis, en donde se observan las principales temáticas que es necesario abordar en sesión dentro de la terapia psicodinámica para adictos. Arias y Correa (2015) realizaron un análisis documental sobre intervenciones clínicas para el consumo de sustancias psicoactivas abordadas desde la terapia psicodinámica. Sus resultados muestran que los trabajos de intervención psicodinámica tienden a ocuparse de ciertos temas que se describen en cuatro categorías:

Categoría 1: La responsabilidad en las búsquedas del consumo: Arias y Correa (2015) encontraron que se dan dos momentos en cuanto al consumo, en un primer momento se obtiene el placer que elimina el sufrimiento inicial y que se asocia a la sexualidad y en un segundo momento, el consumo se convierte en el único proveedor de placer. Y también reportan que el consumo es una forma de automedicación ya que los adictos recurren al consumo de drogas para poder soportar los estados afectivos intolerables para ellos. Hallaron que el consumo de sustancias hace alusión a un intento de resolución, un intento de salida y de evitación del dolor y sufrimiento sentido. Lo cual corrobora en su estudio Isella (2002) que indica que el consumo es una elección de evitación, que intenta curar lo que está incompleto en el adicto.

Categoría 2: La decisión de buscar ayuda. Sobre esta categoría Arias y Correa (2015) encontraron que existen retos para realizar intervenciones en adicciones ya que hay distintas motivaciones que impulsan al consumidor a buscar ayuda en un espacio terapéutico. Por lo que es necesario adecuar el tratamiento a la motivación particular de cada sujeto, al respecto, López (2006) menciona que es necesario incluir a terceros significativos para afianzar el apego al tratamiento.

Categoría 3: Evaluación comprensiva del fenómeno: Arias y Correa (2015) mencionan que la mayoría de las investigaciones hacen referencia a que el logro esperado en la intervención no es el control del consumo (abstinencia) sino que el objetivo central es el cambio; también encontraron que se enfatiza el reconocimiento de la subjetividad al hacer diagnósticos individuales y enfatizan una atención

diferenciada, en donde se busca entender el papel que desempeñan las drogas en relación a los sentimientos y comportamientos conflictivos y cómo se pueden resolver los problemas sin recurrir a las drogas.

Categoría 4. Alcances y límites: Arias y Correa (2015) concluyeron que la intervención desde el psicoanálisis convencional es útil para sujetos en “estados avanzados de recuperación y para tratar rasgos de personalidad anómalos asociados o previos a la adicción.” Y que la terapia dinámica con respecto a las otras orientaciones ofrece un valor agregado, ya que los beneficios alcanzados en terapia se sostienen en el tiempo. Finalmente encontraron que el objetivo terapéutico deberá centrarse sobre las capacidades y recursos psicológicos positivos. Sobre estos recursos Olivera y colabs., (2011) mencionan que se debe fomentar la capacidad de tener relaciones satisfactorias, tolerar una gama amplia de afectos y la posibilidad de afrontar la vida.

Otros autores como Johnson (1999) enfatizan como objetivo el trabajo sobre las estructuras mentales de los sujetos, modificando el superyó, y extendiendo el trabajo de recuperación al ideal del yo o a valores sociales internalizados. Isella (2002) coincide con ello, ya que afirma que es mediante la modificación de la dinámica psíquica del sujeto que se logra la transformación subjetiva.

En la presente investigación se utiliza el enfoque psicodinámico, ya que como se observa existen suficientes estudios que demuestran que esta perspectiva de la psicología ofrece una comprensión total del paciente, en donde la mirada al consumidor de sustancias está enfocada en determinar el significado que le atribuye a la droga, para poder ofrecerle un tratamiento personalizado que le permita resignificar su significado y revalorar las relaciones interpersonales para lograr cambios significativos en su vida, ello a través de las técnicas de la psicoterapia psicodinámica. Por ello, en el siguiente apartado, se describe brevemente los principales postulados del psicoanálisis, marco conceptual del enfoque psicodinámico, y posteriormente se describen los recursos técnicos de la psicoterapia dinámica que permiten abordar las adicciones.

5.1 Psicoterapias de orientación psicoanalítica

El enfoque psicodinámico se encuentra enmarcado dentro de la teoría psicoanalítica, la cual fue desarrollada por Sigmund Freud, quien fue un médico austriaco que se orientó al estudio de las manifestaciones psicopatológicas y su tratamiento. Esta teoría es también un método terapéutico de exploración del inconsciente, que enfatiza la importancia de las funciones psíquicas en la valoración del hombre y el significado de sus motivaciones inconscientes. En seguida se resumen los principales postulados del psicoanálisis:

1. Criterio topográfico: Plantea la división de la mente en tres estratos, consciente, preconsciente e inconsciente. La conciencia es el estado de alerta a las percepciones tanto del mundo externo como del interno. El inconsciente se conforma por las representaciones pulsionales y los deseos inaceptables para la moral y normas del individuo. Según Díaz (1998), en el inconsciente se encuentran aquellos contenidos incapaces de acceder a la conciencia debido a la represión.

2. Criterio estructural: Es una división hipotética del aparato mental en tres sistemas: ello, yo y superyó. En el ello se deposita la energía que moviliza al aparato mental y es la representación de las pulsiones (recuerdos, fantasías y afectos), este sistema es inconsciente. El superyó es la instancia resultante de la internalización de las demandas de las normas sociales y se desarrolla debido a la identificación con los padres. Y el yo, sistema que sirve como regulador entre el superyó y el ello, el cual, según su fortaleza neutralizará el conflicto entre ambos (Díaz, 1998).

3. Criterio genético: Según González (1995), este criterio plantea que el origen de la patología se encuentra en traumas remotos resultado de fijaciones en diferentes etapas del desarrollo psicosexual, a saber: etapa oral, anal, fálica y de latencia.

4. Criterio dinámico: sostiene la existencia de fuerzas contrapuestas que se enfrentan entre sí, el ello, yo y superyó, del conflicto psíquico resultado de la ruptura del equilibrio psíquico, puede desencadenarse la estructuración de los diferentes tipos de carácter o síntomas (González, 1995).

5. Criterio económico: González (1995) menciona la presencia de un caudal de energía psíquica que se utiliza en la resolución de conflictos intrapsíquicos.

El principal objetivo del psicoanálisis es hacer conscientes los conflictos inconscientes, para lo cual el analista debe facilitar la liberación de los contenidos que se mantienen en un nivel inconsciente con toda su carga de energía, para ello utiliza diferentes recursos, principalmente se sirve de la libre asociación, de la interpretación y del análisis de la transferencia. De acuerdo con González (1995), este último recurso es indispensable, ya que el psicoanálisis parte de la noción de que en la concientización de los vínculos afectivos del individuo con los otros y con el terapeuta, se determinarán los patrones primitivos establecidos durante sus primeras relaciones significativas, que fueron conflictivos como consecuencia de los mecanismos edípicos. Otro recurso terapéutico es el uso del diván, que pretende fomentar la deprivación sensorial para facilitar el establecimiento de la relación prototípica: padre-madre-hijo. El tratamiento se caracteriza por sesiones de 50 minutos con una frecuencia de cuatro a cinco por semana, su duración promedio es de 3 a 4 años.

Diversos autores han partido del psicoanálisis para formular terapias que comparten sus conceptos pero que difieren en cuanto a la técnica, por lo que son terapias de menor duración. A estas terapias se les denomina psicoterapias de corte analítico, de orientación psicoanalítica o terapias psicodinámicas, debido a la relevancia que otorgan a la exploración del inconsciente.

5.2 Psicoterapia breve psicodinámica en adicciones

La psicodinamia trata de explicar el desarrollo integral de un individuo (Díaz, 1998) a partir de los criterios y conceptos psicoanalíticos, pero, se diferencia del psicoanálisis en cuanto a su técnica, ya que ambas poseen diferentes objetivos y por lo tanto, establecen distintas características para el tratamiento.

Históricamente, Sandor Ferenczi y Otto Rank fueron los primeros en proponer modificaciones sustanciales al método clásico del psicoanálisis, especialmente referidas a la extensión del tratamiento y al rol del terapeuta, ya que proponen una participación más activa y directiva del terapeuta, y hacen énfasis en que los afectos del paciente transferido al terapeuta fueran interpretados en función de las figuras significativas de su vida, centrándose en el ahora del paciente, en lugar del pasado (Ibarreche, 2014).

La psicoterapia psicodinámica se caracteriza por ser más breve y estar focalizada en determinados conflictos y se lleva a cabo a través de un proceso de auto-reflexión, auto-exploración y descubrimiento personal mediante una relación terapeuta-paciente auténtica (Schedler, 2010). Fiorini (1973) aporta varias consideraciones teóricas que apoyan la formulación de que la técnica psicodinámica es capaz de producir modificaciones más significativas en la personalidad que el mero cambio sintomático. Entre ellas destaca la “experiencia emocional correctiva” que representa el tipo original de relación con un terapeuta en cuanto objeto efectivamente bueno, permisivo, que ayuda al paciente porque desempeña un rol reparador, protector e idealizado, que permite al paciente rectificar a través de lo vivido con el terapeuta, los vínculos primarios, así como sus vínculos actuales. Tal experiencia correctora, con base a interpretaciones puntuales, permite cierto grado reconstructivo de la personalidad.

Existen distintos tipos de psicoterapia psicodinámicas breves, sin embargo, todas ellas deben asentarse en la experiencia clínica, concepción teórica y sistematización técnica del psicoanálisis (Fiorini, 1973). Por ello, es necesario partir de un esquema referencial propio a las psicoterapias psicodinámicas breves, que conduzca el quehacer del psicólogo. En seguida se reseñan los principales criterios de los cuales debe partir la terapia psicodinámica breve.

a) La terapia breve se orienta hacia la comprensión psicodinámica de los determinantes actuales de la situación de enfermedad, crisis o descompensación (Díaz, 1998). Es decir, se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta a través de la comprensión de la vida cotidiana y social del

paciente, desde todos los puntos de vista posibles, y después introducir las variables que logren una adaptación más eficaz (Bellak, 1993).

b) Se enfoca y selecciona los síntomas principales y más perturbadores para lograr una mayor adaptación. Ya que si se comprende el momento de crisis como enmarcada en una estructura global, pueden ponerse de relieve los puntos estratégicos a considerar para producir reestructuraciones efectivas. La focalización de la terapia consiste en general en “dirigir la atención del paciente hacia la función y significado interpersonal de sus síntomas” a través de la atención selectiva del terapeuta hacia las interpretaciones nucleares planeadas desde la estrategia del tratamiento (Fiorini, 1973).

c) Bellak (1993) indica que establece una causalidad o continuidad entre el presente y el pasado; entre la infancia y la adultez; entre el pensamiento de vigilia y de sueño; y entre lo consciente e inconsciente para comprender la interrelación entre los síntomas o rasgos de personalidad y los conflictos enmarcados en las relaciones objetales.

d) Organiza sus recursos conforme a un principio de flexibilidad, es decir, elabora sus estrategias terapéuticas con base en una evaluación global del paciente, de su grado de enfermedad y del potencial de adaptabilidad de su personalidad (Fiorini, 1973). Lo cual la diferencia del psicoanálisis cuyo encuadre es estructurado y rígido.

e) Se dirige hacia el fortalecimiento de las áreas del yo libres de conflicto (Fiorini, 1973). Ya que si se parte de la capacidad del paciente de conservar comportamientos adaptativos es posible utilizar estos como recursos para el abordaje de las áreas enfermas.

f) Favorece la “experiencia emocional correctiva” a través de la autoevaluación, objetivación y crítica de los vínculos habituales, lo cual permite la creación de “núcleos iniciales de insight” susceptibles de ulterior crecimiento a través de la elaboración de nuevas experiencias (Fiorini, 1973). En el sentido de

que se enfoca en lo que el paciente ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprenderse y reaprenderse del modo más eficaz posible (Bellak, 1993).

g) Finalmente, la psicoterapia psicodinámica breve, requiere un papel activo del terapeuta, ya que no se limita al material que ofrece el paciente, sino que evalúa la situación total y en función a ello elabora un plan de abordaje focalizado en la problemática central (Fiorini, 1973). Lo cual implica la atención selectiva del terapeuta a las verbalizaciones que ofrecen la oportunidad de interpretaciones puntualizadas en los objetivos trazados.

En el extremo de las psicoterapias breves, se encuentra la propuesta de Bellak (1993), quien desarrolló su Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) en el contexto de la psiquiatría y salud mental comunitarias, como respuesta a la necesidad de atender una sobrecargada agenda institucional, para ello desarrolla su propuesta con base en el concepto médico de urgencia como paradigma. Consiste en cinco sesiones más una sexta de seguimiento, una vez a la semana. Esta propuesta se enfoca y selecciona los síntomas principales y más perturbadores y su causa, dentro de un marco amplio y provee las orientaciones suficientes para el tratamiento. En ella se seleccionan los objetivos a abordar en lugar de seleccionar a los pacientes.

Otro tipo de psicoterapia breve es la de Lucio Pinkus, quien denomina a su enfoque psicoterapia analítica breve, su principal objetivo es la modificación del sistema de la personalidad, de tal manera que se transforme de “cerrado en abierto” y lograr el restablecimiento homeostático emocional dentro de un periodo de tiempo determinado (Pinkus, 1984). De acuerdo con el autor, este tipo de psicoterapia supone una serie de modificaciones de la técnica clásica, principalmente referidas a la duración del tratamiento y a la actitud del terapeuta. En general esta orientación limita la duración de la terapia y requiere una actitud más activa del terapeuta. Se trabaja focalizándose en los problemas actuales, atendiendo a los determinantes del conflicto y fortaleciendo y reforzando los aspectos no conflictivos del sujeto.

También se cuenta dentro de las psicoterapias dinámicas breves a la psicoterapia de apoyo y la psicoterapia de esclarecimiento, pero, dado que estas han sido ampliamente utilizadas en el abordaje de las adicciones se describirán con mayor detalle.

La teoría psicodinámica afirma que el simple consumo de una sustancia no es la causa del desarrollo de la adicción, sino que esta se debe a una configuración psicológica específica que genera vulnerabilidad y la necesidad constante del uso de la sustancia (González de Rivera, 1993). Sin embargo, aunque se presentan configuraciones psicológicas específicas comunes a los consumidores, estas están enmarcadas en estructuras de personalidad diversas, las cuales hacen necesario la utilización de enfoque técnicos diferentes para pacientes que abarcan desde crisis de adolescencia transitorias hasta graves trastornos fronterizos (Colegio Oficial de Psicólogos, 1996).

Por ello es necesario determinar el tipo de psicoterapia psicodinámica que se adapte mejor a las características de cada paciente con problemas de consumo, con base en el objetivo que abordan y los recursos técnicos que manejan. En seguida se describirá la terapia psicodinámica de apoyo y la terapia psicodinámica de esclarecimiento, dos tipos de psicoterapia breve de base analítica que, de acuerdo con González (1995), resultan valiosas en el tratamiento de toxicómanos. Para ello se puntualiza de cada terapia su objetivo, estrategias, el tipo de relación que establecen y sus aplicaciones en el abordaje del consumo de sustancias.

La **terapia psicodinámica de apoyo** tiene como objetivo la atenuación o disminución de la ansiedad y síntomas clínicos para favorecer el retorno a la situación de equilibrio previa a la crisis. Lo cual logra a través del uso de la estrategia de reaseguramiento, la cual consiste en establecer un vínculo terapéutico reasegurador, protector, orientador que favorezca la experiencia emocional correctiva. Este tipo de terapia implica el establecimiento de un tipo de relación asimétrica entre terapeuta-paciente, ya que en ella el terapeuta se presenta como superior, dirige, orienta y el paciente es subordinado. Lo cual permite

que el terapeuta asuma un rol protector-autoritario que fomenta la dependencia regresiva del paciente ya que este idealiza su figura. (Fiorini, 1973).

Este tipo de terapia posee ciertos efectos que son fundamentales en el tratamiento de las adicciones, ya que alivia la ansiedad del adicto al aceptar y promover su dependencia durante la turbulencia emocional. Se recomienda utilizar en el caso de pacientes que por sus debilidades yoicas no pueden tolerar una psicoterapia interpretativa o de insight (González, 1995).

Sánchez-Hervás y Gradolí (2001) mencionan que la psicoterapia expresiva de apoyo se ha utilizado en pacientes adictos a la heroína que se encuentran en tratamiento farmacológico con metadona y en adictos a la cocaína. Este tipo de terapia enfatiza el abordaje de la conexión existente entre el uso de sustancias, los afectos y las conductas de los pacientes.

La terapia **de esclarecimiento o de insight**, tiene como objetivo el restablecimiento homeostático del paciente (el cual es el objetivo de la terapia de apoyo) y se agrega a este el esclarecimiento de las motivaciones de la conducta, por lo cual fortalece las defensas útiles y modifica parcialmente las actitudes del paciente. Su estrategia principal es el fomentar la autoobjetivación del paciente mediante el establecimiento de una relación de indagación focalizada en esclarecer las conexiones de los vínculos básicos conflictivos a las relaciones actuales y los síntomas. La relación terapeuta-paciente es complementaria, donde el terapeuta posee un rol de docente experto y el paciente ofrece la formulación de sus propias interpretaciones a través de la auto-observación (Fiorini, 1973). Por lo cual el terapeuta funciona como un guía que refuerza las funciones yoicas en cada sesión (Colegio Oficial de Psicólogos, 1996).

En este tipo de terapia se abordan los conflictos que prevalecen y que subyacen al problema del consumo pero evitando una movilización afectiva excesiva (González, 1995). Y fomenta el aumento de la conciencia y la capacidad para discriminar objetivamente la realidad (externa e interna) para prevenir riesgos mediante la anticipación de consecuencias y la aceptación de reglas y límites, aumenta la

capacidad de reflexión y la tolerancia a la frustración a través de la creación de una identidad diferente a la del toxicómano y posibilita las relaciones interpersonales sin la intermediación de la droga (Colegio Oficial de Psicólogos, 1996). Sin embargo, se recomienda utilizar una vez establecida cierto grado de abstinencia, y únicamente en personas con capacidad yoíca adecuada que manifiestan un deseo de autoconocimiento, es decir, se requiere conciencia de enfermedad y capacidad de insight (González, 1995).

Breier (1984) detalló el proceso de tratamiento de la terapia psicodinámica de insight en tres etapas: la etapa de psicodiagnóstico, la planificación del tratamiento y la ejecución del tratamiento. En seguida se resume el proceso de tratamiento.

1. Psicodiagnóstico: Consiste en evaluar al paciente, de tal forma que se obtenga el diagnóstico del trastorno que prevalece para determinar cuál es el enfoque que mayor conviene. Este diagnóstico incluye los mecanismos psicodinámicos que explican las causas del trastorno y describe las metas que se plantea alcanzar. Para ello se construye la historia clínica, el diagnóstico dinámico y se valora la capacidad para el insight. En cuanto al toxicómano es necesario puntualizar las características del consumo, las repercusiones que tiene en las esferas de su vida y la psicodinamia de la familia (Breier, 1984).

2. Planificación del tratamiento: se realiza un análisis para priorizar los conflictos que se abordarán. También el terapeuta debe ser consciente de la actitud terapéutica a tomar ante los mecanismos de defensa del paciente. Se debe planear la elaboración del duelo al concluirse la terapia.

3. Tratamiento: Debe enfatizar la resolución del problema, el incremento de la capacidad de adaptabilidad del paciente y el refuerzo de las funciones del yo. Tiene una frecuencia de 1 a 2 veces por semana. El paciente es tratado cara a cara y se utiliza un amplio rango de intervenciones. El principal punto del tratamiento es la focalización, que permite el abordaje selectivo de la problemática.

Este tipo de psicoterapia admite el uso de diferentes recursos técnicos basados en los principios generales de la psicodinamia, ya que su elección depende del objetivo concreto a lograr. En el siguiente apartado se abordan los recursos técnicos que se utilizan en las terapias psicodinámicas.

5.3 Recursos técnicos de las terapias psicodinámicas

Desde el enfoque psicodinámico no existe un manejo exclusivo de recursos técnicos para cada tipo de psicoterapia, sino que los diferentes elementos técnicos se utilizan en función de los objetivos elegidos a abordar. En seguida se describe en forma de tabla los recursos de la técnica psicodinámica que cumplen una función para el abordaje de las adicciones.

Tabla 6

Recursos técnicos de la terapia psicodinámica

RECURSO	DEFINICIÓN
Catarsis	Implica el desprendimiento de contenidos penosos ante un terapeuta comprensivo que no emite juicios, lo cual tiene un efecto de disminución de la ansiedad del adicto (González, 1995).
Interrogación	Se utiliza en la etapa diagnóstica para recabar información y en la etapa de tratamiento se utiliza cuando se desea conocer algún dato pertinente a las asociaciones del paciente, además su uso favorece el reforzamiento de la realidad, otorgando soporte al yo (Colegio Oficial de Psicólogos, 1996).
Señalamiento	El terapeuta llama la atención al paciente sobre una área específica que ha mencionado para que este observe y brinde mayor información al respecto (Colegio Oficial de Psicólogos, 1996).
Esclarecimiento/ Clarificación	Consiste en el establecimiento de lo esencial del discurso (González, 1995). El terapeuta busca iluminar algo que el paciente sabe pero que no percibe claramente de sí mismo (Colegio Oficial de Psicólogos, 1996).
Confrontación	Muestra al paciente dos situaciones contrapuestas para que advierta la contradicción. En los pacientes toxicómanos es fundamental para que afronten la ambivalencia de su deseo de continuar consumiendo y el mantenimiento de la abstinencia (Colegio Oficial de Psicólogos, 1996). La focalización de problemas y el enfrentamiento con la realidad son necesarios para profundizar la conciencia de enfermedad (González, 1995).
Interpretación	Es una herramienta básica del psicoanálisis y está enfocada a romper las defensas y lograr la comprensión de las motivaciones inconscientes de la conducta (González, 1995). Si bien esta herramienta es esencial para lograr insight, también fomentan la dependencia regresiva por lo que en psicoterapia con adictos las interpretaciones deben poseer ciertas características para reubicar constantemente al paciente en su adultez: deben mantener coherencia interna sobre el objetivo de la terapia, deben ser utilizadas con mayor proporción las interpretaciones extra transferenciales que las transferenciales y deben estar focalizadas a los conflictos actuales (Colegio Oficial de Psicólogos, 1996).
Interpretación transferencial	Se enfocan en el vínculo del paciente con el terapeuta, por lo que en el tratamiento con adictos puede ocasionar resistencias, por lo que se recomienda limitar su uso

Interpretación extra transferencial	(Colegio Oficial de Psicólogos, 1996). Establece una conexión entre lo que pasa en la relación con el terapeuta y las relaciones con los objetos transferenciales de “afuera”, es decir, amigos, parientes, etc. Este tipo de interpretación se utiliza con los adictos para solucionar conflictos de la realidad externa para fomentar el insight en su vida diaria actual (Colegio Oficial de Psicólogos, 1996).
Experiencia emocional correctiva	Se refiere a la conducción de la entrevista psicoterapéutica de modo que el paciente sea consciente de que experiencias traumáticas del pasado pueden no tener un significado actual. Por ejemplo, el adicto arremete con hostilidad contra el terapeuta al manifestar una recaída y espera su respuesta igualmente agresiva al asociarla con la reacción hostil de su padre, pero al encontrarse con la actitud serena y comprensiva del terapeuta le permite reconocer el mecanismo de consumo como expresión de rebeldía y hostilidad hacia los padres (González, 1995).

Existen otros elementos técnicos necesarios en el tratamiento de toxicómanos que según el Colegio oficial de psicólogos (1996) son indispensables para el tratamiento en adicciones, estos son:

a) Constancia del encuadre: Implica el establecimiento de reglas, de común acuerdo con el paciente, referidas al tiempo, frecuencia y duración de las sesiones, así como el papel a desempeñar por terapeuta y paciente, cuya función es disminuir los estímulos externos para generar el campo de la transferencia. Permite confrontar la hostilidad del adicto hacia los límites impuestos por las pautas constantes.

b) Alianza terapéutica: Establecimiento de un compromiso de colaboración entre el terapeuta y el paciente para la consecución de un objetivo psicoterapéutico común.

c) Desarrollo de un vínculo terapéutico: se requiere de mayor proximidad afectiva y un buen rapport, que el terapeuta se muestra cálido, confiable e interesado, para que pueda ofrecer al paciente una imagen especular de sí mismo que se centre en los aspectos positivos como la intención de abstinencia total, sin condenar su deseo secreto de librarse únicamente del descontrol del consumo.

d) Regla básica de funcionamiento: la consigna básica implica exhortar al paciente a “hablar de lo que quiera pero que convendrá que se refiera preferentemente a todo aquello que guarda relación con los problemas que hemos convenido abordar...” (p. 90). Por lo tanto se trata de la priorización de

intervenciones enfocadas a los aspectos que favorecen la toxicomanía, y por lo tanto, la utilización técnica de la asociación libre limitada únicamente a ciertas circunstancias.

e) Transferencia: Es la vivencia de afectos y defensas hacia una persona actual que son una repetición de reacciones que se tuvieron hacia las figuras significativas de la temprana infancia, los cuales son desplazados inconscientemente también al terapeuta. En cuanto a los toxicómanos, se requiere mantener en terapia una relación trasferencial positiva sublimada.

f) Contratransferencia: consiste en la percepción de los conflictos inconscientes del paciente que moviliza los propios contenidos del terapeuta, a lo cual, el terapeuta debe estar atento. Es decir, el terapeuta se dispone a:

- “1. Devolver adecuadamente las proyecciones patológicas de los adictos.
2. Comprender las situaciones traumáticas y estudiarlas con el paciente.
3. Disminuir la maldad del objeto interno del paciente frente a los intentos del paciente de transformar al terapeuta en malo.
4. Estar muy atento a sus propios sentimientos contratransferenciales para que no se sienta atacado, rechazado o abandonado y sin contenido” (p. 93).

Finalmente es necesario puntualizar, que estos recursos técnicos están a la disposición del terapeuta y su utilización depende en gran medida del objetivo específico a lograr, ya que en función de lo que se quiera realizar uno u otro recurso será más apropiado en un momento determinado en la sesión.

Una vez reseñado el marco teórico de la terapia psicodinámica, así como sus principales características técnicas para en el abordaje de las adicciones desde este enfoque, se procede a describir el método utilizado en esta investigación para dar respuesta al principal objetivo planteado: Diseñar una intervención psicoterapéutica de corte psicodinámico en la atención del consumo de sustancias y su relación con la percepción del padre, el estilo de apego y la psicopatología en los adolescentes.

VII. MÉTODO

En el presente apartado se describe el diseño de la investigación, se presentan las definiciones operacionales de las variables analizadas, se describe el escenario, participantes y el procedimiento que se siguió y finalmente, se puntualizan los principios éticos que rigen la presente.

1. Diseño de la investigación

La presente investigación es un diseño cualitativo, ya que se realizó un abordaje cualitativo-fenomenológico que detalla el fenómeno de las adicciones desde el punto de vista de los participantes y las particularidades de sus vidas para comprender la percepción de los participantes sobre la ausencia del padre y su vinculación con el consumo de drogas.

El alcance de la investigación es descriptivo y transversal. El muestreo es no probabilístico por conveniencia, ya que los participantes pertenecen a un centro de rehabilitación que por sus facilidades en acceso a la información, así como la cercanía, permitió el desarrollo del presente estudio.

2. Definiciones operacionales

Tras la revisión del marco teórico, se utilizan para los fines de esta investigación las siguientes definiciones operacionales.

Tabla 7
Definiciones operacionales

Variable	Definición	Operatividad	Instrumento
Consumo de sustancia	Uso abusivo de sustancias psicoactivas caracterizado por el consumo desadaptativo que presenta un individuo a pesar de las consecuencias negativas, físicas, psicológicas y sociales asociadas.	Vivencia subjetiva generada por el consumo de sustancias	Diagnóstico de abuso de sustancias asentado en el expediente, efectuado por el médico responsable del Centro de Rehabilitación. Guion de entrevista semiestructurada (Ítem 1-13).
Ausencia paterna	Ausencia física: Carencia de una relación/contacto del	Percepción del adolescente sobre la relación que	Guion de entrevista semiestructurada

adolescente con su padre biológico, o interrupción de la relación a partir de la adolescencia.

Ausencia simbólica: existencia de una relación carente de afecto, comunicación efectiva, y/o sin el ejercicio de las funciones del padre (provisión económica, afectividad y protección).

mantiene con su padre.

(Ítem 26-37).

Estilo de apego

Conducta que permite al individuo relacionarse consigo mismo y con los otros a lo largo de su vida, resultado de la repetición de experiencias de interacción con aquellas figuras que son percibidas como capaces de enfrentar al mundo y de las que depende el bienestar emocional en la primera infancia, especialmente madre y padre.

Apego seguro: estilo de vinculación que implica poseer una visión positiva de sí mismo y de los otros y que como consecuencia genera en la persona una adecuada autoestima, y en las relaciones afectivas la posibilidad de acercarse a los otros significativos, establecer confianza y una sana dependencia.

Apego inseguro-evitativo: estilo de vinculación que se genera de la visión positiva de sí mismo, pero en cambio, tiene una visión negativa de las otras personas, lo cual genera la evitación de relaciones de intimidad y confianza, debido una sobrevaloración de la independencia a consecuencia de un sentimiento de autoeficacia compulsivo que lo lleva a considerar los vínculos secundarios a la consecución de logros.

Apego inseguro-ansioso: estilo de vinculación que poseen los individuos con una visión negativa de sí mismas, pero que mantienen una visión positiva de los otros, el cual consiste en una excesiva necesidad de aprobación de los demás que

Guion de entrevista semiestructurada (Ítem 14-25).
Cuestionario de Estilos de Apego (Attachment Style Questionnaire)

		le origina ansiedad, soledad, desconfianza en sí mismo y sobredependencia en sus relaciones.	
Psicopatología	Conjunto de categorías que describen la conducta humana anormal y que constituyen trastornos de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables.	Las categorías clínicas que se consideran en este estudio son: hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía, introversión social y rasgos de feminidad-masculinidad.	Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)

3. Escenario

La recolección de información se realizó en un Centro de Rehabilitación privado ubicado en Jiutepec. Este centro pertenece a una asociación civil que tiene como misión ayudar a personas con problemas de alcoholismo, drogadicción y farmacodependencia, así como los problemas emocionales asociados a estos padecimientos, tales como depresión, ingobernabilidad, ansiedad, etc.

Se divide en dos albergues, uno destinado a población masculina, que fue el primero en constituirse, y un segundo albergue, destinado a población femenina. Actualmente cuenta con una población de 12 mujeres y 20 hombres. El grueso de la población es adolescente. El motivo de internamiento más frecuente es problemas de ingobernabilidad. En cuanto al promedio de tiempo de internamiento es de 3 a 6 meses. La causa de deserción más frecuente es la imposibilidad de cubrir el costo del internamiento así como la falta de cooperación de los padres en el proceso de rehabilitación de los pacientes. Para fines de la investigación, la población se constituye por 5 adolescentes hombres y 5 adolescentes mujeres.

4. Participantes

Los participantes son usuarios del Centro de Rehabilitación, escenario del presente estudio. Para la selección de los participantes se estableció un diálogo con los dirigentes del Centro de Rehabilitación,

para darles a conocer el propósito de la investigación y los requisitos de inclusión que determinarían a los participantes. Los dirigentes del escenario proporcionaron la lista de los participantes que cumplían con los criterios y proporcionaron sus expedientes para su revisión. Tras la revisión de los expedientes se determinó la población que cumplió con los criterios establecidos. La población se constituye por 5 adolescentes varones y 5 adolescentes mujeres que cumplen con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- a) Ambos sexos
- b) Edad comprendida entre los 15 y 17 años.
- c) Nivel de escolaridad mínimo primaria.
- d) Diagnóstico de abuso de sustancias (sustancias psicoactivas ilegales, y/o alcohol)

Criterios de exclusión:

- a) Sujetos con hijos
- b) Sujetos que abandonaron el proceso.

5. Procedimiento

La investigación se realizó en 2 etapas: diagnóstico y diseño de la intervención. El cronograma que detalla los tiempos de la intervención se presenta en el Anexo 1.

Diagnóstico: En la primera etapa se realizó la selección de los participantes. Para ello, en coordinación con los dirigentes del escenario, se revisaron los expedientes de los adolescentes inscritos en el Centro de Rehabilitación y se eligieron aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión. Una vez elegidos los adolescentes se procedió a contactar a sus padres o tutor legal, ya que se les planteó el propósito y fases de la investigación para solicitarles su consentimiento para trabajar con sus hijos. Se dedicó una sesión individual por familia para aclarar las dudas y todo lo relacionado a la investigación, así

como para la firma del consentimiento informado para aquellos padres que aceptaron que sus hijos participaran. Una vez firmadas las cartas de consentimiento se procedió a hablar con los adolescentes, explicándoles de igual forma en una sesión individual con cada uno de ellos el proceso a seguir, así como la aclaración de dudas, finalmente se les indicó que aun cuando sus padres hubieran aceptado que participaran, si ellos decidían no hacerlo, podían rechazar el proceso y/o abandonarlo en cualquier momento. Finalmente se inició el proceso diagnóstico con los adolescentes participantes.

Posteriormente se realizó el diagnóstico de los participantes. En un primer momento se realizó una sesión de presentación con los adolescentes participantes en donde se les explicó las etapas de la investigación y el procedimiento a seguir. Se llevó a cabo la entrevista semiestructurada en la cual se recolecta información sobre: a) la vivencia del consumo de sustancias, b) la percepción de la ausencia paterna y c) el apego. Para la recolección de la información se requirió de 4 a 6 sesiones, dependiendo del avance que se tenía por sesión con cada adolescente.

Una vez finalizadas las sesiones de entrevista se procedió a la aplicación de los instrumentos. En primer lugar se aplicó el Cuestionario de Estilos de Apego para determinar el estilo de apego de los participantes: a) apego seguro, b) apego inseguro-avoidante, c) apego inseguro-ansioso. La aplicación de este instrumento se efectuó en una sola sesión. Posteriormente se solicitó a los participantes contestar el Inventario Multifásico de la personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) para determinar la psicopatología y sus principales rasgos de personalidad.

Posteriormente se realizó el análisis de la información. Para ello se realizó el análisis de la historia del consumo, la percepción del padre, el estilo de apego y la psicopatología presente en los adolescentes. Para analizar la historia del consumo, la percepción del padre y el estilo de apego se construyeron resúmenes clínicos por cada uno de los participantes en base a las transcripciones de las entrevistas. Este resumen contiene información sobre la historia de consumo, la percepción del padre, el apego y otros hallazgos clínicos. Posteriormente se elaboraron tablas que sintetizan los resultados obtenidos.

Adicionalmente se elaboró el análisis de las categorías encontradas de acuerdo a los resúmenes clínicos y las transcripciones.

Para el análisis del estilo de apego, además de la entrevista, también se utilizó el Cuestionario de Estilos de Apego. Por lo que se calificaron todos los cuestionarios de los participantes para obtener su estilo de apego predominante (apego seguro, apego inseguro-ansioso, apego inseguro-evitativo). Y se construyó una tabla que sintetiza la información.

Para el análisis de la psicopatología de los adolescentes se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A), con la finalidad de obtener un perfil psicopatológico individual, que describe los principales rasgos psicopatológicos presentes en cada uno de los participantes., el cual se presenta en forma de tablas individuales. También se obtuvo el Código de dos puntos para cada participante, es decir, se obtuvo una interpretación clínica de acuerdo a las dos escalas más elevadas obtenidas, lo cual revela rasgos clínicos presentes en los adolescentes. Dicha interpretación se presenta en forma de tabla comparativa grupal. Finalmente se estudiaron los datos y se presentan en forma de análisis grupal.

Diseño de la intervención: En la segunda etapa se diseñó la intervención. Para ello se realizó el análisis de la interrelación de las variables a través de la interpretación psicodinámica. Los resultados se presentan en forma de tabla comparativa. El análisis de las variables se efectuó con la finalidad de diseñar una propuesta sensible a las necesidades específicas de la población, al identificar primero sus características y así diseñar la propuesta focalizada mediante un plan de sesiones que contiene los módulos que se requiere abordar en el tratamiento.

6. Técnicas e instrumentos

En este apartado se describe el procedimiento de elaboración del guión de entrevista semiestructurada que se utilizó para recabar información, y se describen los instrumentos aplicados: El

Cuestionario de Estilos de Apego (Attachment Style Questionnaire) y el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes MMPI-A.

6.1 Entrevista semiestructurada

La técnica empleada para la recolección de información de los participantes es la entrevista semiestructurada, para la cual se diseñó un guion de 37 preguntas, el cual se presenta en el Anexo 2. El guion se constituye de 3 apartados:

a) Historia de consumo: Recoge información sobre el consumo, edad de inicio, drogas consumidas y de elección, comportamiento asociado, motivo de consumo, significado de la droga, etc. (Ítem 1-13).

b) Apego: Este apartado se realizó a través de una adaptación de la entrevista estructurada de apego de George, Kaplan y Main elaborada en 1996 y reproducida de Casullo y Fernández (2004). Esta entrevista brinda información vinculada al ámbito familiar y a recuerdos infantiles asociados. Las adaptaciones se realizaron con la finalidad de obtener información por separado sobre el padre y la madre sobre las conductas de aproximación del hijo hacia el padre y madre; conductas de alejamiento al padre y madre; ansiedad por separación y relaciones interpersonales actuales (Ítem 14-25). En la tabla 8 se presenta la entrevista reproducida.

Tabla 8

Entrevista Estructurada de Apego de George, Kaplan y Main

Contenido

1	Cuénteme algo sobre su familia, con quién vive y sobre sus parientes más cercanos.
2	Me gustaría que describiera la relación con sus padres cuando era niño, tratando de recordar cuando usted era muy pequeño/a
3	Trate de encontrar cinco adjetivos acerca de aquella relación con sus padres. Yo los voy a escribir.
4	¿Qué experiencias de su infancia le hicieron pensar en estos cinco adjetivos?
5	¿Con cuál de sus padres se sentía más relacionado/a y por qué?
6	Cuando era pequeño/a y se sentía mal, ¿qué hacía? ¿Qué sucedía? Trate de recordar alguna experiencia en la que se haya sentido molesto/a, mal
7	¿Cómo describiría la primera experiencia en la que tuvo que separarse de sus padres?
8	¿Se sintió alguna vez rechazado/a por sus padres? ¿Qué hizo? ¿Cree que ellos se daban cuenta de que lo rechazaban?
9	¿Alguna vez lo amenazaban, por disciplina o simplemente como broma?
10	¿Cree que sus experiencias infantiles han influido en su vida adolescente, adulta?

- 11 ¿Por qué cree que sus padres lo trataban de esa manera cuando era chico?
- 12 Me gustaría que me dijera si en su niñez hubo algún adulto con quien usted se sentía mejor que con sus padres
- 13 ¿Sufrió de chico/a la pérdida de alguno de sus padres o de un ser muy querido?
- 14 Trate de pensar si hubo cambios importantes en la relación con sus padres desde que era muy pequeño hasta ahora
- 15 ¿Cómo es actualmente la relación que tiene con sus padres?

Elaborada en 1996 por George, Kaplan y Main, reproducida de Casullo y Fernández (2004).

c) Percepción de los padres: Este apartado brinda información sobre la percepción del hijo sobre su padre, su presencia/ausencia, su forma de relacionarse, las características y funciones que el adolescente adjudica al padre, sus afectos, la triangulación de relación con la madre y cómo se describe a sí mismo (Ítem 26-37).

6.2 Cuestionario de Estilos de Apego (Attachment Style Questionnaire)

Para identificar el estilo de apego que presentan los adolescentes se aplicó el Cuestionario de Estilos de Apego (Attachment Style Questionnaire) traducido y validado para población mexicana por Ahumada, Arango de Montis y González (2011) del original desarrollado por Judith Feeney y colaboradores en 1994. El Cuestionario de Estilos de Apego se presenta en el Anexo 3. En la Tabla 9 se presenta la ficha técnica del cuestionario.

Tabla 9

Ficha técnica del instrumento

Nombre	Cuestionario de Estilos de Apego (Attachment Style Questionnaire)
Autor	Judith Feeney y colaboradores desarrollan el Attachment Style Questionnaire (ASQ)
Año de publicación	Attachment Style Questionnaire (ASQ) en 1994.
Adaptación mexicana	Ahumada, Arango de Montis y González realizan la traducción y validación para población mexicana en 2011, denominando a su instrumento Cuestionario de Estilos de Apego.
Objetivo	Medir los estilos de apego de la población mexicana. El Cuestionario de Estilos de Apego validado para México presenta una confiabilidad de 0.823 para los 40 ítems determinada por el alfa de Cronbach similar a la encontrada por los desarrolladores del instrumento original en inglés quienes la reportaron en 0.83. La validez se comprobó mediante un análisis factorial de los 40 ítems que conforman el cuestionario, tomando como factores fijos los propuestos por el instrumento original.
Validez y confiabilidad	

Descripción	Es un cuestionario de 478 ítems, con formato de escala Likert, en donde 1 = “totalmente en desacuerdo” y 6 = “totalmente de acuerdo”. El instrumento evalúa el estilo de apego a través de 3 escalas: apego seguro, apego inseguro evitativo y apego inseguro ansioso que incluyen 5 subescalas: confianza, incomodidad con el acercamiento, relaciones como secundarias, necesidad de aprobación y preocupación por las relaciones.
-------------	--

En la siguiente tabla se presentan las diferentes escalas y subescalas, su definición, así como los ítems que permiten evaluar cada una de ellas.

Tabla 10

Definiciones de los estilos de apego del Cuestionario de Estilos de Apego

ÍTEMS	ESCALA	SUBESCALA	DEFINICIÓN
1, 2, 6, 7, 12, 26, 28, 35, 36, 39 y 40	APEGO SEGURO	Confianza en uno mismo y en los otros	Capacidad de un individuo de manejar sus relaciones interpersonales de una forma relajada en la que la atención se centra en ellas de manera adecuada.
3-5, 8-10, 14, 16, 17, 19-21, 23, 25, 34 y 37	APEGO INSEGURO EVITATIVO	Incomodidad con el acercamiento	Evalúa el malestar que puede generar el involucrarse emocionalmente en una relación significativa que generalmente deriva en la búsqueda de distancia.
11, 13, 15, 18, 22, 24, 27, 29, 30-33 y 38	APEGO INSEGURO ANSIOSO	Relaciones como secundarias Necesidad de aprobación Preocupación por las relaciones	Evalúa la jerarquización de las relaciones que resulta en una evaluación de su importancia por debajo del logro personal. Evalúa la tendencia a verificar con el otro significativo toda conducta que el individuo lleva a cabo en la búsqueda de valor propio. Evalúa la atención excesiva a las relaciones significativas al grado de dejar al individuo con malestar importante con respecto a su posición en ellas.

Elaborado de Ahumada, Arango de Montis y González (2011).

En seguida se especifica el procedimiento de aplicación y calificación, de acuerdo con Ahumada y colabs., (2011). La aplicación se realiza de manera individual, explicando a los evaluados la consigna correspondiente. El evaluado califica las aseveraciones del cuestionario de acuerdo a lo que considera. Una vez a terminado el cuestionario se revisa que no haya aseveraciones sin contestar.

El procedimiento para la calificación del cuestionario consiste en 4 pasos. En primer lugar se invierten los rubros 3, 19-21, 31, 37 y 38. En segundo lugar se ordenan los resultados clasificando las respuestas de acuerdo al estilo de apego correspondiente. En tercer lugar se suman las respuestas

otorgadas a cada tipo de apego y se divide entre el número de ítems correspondientes para obtener una puntuación promedio. Finalmente se comparan los resultados obtenidos en cada estilo de apego (seguro, inseguro-evitativo, inseguro ansioso), el estilo con mayor puntuación es el estilo predominante en el evaluado. Por ejemplo, para evaluar el estilo de apego evitativo se suman las puntuaciones obtenidas en los ítems 3-5, 8-10, 14, 16, 17, 19-21, 23, 25, 34 y 37 y el resultado se divide entre 16 (número de ítems). El resultado es el puntaje obtenido en el estilo de apego evitativo.

6.3. Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes

Se aplicó el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) para identificar la psicopatología presente en los adolescentes. En seguida se presenta la ficha técnica del instrumento.

Tabla 11.

Ficha técnica del MMPI-A

Nombre	Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes (MMPI-A)
Autor	Stare Hathaway y Charnley McKinley en 1940 publican el Listado de Minnesota. Posteriormente, se realiza el MMPI-A a cargo del comité de reestandarización formado por James N. Butcher, Carolyn L. Williams, John R. Graham, Robert P. Archer, Yossef S. Ben-Porath y Beverly Kaemmer.
Año de publicación	MMPI en 1943. MMPI-A 1992
Adaptación mexicana	Emilia Lucio Gómez-Maqueo con la colaboración de Amada Ampudia Rueda y Consuelo Durán Patiño realizaron la adaptación al español para México en 1998.
Objetivo	Evaluar los principales patrones de personalidad y trastornos emocionales
Validez y confiabilidad	Zambrano-Guerrero, Padilla y Matabanchoy-Tulcan (2015) realizaron una revisión sistemática sobre la aplicabilidad del MMPI donde concluyen que en la mayoría de las investigaciones se demostró su confiabilidad y validez.
Descripción	Es un cuestionario tipificado construido con 478 ítems, con formato verdadero-falso, que permite indagar las características básicas de la personalidad, a través de cuatro escalas: validez, clínica, contenido y suplementarias.

El inventario proporciona información en cuatro grupos de escalas: validez, clínicas, de contenido y suplementarias. En la siguiente tabla se describe cada grupo de escalas.

Tabla 12.
Descripción de los grupos de escalas del MMPI-A

Grupo	Descripción	Sigla	Nombre de escala		
VALIDEZ	Las escalas de validez permiten conocer el grado de “credibilidad del protocolo” y la presencia de sesgos en las respuestas, es decir, si el protocolo es válido o no. Entendemos por “sesgo”, si el evaluado ha contestado los ítems con cierta tendencia a mostrar una buena imagen de sí mismo o exagerando sus síntomas.	?	No podría decir		
		L	Mentira		
		F	Infrecuencia		
		F1	Infrecuencia de la primera parte		
		F2	Infrecuencia de la segunda parte		
		K	Defensividad		
		INVAR	Inconsistencias de las respuestas variables		
		INVER	Inconsistencias de las respuestas verdaderas		
		CLÍNICAS	Las escalas clínicas permiten evaluar distintas dimensiones de la personalidad y obtener información acerca de probables patologías.	1 Hs	Hipocondriasis
				2 D	Depresión
3 Hi	Histeria				
4 Dp	Desviación psicopática				
5 Mf	Masculinidad-feminidad				
6 P	Paranoia				
7 Pt	Psicastenia				
8 Es	Esquizofrenia				
9 Ma	Hipomanía				
0 Is	Introversión social				
CONTENIDO	Las escalas que conforman este grupo evalúan los síntomas y cogniciones desadaptativas que un sujeto puede presentar. Las puntuaciones elevadas en estas escalas brindan indicios acerca de conductas sintomáticas singulares, creencias cognitivas desviadas y disturbios del pensamiento.	ANS-A	Ansiedad-adolescentes		
		OBS-A	Obsesividad-adolescentes		
		DEP-A	Depresión-adolescentes		
		SAU-A	Preocupación por la salud-adolescentes		
		ENA-A	Enajenación-adolescentes		
		DEL-A	Pensamiento delirante-adolescentes		
		ENJ-A	Enojo-adolescentes		
		CIN-A	Cinismo-adolescentes		
		PCO-A	Problemas de conducta-adolescentes		
		BAE-A	Baja autoestima-adolescentes		
		ASL-A	Bajas aspiraciones-adolescentes		
		ISO-A	Incomodidad en situaciones sociales-adolescentes		
		ISO-A	Problemas familiares-adolescentes		
		ISO-A	Problemas escolares-adolescentes		
		FAM-A	Rechazo al tratamiento-adolescentes		
ESC-A					
RTR-A					

SUPLEMENTARIAS	Las escalas suplementarias fueron diseñadas para enriquecer la interpretación de las escalas clínicas y aumentar el espectro de problemas que abarcan aquellas.	A-A	Ansiedad-adolescentes
		R-A	Represión-adolescentes
		MAC-A	Alcoholismo de MacAndrew
		RPAD	Reconocimiento de problemas con el alcohol y/o drogas
		TPAD	Tendencia a problemas con el alcohol y/o drogas
		INM-A	Inmadurez-adolescentes

Elaborado de Lucio, Ampudia y Durán (1998) y de Rivera (1991).

En esta investigación la aplicación del instrumento se efectúa de manera individual en su forma manual (lápiz-hoja de respuestas). La calificación del instrumento también se realiza de forma manual con apoyo de las plantillas de calificación que agilizan la obtención de las puntuaciones naturales, las cuales se anotan en la hoja de perfil. Finalmente se traza el perfil de acuerdo con la elevación de cada escala. El perfil básico permite construir una representación gráfica del perfil psicopatológico de los participantes y permite adquirir información sobre lo que implica el puntaje alcanzado en cada una de las escalas, obteniendo así un perfil individual por evaluado.

La interpretación del perfil puede realizarse de dos formas: la primera sintetiza la información en un código clave para reducir las configuraciones posibles a un número más práctico (Lucio, Ampudia y Durán, 1998). La segunda forma se denomina código de dos puntos, que implica una interpretación basada en la combinación de las escalas más significativas, es decir, las dos escalas con puntajes más altos. Dicha combinación ofrece una serie de características clínicas que describen el comportamiento del evaluado (Rivera, 1991). Por ejemplo, si las escalas 2 (Depresión) y 7 (Psicastenia) son las más elevadas, la combinación se define como 2-7. Debido a los propósitos de este estudio, se opta por utilizar la interpretación del código de dos puntos.

7. Análisis de la información

El procesamiento de la información se especifica en la siguiente tabla que describe el análisis de datos de cada variable, con qué instrumento se evaluó y cómo se presentará en el apartado de resultados.

Tabla 13*Procesamiento de la información*

VARIABLE	ANÁLISIS DE DATOS	INSTRUMENTO	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS
Consumo de sustancias	Análisis del discurso mediante identificación de categorías	Guión de entrevista semiestructurada	<ul style="list-style-type: none"> Individual: Resumen clínico (Apartado de análisis de historia del consumo) Grupal: Análisis de categorías
Ausencia paterna	Análisis del discurso mediante identificación de categorías	Guión de entrevista semiestructurada	<ul style="list-style-type: none"> Individual: Resumen clínico (Apartado de percepción del padre) Grupal: Análisis de categorías
Estilo de apego	Análisis del discurso mediante identificación de categorías	Guión de entrevista semiestructurada	<ul style="list-style-type: none"> Individual: Resumen clínico (Apartado de apego) Grupal: Análisis de categorías
	Obtención de estilo de apego predominante mediante la calificación del instrumento.	Cuestionario de Estilos de Apego	<ul style="list-style-type: none"> Individual: Tabla de descripción del estilo de apego predominante
Psicopatología	Obtención de perfil psicopatológico mediante calificación e interpretación del instrumento.	MMPI-A	<ul style="list-style-type: none"> Individual: tabla de interpretación del perfil psicopatológico. Grupal: tabla comparativa de combinación clínica (código de dos puntos)

8. Aspectos éticos

Es necesario hacer hincapié en qué el propósito final de la intervención es incrementar el bienestar de los participantes, por lo que todas las interacciones que de ella se desprendan se rigen en principios éticos, como son el respeto a los derechos y la dignidad humana; el cuidado responsable; la integridad en las relaciones establecidas y la responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad (Sociedad Mexicana de Psicología, 1984). Así mismo, se utilizó una carta de Consentimiento Informado (presentada en el Anexo 4) para los padres o tutor legal de los participantes debido a su minoría de edad, en donde se explicita que la participación del proceso es voluntaria, que la información obtenida se tratará con confidencialidad y que los fines son únicamente académicos. Para los adolescentes se destinará una sesión para explicar el procedimiento a seguir, así como para informarles los acuerdos explicitados en la carta de consentimiento expedida a los padres. Para constatar la participación voluntaria e informada de los participantes se les pidió que firmaran la Carta de Asentimiento que se presenta en el Anexo 5.

VIII. RESULTADOS

Se reportan los hallazgos obtenidos tras el análisis de las entrevistas e instrumentos, de los cuales se elaboró lo siguiente:

1. El análisis de la historia del consumo y de la percepción del padre
 - a) Resumen clínico individual (Anexo 6)
 - b) Análisis de categorías
2. El análisis del estilo de apego
 - a) Tabla comparativa y análisis del estilo de apego predominante
3. El análisis de la psicopatología
 - a) Perfil psicopatológico individual (Anexo 7)
 - b) Análisis grupal del perfil psicopatológico en las mujeres
 - c) Análisis grupal del perfil psicopatológico en los varones
4. Análisis psicodinámico

En los siguientes apartados se desarrollan cada uno de ellos.

1. ANÁLISIS DE LA HISTORIA DEL CONSUMO Y DE LA PERCEPCIÓN DEL PADRE

a) Resumen clínico individual

Con base en las entrevistas se elaboró un resumen clínico de cada participante, los cuales debido a su extensión se presentan en el Anexo 6. El resumen contiene los siguientes apartados:

Tabla 14

Contenido del resumen clínico individual

1. Ficha de identificación:	2. Historia del consumo:	3. Percepción del padre:	4. Apego	5. Hallazgos clínicos
-Código	-Edad de inicio	-Presencia/ ausencia física	-Conductas de aproximación/ alejamiento al padre y madre	-Angustia/ Depresión
-Edad	-Drogas consumidas	-Presencia /ausencia simbólica	-Ansiedad por separación	-Actos suicidas
-Escolaridad	-Conductas de riesgo/ delitos	-Relación con el padre	-Manifestaciones del apego en relaciones interpersonales	-Otros tratamientos
-Estado civil	-Motivo de consumo	-Afectos		-Violencia intrafamiliar
-Tiempo de internamiento	-Significado	-Triangulación con la madre		-Abuso sexual
-Ocupación				-Otros
-Motivo de internamiento				

Para agilizar el análisis de la información se elaboró una tabla para cada rubro (Ficha de identificación, historia del consumo, percepción del padre, apego y hallazgos clínicos) que sintetiza la información contenida en los resúmenes clínicos. A continuación se presenta cada una de las tablas.

1.1 Ficha de identificación

La siguiente tabla sintetiza la información contenida en los resúmenes clínicos de los participantes sobre los aspectos que los identifican, entre ellos el código de participante, la edad, escolaridad, estado civil, el tiempo que permanecieron internados, la ocupación previa al periodo de internamiento y el motivo por el cual fueron internados.

Tabla 14.1

Ficha de identificación

Código	-Edad y escolaridad	-Estado civil	-Tiempo de internamiento	-Ocupación anterior	-Motivo de internamiento
P1M	16 años Primaria	Soltera	11 meses	Sin ocupación previa	Conductas de riesgo y consumo de drogas
P2M	15 años Secundaria	Soltera	3 meses	Empleada en zapatería	Conductas de riesgo y consumo de alcohol
P3M	17 años Secundaria	Soltera	6 meses	Sin trabajo previo	Conductas de riesgo y consumo de drogas
P4H	16 años Secundaria	Soltero	3 meses	Ayudante en panadería de padres	Consumo de drogas y conductas delictivas
P5H	17 años Secundaria	Soltero	6 meses	Sin ocupación previa	Consumo de drogas y conductas delictivas
P6H	17 años Preparatoria	Soltero	3 meses	Chegador de transporte público	Consumo de alcohol
P7M	16 años Secundaria	Soltera	3 meses	Sin ocupación previa	Consumo de drogas
P8M	15 años Secundaria	Soltera	3 meses	Estudiante	Consumo de drogas
P9H	15 años Primaria	Soltero	11 meses	Sin ocupación previa	Conductas delictivas y consumo de drogas
P10H	15 años Primaria	Soltero	8 meses	Estudiante	Problemas de conducta y consumo de drogas

1.2 Historia del consumo:

La siguiente tabla sintetiza la información contenida en los resúmenes clínicos de los participantes con los elementos del historial del consumo de cada uno, como la edad de inicio del consumo de alcohol y drogas, las drogas consumidas, el comportamiento delictivo asociado y conductas de riesgo, el motivo de consumo y el significado que le atribuyen a la droga.

Tabla 14.2*Historia del consumo*

Código	-Edad de inicio alcohol / drogas	-Drogas consumidas	-Comportamiento delictivo asociado y conductas de riesgo	-Motivo de consumo	-Significado de la droga
P1M	Alcohol: 13 Drogas: 15	Alcohol, marihuana, inhalantes y cocaína.	Conductas sexuales de riesgo y bajo intoxicación.	Recreativo. Conflictos en relaciones amorosas. Conflictos familiares	Autorregulación emocional. Evasión de la realidad. Potencialidad. Pertenencia.
P2M	Alcohol: 13	Alcohol.	Exposición a lugares de riesgo (bar /club desnudista)	Conflictos familiares.	Anestesia de situaciones dolorosas. Evasión de la realidad.
P3M	Alcohol: 13 Drogas: 15	Alcohol, marihuana e inhalantes.	Relaciones amorosas de riesgo (dependencia emocional)	Conflictos familiares. Conflictos en relaciones amorosas.	Fuga Anestesia de las situaciones displacenteras.
P4H	Alcohol: 13 Drogas: 14	Alcohol, inhalantes, marihuana y metanfetaminas.	Conducta violenta.	Recreativo. Conflictos familiares. Soledad. Sensación de vacío.	Autorregulador emocional. Anestesia.
P5H	Alcohol: 12 Drogas: 15	Alcohol, inhalantes, marihuana, cocaína, metanfetaminas	Conductas delictivas: narcomenudeo.	Conflictos familiares. Soledad. Necesidad de reconocimiento.	Sentido de pertenencia e identidad. Autorregulación emocional. Potencialidad.
P6H	Alcohol: 15 Drogas: 16	Alcohol, inhalantes y cocaína	Conducir en estado de ebriedad. Episodios de violencia en estado de ebriedad.	Recreativo.	Regulación emocional. Potencialidad.
P7M	Alcohol: 14	Alcohol,	Conductas	Recreativo.	Regulación

	Drogas: 14	inhalantes, marihuana y metanfetaminas	sexuales de riesgo y bajo intoxicación. Prostitución para obtención de drogas.		emocional. Potencialidad.
P8M	Alcohol: 14 Drogas: 14	Alcohol, marihuana, inhalantes y cocaína.	Conducta violenta.	Conflictos familiares.	Anestesia. Regulación emocional.
P9H	Alcohol: 12 Drogas: 12	Alcohol, marihuana, inhalantes.	Robo a propiedad privada. Conducta violenta.	Soledad. Conflictos familiares. Necesidad de reconocimiento.	Autorregulación emocional. Potencialidad.
P10H	Alcohol: 9 Drogas: 10	Alcohol, marihuana, inhalantes.	Problemas de conducta.	Conflictos familiares. Necesidad de reconocimiento.	Sentido de pertenencia. Potencialidad.

1.3. Percepción del padre

La siguiente tabla resume la información de los participantes sobre el rubro de la percepción del padre, el cual describe la presencia o ausencia física del padre, la relación padre-hijo, los afectos sentidos del hijo hacia al padre, la presencia o ausencia simbólica que refiere el hijo sobre el padre según el ejercicio de sus funciones y la forma en que la relación padre e hijo se vincula con la madre.

Tabla 14.3
Percepción del padre

Código	-Presencia/ ausencia física	-Relación con el padre	-Afectos	-Presencia /ausencia simbólica (función)	-Triangulación con la madre
P1M	Ausencia física: abandono del padre antes de la adolescencia.	Idealización del padre. Sobreprotección del padre antes de abandonarla.	Sentimiento de culpa por el abandono. Sentimientos ambivalentes. Anhelos por recuperar su afecto.	Ausencia simbólica del padre: no existe relación afectiva, comunicación, ni ejerce sus funciones.	Se siente responsable por separación de los padres. Idealización del padre y desvalorización de la madre. La madre también abandona a la participante.
P2M	Presencia física intermitente del padre:	Refiere que la relación ha sido violenta. El padre es	Sentimientos negativos (ira, rencor, tristeza)	Ausencia simbólica del padre: la relación es violenta, sin comunicación efectiva,	Presenta sentimiento de culpa por la separación de los

	períodos de separación durante la infancia y adolescencia.	alcohólico.	generados por la violencia del padre.	sin ejercicio de función de protección, y la autoridad se ejerce mediante la coerción y violencia.	padres. La madre la identifica con el padre agresor, por lo que es violenta con ella.
P3M	Ausencia física: abandono del padre antes de la adolescencia.	Relación emocionalmente distante. El padre consumía drogas y actualmente está encarcelado por narcotráfico.	Mayores sentimientos negativos desde indiferencia	Ausencia simbólica del padre: la relación es distante, sin comunicación efectiva, sin ejercicio de las funciones de provisión económica, protección, ni autoridad.	La madre rechaza a su hija porque la identifica con el padre por el consumo de drogas.
P4H	Presencia física constante del padre.	Relación distante y violenta. Lo percibe debilitado en relación a la madre. El padre consume alcohol.	Sentimientos negativos como rencor, ira, decepción.	Ausencia simbólica paterna: La comunicación es inefectiva. Es proveedor económico, pero no es protector ni representa autoridad.	Percibe a la madre autoritaria y demandante. Resentimiento hacía el padre por no enfrentar a la madre.
P5H	Presencia física constante del padre.	La relación es emocionalmente distante, violenta y la comunicación es inefectiva.	Siente enojo, resentimiento y miedo por el padre.	Ausencia simbólica paterna: La provisión económica es inconstante, y ejerce la función de protección y autoridad mediante el uso de violencia y control autoritario.	El padre abusa del alcohol. La madre presenta conducta adictiva de juego. La madre es sobreindulgente sobre la conducta adictiva del hijo.
P6H	Presencia física constante del padre.	Relación afectuosa y existe una comunicación efectiva. Conflicto actual: el adolescente percibe rechazo del padre porque tiene otra familia.	Sentimientos ambivalentes, tales como enojo, resentimiento y su vez aprecio y cariño.	No hay ausencia simbólica: el padre ejerce la función de autoridad, es proveedor económico y brinda protección.	Los conflictos actuales con el padre han acentuado el mayor acercamiento a la madre. La madre tiende a ser indulgente con el hijo.
P7M	Presencia	El padre es	Sentimientos	Ausencia simbólica: el	Existe un doble

	física del padre intermitente, con largos periodos de ausencia física.	sobreindulgentemente en algunas ocasiones y violento en otras.	ambivalentes hacia el padre, oscilan de indiferencia a respeto.	padre ejerce inconsistentemente la función de protección y provisión económica y es autoritario y violento.	discurso de parte de la madre, quien es consumidora de marihuana. La madre promueve el consumo de marihuana y prohíbe el de otras drogas.
P8M	Presencia física del padre constante.	La relación es violenta. El padre es alcohólico.	Sentimientos negativos hacia el padre tales como resentimiento e ira.	Ausencia simbólica: no representa una figura de autoridad, ni brinda protección o una comunicación eficiente a la participante, en cuanto a la función de provisión económica ha sido inconsistente.	La madre muestra constantemente rechazo y agresión hacia la participante.
P9H	Presencia física del padre ha sido intermitente con constantes periodos de abandono.	Relación violenta y sumamente conflictiva. El padre es alcohólico e inhala solventes.	Sentimientos ambivalentes hacia el padre, desde indiferencia hasta ira y resentimiento.	Ausencia simbólica: el padre no ha sido figura de protección, ni de provisión económica, además ejerce su autoridad mediante la violencia y de forma inconsistente.	La madre ha rechazado en constantes ocasiones al participante y se muestra indiferente ante su consumo.
P10H	Presencia física intermitente del padre.	La relación es conflictiva, considera al padre autoritario e irresponsable.	Sentimientos ambivalentes hacia el padre, oscilan de cariño y respeto a resentimiento y tristeza.	Ausencia simbólica: el padre ejerce la autoridad de manera violenta, no es una fuente de protección, y es inconsistente en la provisión económica.	La madre delega la responsabilidad del padre al hijo.

1.4 Apego

La siguiente tabla sintetiza la información contenida en los resúmenes clínicos de los participantes sobre los aspectos relacionados al apego, los cuales fueron inferidos de las respuestas brindadas en la entrevista, tales como la presencia de conductas de aproximación o de alejamiento del hijo(a) hacia los padres durante la infancia, la presencia de ansiedad en el hijo(a) durante los periodos de separación de la

madre y del padre, así como las manifestaciones del apego en las relaciones interpersonales actuales de los participantes.

Tabla 14.4

Manifestaciones del apego

Código	-Conductas de aproximación/ alejamiento a padre y madre	-Ansiedad por separación	-Manifestaciones del apego en relaciones interpersonales
P1M	Conductas de aproximación a los padres. Los padres muestran rechazo durante infancia	Mayor angustia por abandono del padre.	Relaciones superficiales. Desconfianza en los otros. Autoconcepto engrandecido.
P2M	Mayor aproximación hacia la madre que hacia el padre. Actualmente ambos padres muestran rechazo.	Presenta angustia cuando se separaba de ambos padres. Angustia por el divorcio de los padres.	Muestra capacidad de confiar en otros miembros de su familia.
P3M	Mayores conductas de evitación de los padres en la infancia. El padre mostró rechazo durante su infancia y adolescencia. La madre mostró rechazo durante su adolescencia.	Refiere que no recurre a padres cuando una situación le genera angustia.	Presenta desconfianza en los otros. Dificultades para establecer relaciones profundas.
P4H	Mayores conductas de aproximación a la madre. La madre comienza a mostrar rechazo en la adolescencia.	Intensa angustia cuando se separaba de la madre.	No tiene interés en establecer relaciones. Constantemente desconfía de las intenciones de los otros y tiende a utilizarlos
P5H	Mayores conductas de aproximación a la madre. Ambos padres mostraban conductas de aproximación, hasta la adolescencia, en donde el padre muestra rechazo.	Angustia al separarse de la madre.	Relaciones interpersonales utilitarias únicamente por negocios. Dificultades importantes para mantenerlas. Desconfía constantemente de los demás.
P6H	La madre y padre mostraron conductas de aproximación durante infancia y adolescencia. El participante presenta mayores conductas de aproximación a la madre durante la infancia.	Recurre a la madre en situaciones de angustia.	Es capaz de confiar en los demás. Se muestra seguro de sí mismo. Tiende a utilizar a los demás para sus propios fines.
P7M	Experimentó rechazo del padre durante la infancia. En la adolescencia la madre también muestra conductas de rechazo hacia la participante.	Angustia por los periodos de separación tanto del padre como de la madre.	Muestra capacidad para relacionarse con los demás, aunque tiene dificultades para mantener relaciones profundas.
P8M	Durante la infancia sus padres mostraban conductas de rechazo y violencia hacia la participante.	Los periodos de separación de la madre le generan	Relaciones interpersonales superficiales. Experimenta constante angustia por sus

P9H	La madre mostró mayores conductas de rechazo al participante durante su infancia y adolescencia. El padre rechazó al participante durante la infancia.	angustia. No recurre a sus padres ante situaciones estresantes.	relaciones. Tiende a desconfiar de los demás No es capaz de establecer relaciones profundas.
P10H	Mayores conductas de aproximación hacia la madre que el padre. El padre lo abandona desde el primer hasta 10 años.	Recurre a su madre en momentos estresantes, quien funge como principal figura de protección.	Capaz de establecer relaciones basadas en la confianza. Seguro de sí mismo.

1.5 Hallazgos clínicos

La siguiente tabla sintetiza la información contenida en los resúmenes clínicos de los participantes acerca de características o signos que pueden señalarse como indicadores de algunos trastornos clínicos. Cabe señalar que esta información se obtuvo en la entrevista de manera espontánea, es decir, no se realizaron preguntas específicas sobre trastornos clínicos, sino que los participantes brindaron esta información dentro de sus respuestas a otras preguntas contenidas en el guión. Se encontró información referente a angustia, depresión, actos suicidas, actos de violencia intrafamiliar, abuso y violación sexual, entre otros.

Tabla 14.5
Hallazgos clínicos

Código	-Angustia/ Depresión	-Actos suicidas	-Violencia intrafamiliar	-Abuso/ violación sexual	-Otros
P1M	Sentimientos de abandono. Tristeza profunda. Vacío existencial.	Automutilación. Ideación suicida. Varios intentos suicidas.	Violencia psicológica de parte de la madre. Negligencia. Abandono.	Violación sexual durante su periodo de situación de calle.	Dependencia emocional. Rasgos de disociación en discurso. Relaciones amorosas pasivo-agresivas.
P2M	Tristeza profunda. Aislamiento social.	Ideación suicida. Un intento suicida.	Violencia física de parte del padre. Violencia psicológica de parte de la madre. Violencia doméstica (padre-madre).	No refiere.	Negación presente en el discurso. No existe conciencia de enfermedad.

P3M	Ansiedad recurrente.	No refiere signos.	Violencia física y psicológica de parte de la madre. Abandono del padre.	No refiere.	Dependencia emocional.
P4H	Diagnóstico previo de depresión. Ansiedad recurrente.	Durante diversos periodos de su vida presenta pensamientos sobre la muerte sin llegar a constituir ideación suicida	Violencia física y psicológica de parte de ambos padres.	No refiere.	Acude a tratamientos psicológicos anteriores por problemas de conducta.
P5H	Anhedonia, desmotivación. Ansiedad recurrente.	Ha presentado un intento de suicidio	Violencia física y psicológica de parte del padre. Violencia doméstica (padre-madre).	No refiere.	Tratamiento psicológico durante la infancia por problemas de conducta.
P6H	No refiere signos.	No refiere signos.	No refiere.	No refiere.	Fuertes resistencias al tratamiento. No existe conciencia de enfermedad.
P7M	Ansiedad recurrente.	No refiere signos.	Violencia física y psicológica de parte del padre. Abandono del padre.	No refiere.	No existe conciencia de enfermedad. Insatisfacción con imagen corporal e indicadores de posibles trastornos alimenticios.
P8M	A los 11 años presenta cutting (automutilación), hasta que comienza el consumo de drogas. Ansiedad recurrente.	Pensamientos sobre la muerte recurrentes. Presenta ideación suicida en diversas ocasiones durante la adolescencia.	Violencia física y psicológica de parte de ambos padres.	No refiere.	Explosiones de ira y autoagresiones.
P9H	Sensación de vacío. Aislamiento social.	Pensamientos sobre la muerte recurrentes.	Negligencia. Violencia física de parte de la pareja de la madre. Abandono del padre.	No refiere.	Explosiones de violencia.
P10H	No refiere signos.	No refiere signos.	Negligencia. Abandono del padre.	No refiere.	Explosiones de ira.

b) Análisis de categorías

Posteriormente se determinaron las categorías a partir del análisis del discurso mediante las transcripciones de las entrevistas. Las categorías finales se presentan en el siguiente cuadro y en seguida se desarrolla cada una de las categorías.

Tabla 15
Condensado de categorías de análisis

No.	Dimensión	Categoría	Subcategoría
1	Percepción del padre	1.1 Presencia física	1.1.1 Presencia física intermitente 1.1.2 Presencia física constante 1.1.3 Ausencia física
		1.2 Calidad de la relación	1.2.1 Relación violenta 1.2.2 Distante 1.2.3 Sin ejercicio de función
		1.3 Ejercicio de función	1.3.1 Proveedor económico 1.3.2 Comunicación y afectividad 1.3.3 Autoridad
		1.4 Sentimientos ambivalentes hacia el padre	
2	Conductas de apego	2.1 Conductas de aproximación a padre y madre 2.2 Conductas de alejamiento del padre y de la madre 2.3 Visión de sí mismo positiva 2.4 Visión de los otros negativa	
3	Consumo de sustancias	3.1 Significado de la droga	3.1.1 Potencialidad 3.1.2 Anestesia 3.1.3 Regulación emocional

A continuación se desarrollan las categorías presentadas en el cuadro anterior.

1. Percepción del padre

La percepción del padre es una categoría preestablecida, derivada de la revisión de la literatura que apunta hacia la relación existente entre el consumo de sustancias y las figuras paternas ausentes, insuficientes o inadecuadas a lo largo de la vida de los consumidores. De igual manera, se ha delineado a la cultura mexicana como un contexto en donde los roles asignados tanto a hombres como mujeres son asimétricos, especialmente en lo relativo a la crianza de los hijos, priorizando el papel de la mujer en el involucramiento en del desarrollo de los niños, lo cual explica la mayor presencia femenina en el cumplimiento de este rol en las estadísticas a nivel nacional.

Por ello, es importante explorar cómo perciben los hijos consumidores a sus padres, si ellos han experimentado la presencia del padre como fundamental para su propio desarrollo o no, si consideran que su presencia o ausencia física tiene alguna clase de incidencia en su consumo y sobre todo, cómo experimentan emocionalmente esta relación.

1.1. Presencia física

Para fines de este estudio la presencia física implica el grado en que el padre ha cohabitado en el mismo hogar que el participante, así como la duración de tal cohabitación, es decir, si ha sido constante, intermitente o si existe un abandono, en que se rompa toda interacción con el participante, durante la infancia.

Los adolescentes consumidores que participaron en esta investigación consideran fundamental que el padre cohabite en la misma casa que los hijos, ya que piensan que de esta forma se fomenta la interacción positiva y se mejora la comunicación entre padres e hijos.

Sin embargo, cuatro de los adolescentes refieren que su padre no convivió en el mismo hogar, teniendo periodos intermitentes de cohabitación durante su infancia hasta la adolescencia. Los motivos de tal *presencia intermitente* son diversos, entre ellos, se identifican el divorcio o la separación de los padres, en donde, en todos los casos es el padre quién deja el hogar. También se identificó el abandono total del padre y el encarcelamiento del padre.

“A mi papá ya no lo he visto, solo en ocasiones...cuando me fui a vivir con él pero fue poco tiempo...”

P3M

“Estuvo presente cuando nací (risa), no estuvo presente porque no nos iba a ver, solo cada semana...”

pero nunca estuvo presente para apoyarnos”

P10H

Dos de los participantes incluso percibieron *ausencia física* de parte de su padre. En este estudio no se contó con adolescentes que no conocieran a su padre, si no que el término ausencia física se refiere a que existió un contacto con el padre en la infancia, sin embargo este se interrumpió de manera definitiva antes de la adolescencia, por lo cual los participantes refieren una ausencia. Cabe mencionar que ambos participantes mantuvieron la esperanza y el anhelo por establecer una relación nuevamente con el padre, intentando comunicarse y mantener el contacto, sin tener éxito.

“No ha estado en mi vida, nos dejó, ya no sé si existe o no...me rechazó hasta que me abandonó, pues sentí que no me quería”

P1M

“No, no siento que haya estado presente, porque siempre lo buscábamos nosotras a él”

P3M

Cuatro de los participantes identifican a un padre con *presencia física constante* en sus vidas. Es decir, un padre que ha cohabitado y convivido con ellos desde su infancia hasta la actualidad.

“Mi jefe creo que si ha estado presente... pues sí ¿no?, en cada festival que tuve lo recuerdo estaba mi padre y mi madre”

P4H

“Presente siempre ha estado pero no está ahí para nosotros”

P8M

“Mmm... creo que ha estado el 50% presente, físicamente sí, pero se alejó de nosotros un tiempo (llanto)... he intentado perdonarlo”

P6H

En los discursos del adolescente se manifiesta que la presencia física, incluso la más constante, no ha sido garante de una vinculación afectiva, ni tampoco de una comunicación constante. Ya que los

adolescentes hacen una división entre lo que es su presencia y un ejercicio de función real. Este término, el ejercicio de función se desarrolla más adelante.

“No ha estado presente, ¿lo necesito?, pues sí, que me apoyé con un ejemplo”

P9H

“si ha estado presente, pero no sé cómo, entonces no, porque no tengo un por qué... no sé explicar si ha estado, entonces no”

P7M

1.2. Calidad de la relación

Tal como se manifiesta en el discurso de los adolescentes y cómo ha sido explicitado en la literatura sobre el tema, la presencia física del padre no determina por sí sola el sano desarrollo de los hijos. Sino que es más importante que exista una relación favorable entre el padre y el hijo, es decir, la calidad de la relación.

Los elementos de la calidad de la relación que identifican los adolescentes se refieren a la calidez, involucramiento y la expresión de los afectos implicados. Lo que se observa en el discurso de los participantes es la presencia de tres cualidades definitorias de la relación. La primera es una **relación violenta**, en donde las interacciones entre padre e hijo están cargadas de violencia, tanto física, como psicológica, la cual en algunas ocasiones se extiende a la esposa, un manejo inadecuado y severo de la disciplina y autoritarismo.

“tenemos una relación fría, nunca le tuve confianza... es desobligado, no muestra cariño a nadie...al contrario me agrede”

P8M

“Bueno no nos llevamos bien, cuando me grita yo también le gritó, cuando se pone a decirme que no me quiere no le hago caso y pues la otra es cuándo está peleando con mi mamá me dice que no sea metiche,

también cuando luego me quiere pegar... y discutimos mucho siempre que nos veíamos que era los fines de semana”

P2M

“Se enojaba mucho, no me gustaba hacer la tarea con él pues me pegaba... siempre ha habido maltrato...casi nunca estaba en la casa”

P5H

“Mi papá se dio cuenta del cristal... me fui a la azotea y que sube mi papá y pues me quitó todo y como yo estaba agachada fumando me empezó a patear y me bajó de la azotea a palazos y me dijo qué donde la había conseguido y mi medio hermano me hizo paro diciéndole que ya no me pegara, y pues ya me dejó”

P7M

Otra de las cualidades presentes en los adolescentes es la **relación distante**, este término implica un alejamiento emocional entre padres e hijos como resultado de una fundamental carencia de la expresión del cariño, sin mantenimiento de una comunicación abierta y bidireccional, y sin el involucramiento del padre en la vida del hijo. Es necesario señalar que esta característica de relación se presentó de manera indistinta tanto en los padres que tuvieron mayor presencia física, como en los que no. Es decir, que aunque la proximidad física del padre favorece el vínculo afectivo, no lo garantiza. Generar una relación afectuosa, cálida, con comunicación constante requiere del involucramiento del padre en la vida del adolescente, así como de la aceptación que el hijo haga de ella.

“Era convenenciera, dura, sin tanto cariño, es todo lo que puedo pensar, nunca fue una relación bien, fue una relación distante”

P4H

“así ni buena ni mala, normal como nunca conviví mucho tiempo con él pues no se me hace ni buena ni mala... como nunca estuvo mucho tiempo, se desaparecía por años, luego nos hablaba, no sé, yo digo que buena en el sentido de cuando estábamos, con él pero mala y pésima, cuando solamente se comunicaba por teléfono”

P3M

“una relación simple, sin nada, no la recuerdo”

P7M

La tercera cualidad de la relación entre participantes y el padre es una ***relación sin ejercicio de la función*** paterna. Esta función ha sido determinada en tres ámbitos que los adolescentes identificaron como inherentes a la función del padre. Los participantes consideran que las funciones del padre son: el brindar el sostén económico al hogar; el brindar afecto y comunicación a los miembros de la familia; y representar la autoridad mediante el establecimiento de reglas dentro de la dinámica familiar y la vigilancia de su cumplimiento. Sin embargo, los participantes perciben a un padre que no ejercita estas funciones de manera adecuada, o solo las cumplen parcialmente.

1.3 Funciones del padre

Los adolescentes identificaron tres funciones inherentes al desempeño del padre: la función de la provisión económica, el establecimiento de canales de comunicación y afecto, y el ejercicio de la autoridad.

En cuanto a la ***función de proveedor económico*** mencionan:

“... el papá tiene que dar el sustento a su hijo y tener de ejemplo al papá... pero yo no recuerdo que estuviera conmigo”

P10H

“no creo que cumpla su papel...porque aunque suene machista, la mamá debe quedarse en casa atendiendo el hogar y el padre debe trabajar... mantener la casa al 100... y mi mamá tiene que trabajar porque no alcanza”

P6H

Sobre la **función de comunicación y afectividad** se encontraron los siguientes discursos:

“...que trabaje, que te lleve al parque, que esté contigo, que cuando tengas problemas te diga haz esto haz lo otro, que esté contigo, nada más, que esté contigo”

P1M

“que se comunicara, lo que mi papá no hace, le falta tener comunicación conmigo, y el aprecio... pero no lo hace... son puros pleitos”

P2M

“pues comunicarse con sus hijos, hablarles y tener más confianza... pero no lo hacía porque nunca estaba”

P3M

Finalmente, en cuanto a la **función de autoridad** se encontró que la mayoría de los padres no representan la autoridad en la dinámica familiar, ya que no establecen reglas, delegando esta función a la madre. En los casos en que sí establecen las reglas de la familia, estas son impuestas mediante el uso de violencia y de manera inconsistente, además los adolescentes perciben la incongruencia entre el reglamento que predica el padre y sus propias acciones que trasgreden las reglas.

“...la que manda es mi mamá... ese respeto por ella porque si ella dice algo yo la obedezco... mi papá no lo respeto así... él no pone reglas...”

P4H

“no me gustaba hacer la tarea porque mi papá me pegaba si la hacía mal...le tengo cierto respeto porque es mi jefe... pero no nos trata por igual (a los hijos)... a mí me pegaba si me castigaba...”

P5H

“Mi papá trata de ganarme, recuperarme, es comprensivo de las cosas que tengo que experimentar en mi edad...últimamente me solapa, aunque no hay ese respeto... a quien respeto es a mi mamá... a ella hay que obedecerla...”

P6H

“...debe dar palabras de aliento... pero más que nada con el ejemplo... y mi papá toma...”

P3M

“cómo mi papá tomaba pues casi no estaba alegre, no había mucha comunicación, no hay tolerancia, me regaña y no me gusta”

P10H

1.4. Sentimientos hacia el padre

Los sentimientos que se encontraron en los adolescentes son en la mayoría **ambivalentes**, tristeza, odio y resentimientos por un lado y por otro anhelo por recuperar su afecto e idealización.

“... es que después de 10 años de nada ya quiere estar bien conmigo...ya que había hecho una vida donde no lo necesitaba... pero como que ya le perdí el respeto... le tengo resentimiento de cuando me pegaba y a mi mamá también... ahorita ya siento un gran apoyo de su parte... me va a pagar la carrera....”

P5H

“Lo quiero, aunque le agarré coraje porque me dejó, pero a pesar de eso todavía como que lo quiero mucho, porque con él tengo todo y soy feliz”

P1M

“pues el amor que le tengo no es de padre a hija, nada más es por quererlo, porque mi abuelita me dice que lo quiera porque es mi papá, pero de mí no me nace quererlo, por lo que me hizo... solo ha estado ahí en ocasiones...ya quiero cambiar para estar bien con él...”

P2M

“no siento algo malo por él, porque a pesar de que no vio por nosotros yo sé que todavía me quiere...”

P9H

“mi papá era bien, me llevaba al parque, me llevaba juguetes, me hizo muchos cumpleaños, él era perfecto... me daba todo... le gustaba jugar, le gustaba que le contara las cosas que hacía en el día, no sé... era perfecto... aunque me abandonó”

P1M

2. Conductas de Apego

El apego es una categoría preestablecida que implica un esquema mental de interacción con los otros y con uno mismo, el cual se ha constituido principalmente de las experiencias con los padres en la primera infancia, en donde el niño es capaz de prever la reacción de sus padres ante ciertas circunstancias. Esta forma de interactuar implica conductas de aproximación y alejamiento de los padres y se repite en la interacción con las demás personas en la adolescencia y a lo largo de la vida. Sus manifestaciones conductuales determinan el estilo de apego de cada adolescente, los cuales se derivan de una visión de sí mismo y de una visión de los otros.

2.1 Conductas de aproximación

*“Ella (madre) siempre ha estado ahí... es más alegre, más comprensiva, siempre me ha sobreprotegido...
porque mi papá es más cerrado, no es tolerante”*

P10H

“mi mamá es la que siempre está ahí... ella se encarga de nosotros”

P6H

“cuando era niña mi mamá me cuidaba... si tenía un problema iba con ella”

P2M

2.1 Conductas de alejamiento

“Si algo me pasaba me ponía a llorar, siempre yo solo, me hago el fuerte”

P9H

*“Con ninguno de los dos (padre y madre) me siento relacionada...no me mostraban amor ni
cariño...nunca platicaban conmigo... no hay confianza”*

P8M

*“Yo creo que no le interesamos (padre), desde que tenía un año nos abandonó... hizo otra familia... pero
a mí no me importaba... yo lo rechazaba también”*

P10H

En la mayoría de los participantes se encontró una **visión de sí mismo positiva**, sin embargo, está estaba engrandecida, es decir, poseen una autoconfianza compulsiva en sí mismos que los lleva a la creencia de que pueden prescindir de cualquier relación con los otros, además genera una priorización de alcanzar sus metas materiales sobre la construcción de relaciones significativas, es decir, se acercan a los otros únicamente si le son necesarios.

Y por el contrario se observa una *visión de los otros negativa*, ya que tienden a devaluar o a desconfiar sistemáticamente de las personas a su alrededor. Lo cual genera una evitación de la intimidad y la posibilidad del establecimiento de relaciones profundas.

... los de aquí me tienen envidia...porque como ya soy el encargado de los demás...

P10H

“soy trabajador porque me gusta ganar dinero...pero lo malo es que no soy para nada humilde... aquí dicen que tengo que ser humilde pero a mí me gusta humillar a la gente... sino se aprovechan de ti”

P6H

“soy una persona de doble sentido, de doble ánimo... a veces me llevo muy bien con alguien y luego lo ignoro y hablo mal de él...”

P1M

4. Consumo de sustancias

El consumo de sustancias en los adolescentes se presenta como una respuesta a un sufrimiento emocional que tiende a ser negado. El adolescente recurre a la droga para minimizar la ansiedad generada por alguna situación que escapa a su control, o situaciones que lo frustran causando displacer. Por lo que cada participante le otorga cierto significado a la droga de su elección, por lo que afirman necesitarla.

4.1 Significado de la droga

Dentro del significado que le otorgan a la droga los participantes se encuentran: la capacidad de *potencialidad*, la *capacidad de anestesiarse* y la *autorregulación emocional*. La primera se refiere a un sentimiento maniaco de potencia que le genera la ilusión de poder.

“tenía valor para hacer las cosas, ya con una mona lo que fuera, agarro valor y lo hago... y lo necesitaba también para convivir, necesitaba andar drogado para todo y sentirme bien conmigo mismo”

P6H

“como llevaba dinero ya compraba yo todo, disparaba la comida, los refrescos y pues todos empezaron a decir: mira él es el que compra, él es el que tiene el dinero, él saca la droga. Ya tenía dinero y novia, ya era yo el principal, ya tenía amigos y hasta enemigos que me querían pegar, los demás que también andan vendiendo, porque me di a conocer mucho”

P10H

“soy indestructible... una vez vi un cuadro de mi tío que tenía un Batman, así soy yo con la droga”

P9H

“ya la probé y ya de ahí nadie me hacía de menos, nadie me humillaba... yo los veía y empecé a pensar: yo quiero lo que tiene él. Porque desafortunadamente toda mi infancia yo fui así de que yo quiero tener lo que tiene mi hermano y pues ahora que empecé a vender la droga y tenía mucho dinero yo pensé: pues ahora va a cambiar, va a ser al revés, van a querer lo que yo tengo, pues es dinero fácil y todo con drogas”

P5H

“el cristal significa para mí convertirme, ponerme alrededor con las cosas que hago, significa para mí mucho porque me da esa confianza que no tengo, me da lo que no tengo, la confianza, la energía...”

P7M

“Soy más bonita... más fuerte, todo lo puedo hacer...”

P1M

“es que cuando me drogo la destruyó a ella (a su madre)... no sé por qué pero la afecto a ella no a mí...”

P7M

También se encontró en algunos participantes la capacidad de anestesia, es decir, la droga les permite evadir la ansiedad, estrés o sentimientos negativos que experimentan por las situaciones de su vida, las cuales no son capaces de afrontar por lo que recurren al efecto de anulación de la droga. Esta capacidad de anestesia se manifestó así:

“me fugué de la realidad, con las drogas ya no me importaba nada”

P4H

“me sentía mal... es mi culpa que él (padre) se haya ido... y me ponía mal pensar en eso... pero la cerveza hace que se me olvide”

P1M

“las drogas tienen algo que no te hace ver tu cambio físico, tú te ves al espejo y te ves bien pues, a ti, dices pues no me pasa nada, dices no creo que me afecte nada”

P4H

“sentí bien relax, ahora si literal que volaba, no sentía mi cuerpo no lo sentía pesado, lo sentía ligero... sentía que no había preocupaciones...no sentía nada”

P3M

“Mi experiencia con las drogas fue bonita en las cosas malas... había muchos problemas en mi casa, me iba al bosque y me sentía alucinado y ya... mis sentidos se iban... todo se iba”

P10H

Finalmente, la capacidad asociada a la droga de ofrecer la autorregulación emocional, es decir, los adolescentes refieren que no han sido capaces de manejar sus emociones, incluso las placenteras, por lo que recurren a una sustancia externa capaz de contrarrestar el efecto de la emoción que sienten, lo cual se evidencia en sus afirmaciones:

“...las últimas veces me drogaba yo solo, no me gustaba que nadie estuviera conmigo porque recordaba las cosas malas que me habían pasado, me ponía a llorar sólo, por eso no me gustaba que nadie estuviera conmigo, porque no me gustaba que me vieran llorar y así por lo general me metía de todo, las últimas veces ya puro PVC con marihuana... entonces dejaba de llorar”

P4H

“me concentro más en las cosas que me gusten, no me importan las emociones de los demás, ni me afecta lo que me digan me vale lo que me digan cuando estoy drogado cuando en realidad si me afecta...”

P8M

“El PVC me pone más chida... me da la confianza porque no me gusta que soy insegura con los demás... y cuando quiero relajarme y olvidarme de las tenciones fumo marihuana... me relaja”

P7M

“...antes me cortaba en los muslos de la pierna... era la manera en que controlaba mis emociones... un dolor quita otro dolor pero desde que me alcoholicé y me drogué dejé de hacerlo... ahora así me controlo”

P8M

“La mona me ayudó a superar la muerte de mi abuelo... yo no soy como mi hermano, no sé cómo lo supero él, con sus amigos creo... pero yo tenía mi mona”

P4H

“Las drogas me ayudaban a relajarme, a ponerme tranquilo porque soy agresivo...me daba para arriba”

P10H

“El PVC hace que me regañe yo sola por todo lo que hago cuando estoy ebria... y la marihuana me lo quita porque me relaja”

P8M

2. ANÁLISIS DEL ESTILO DE APEGO

A continuación se presenta el análisis del estilo de apego predominante en los participantes. En la siguiente tabla se muestran los resultados de los adolescentes describiendo el puntaje obtenido en el Cuestionario de Estilos de Apego (ASQ) y las conductas manifiestas que implica el estilo de apego predominante. Posteriormente se desarrollan los hallazgos.

Tabla 16

Resultados del estilo de apego en los participantes

Participante	Puntaje obtenido	Estilo de apego	Indicadores
P1M	Evitativo= 4.5 Ansioso= 4.46 Seguro= 4.0	Apego inseguro- Evitativo	Evitación de la intimidad Desconfianza Valorización de la independencia Auto-confianza compulsiva Énfasis en logros
P2M	Seguro= 4.27 Evitativo= 3.87 Ansioso= 3.69	Apego seguro	Autoestima Comodidad con el acercamiento Confianza Sana dependencia
P3M	Evitativo= 3.93 Ansioso= 3.76 Seguro = 3.63	Apego inseguro- Evitativo	Apego inseguro-Evitativo Evitación de la intimidad Desconfianza Valorización de la independencia Auto-confianza compulsiva Énfasis en logros
P4H	Evitativo= 4.43 Seguro = 3.63 Ansioso= 3.1	Apego inseguro- Evitativo	Evitación de la intimidad Desconfianza Valorización de la independencia Auto-confianza compulsiva Énfasis en logros
P5H	Evitativo= 3.93 Seguro = 3.09 Ansioso= 3.0	Apego inseguro- Evitativo	Evitación de la intimidad Desconfianza Valorización de la independencia Auto-confianza compulsiva Énfasis en logros
P6H	Seguro= 4.18 Evitativo= 3.43 Ansioso= 3.0	Apego seguro	Autoestima Comodidad con el acercamiento Confianza Sana dependencia
P7M	Seguro= 4.09 Ansioso= 3.69 Evitativo= 3.62	Apego seguro	Autoestima Comodidad con el acercamiento Confianza Sana dependencia
P8M	Ansioso= 4.61 Seguro= 4.0 Evitativo= 3.56	Apego inseguro- ansioso	Apego inseguro-ansioso Sobredependencia Ansiedad y preocupación interpersonal

P9H	Evitativo= 3.53 Seguro = 3.37 Ansioso= 3.2	Apego inseguro- Evitativo	Soledad Necesidad de aprobación Falta de confianza en uno mismo Evitación de la intimidad Desconfianza Valorización de la independencia Auto-confianza compulsiva Énfasis en logros
P10H	Seguro= 4.45 Ansioso= 3.9 Evitativo= 3.68	Apego seguro	Autoestima Comodidad con el acercamiento Confianza Sana dependencia

Como se observa en la tabla anterior, el apego predominante en los participantes es el apego inseguro, presente en 3 mujeres y 3 hombres. Mientras que el apego seguro predomina en igual proporción en cuanto a género (2 mujeres, 2 hombres). Sin embargo, dentro del apego inseguro se encuentran dos tipos: inseguro-evitativo e inseguro-ansioso. En seguida se analiza cómo se manifiesta en los adolescentes cada estilo.

a) Apego inseguro-evitativo

En la mitad de los participantes predomina este estilo de apego. Lo cual indica que los adolescentes tienden a evitar relacionarse de manera íntima con otros debido a una su visión negativa de los demás. En cambio, poseen una visión muy engrandecida de sí mismos, considerando que son autosuficientes y que no necesitan de nadie. Además tienden a enfocarse en la consecución de logros que les ayude a garantizar una independencia, ya que rehúsan la necesidad del otro.

Este estilo de apego se presentó en su mayoría en los varones (3 participantes). Y su manifestación conductual presenta algunas diferencias de acuerdo al género. En los hombres las conductas más evidentes son las referentes a la priorización de logros por lo que otorgan un segundo lugar de importancia al establecimiento de relaciones interpersonales. Y las mujeres presentan mayores conductas de incomodidad con el acercamiento, derivado de la necesidad de establecer distancia por su constante desconfianza.

b) Apego seguro

En cuanto a los adolescentes con estilo de apego seguro, ellos poseen un autoconcepto lo suficientemente positivo para acercarse a los otros, así como la confianza en los demás requerida para establecer y manejar sus relaciones con base en una sana dependencia. Sin embargo, cualitativamente se observa que, debido a su edad, así como a sus historias de vida, los adolescentes que obtuvieron este estilo de apego seguro, apenas comienzan a desarrollar relaciones estables, tanto con sus familiares, como de amistad o noviazgos.

c) Apego inseguro-ansioso

El apego ansioso se presentó únicamente en una participante. Cabe resaltar que ningún varón presentó este estilo de apego. En la participante que predomina el apego ansioso se puede observar una visión negativa de sí misma que implica falta de confianza, mientras que mantiene una visión positiva de quienes la rodean, generando una necesidad constante de aprobación y una constante preocupación y ansiedad por las relaciones sociales.

3. ANÁLISIS DE LA PSICOPATOLOGÍA

El análisis de la psicopatología se realizó de manera individual y grupal. En seguida se reportan ambos.

a) Perfil psicopatológico individual

El análisis de la psicopatología presente en los participantes se realizó a través del MMPI-A. Para ello se elaboró el perfil individual con la interpretación de cada una de las escalas en forma de tabla, describiendo los resultados obtenidos en las escalas de validez, las escalas clínicas, de contenido y suplementarias que arrojaron datos significativos, las cuales por su extensión se presentan en el Anexo 7.

Posteriormente se elaboró el análisis grupal de los perfiles psicopatológicos de los participantes, tomando en consideración las dos escalas más elevadas para conformar una combinación específica, de la cual se obtiene la interpretación clínica (Código de dos puntos).

Tras elaborar dicho análisis se encontraron diferencias significativas entre mujeres y varones. Los resultados se presentan en forma de tabla comparativa.

b) Análisis grupal del perfil psicopatológico en las mujeres

En la siguiente tabla se muestra el resumen comparativo de las escalas significativas obtenidas por las participantes mujeres. Posteriormente se desarrolla cada uno de los rasgos encontrados.

Tabla 17

Análisis comparativo grupal del perfil psicopatológico en las mujeres

Mujeres	Código de dos puntos	Interpretación clínica psicopatológica	Contenido	Suplementarias
P1M	Dp Pt (4-7) Desviación psicopática y Psicastenia	El sujeto descarga sus impulsos agresivos, destructivos y antisociales y posteriormente sufre angustia que le hace desear poseer un mayor autocontrol. Experimenta inconformidad que expresa de alguna manera, pero se vuelve hacia sí mismo en angustia. Persona con sentimientos persistentes de dependencia y de inseguridad personal.	Alienación. Depresión. Problemas de conducta. Bajas aspiraciones Problemas familiares.	Reconocimiento alcohol y drogas. Inclinación alcohol y drogas. Inmadurez. Alcoholismo. Ansiedad.

P2M	DpPa (4-6) Desviación psicopática y Paranoia	Sujeto con pobre control, la descarga impulsiva antisocial se permite bajo la justificación de un ambiente social opresivo. Utiliza el mecanismo de proyección. Personalidad narcisista, pasivo-agresivo o paranoide.	Pensamiento delirante. Alienación Disconformidad social. Bajas aspiraciones.	Reconocimiento alcohol y drogas. Alcoholismo. Represión.
P3M	Es Dp (8-4) Esquizofrenia y Desviación psicopática	Individuo egocéntrico, individualista, resentido. Tiende a apartarse del mundo en la forma de fuga a la fantasía o puede presentar hostilidad como modo de defensa ante la posibilidad de ser herida. Su capacidad de control sobre los impulsos es muy débil. Las relaciones interpersonales se caracterizan por aislamiento que se intenta compensar con fantasías narcisistas, en las que se siente fuerte y omnipotente para llevar a cabo sus ideas	Problemas de salud. Resistencia al tratamiento. Problemas de conducta. Bajas aspiraciones Enojo.	Inclinación alcohol y drogas. Inmadurez. Alcoholismo.
P7M	DpPa (4-6) Desviación psicopática y Paranoia	Sujeto con pobre control, la descarga impulsiva antisocial se permite bajo la justificación de un ambiente social opresivo. Utiliza el mecanismo de proyección. Rasgos de personalidad pasivo-agresiva y paranoide.	Problemas escolares. Problemas de conducta. Resistencia tratamiento. Baja autoestima. Bajas aspiraciones Pensamiento delirante Cinismo Problemas familiares	Reconocimiento alcohol y drogas. Inmadurez. Inclinación alcohol y drogas. Alcoholismo.
P8M	Dp D (4-2) Desviación psicopática y Depresión	Sujeto con pobre control de descargas impulsivas. El control es posterior a la descarga y cargado de sentimientos de culpa e inconformidad consigo misma. Reconoce sus reacciones impulsivas con una autocrítica algo estricta. Deja salir los impulsos al tiempo que siente culpa, sin embargo, no es suficiente para limitar las manifestaciones destructivas.	Problemas familiares.	Reconocimiento alcohol y drogas. Alcoholismo Inclinación alcohol y drogas.

a) Desviación psicopática

Como se observa en la tabla en todas las participantes están presentes rasgos psicopáticos, los cuales se manifiestan en conductas tales como extroversión, impulsividad, agresividad, problemas de conducta (rebeldía, hostilidad), y conductas de riesgo como consumo de alcohol y drogas, así como relaciones sexuales de alto riesgo.

b) Rasgos paranoides

Se determinó presencia de rasgos paranoides en 2 mujeres participantes. Estos rasgos describen actitudes de desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y la tendencia a interpretar los estímulos de manera inadecuada. Implica sintomatología como presencia de ideas de referencia y sentimientos de persecución.

c) Esquizofrenia

Este rasgo se encontró como combinación clínica elevada en una participante. La adolescente tiende a fugarse a la fantasía como mecanismo de afrontamiento ante las situaciones muy frustrantes en la realidad. De igual manera, presenta problemas en su capacidad para establecer relaciones interpersonales, ya que emplea con exageración este mecanismo como forma de compensación ante dicha incapacidad.

Además el rasgo esquizofrénico se encuentra presente como rasgo alto y moderado en el resto de las participantes. Dicha elevación de esta escala implica tendencias que van desde el aislamiento y la fantasía hasta el riesgo de desintegración de la estructura de personalidad.

d) Depresión

Esta escala se reporta porque se encontró como combinación clínica elevada en una participante y se manifestó como rasgo alto y moderado en dos participantes más. Esta escala mide características asociadas al grado de insatisfacción con la vida, sentimientos de desesperanza y abatimiento.

Las participantes con rasgo depresivo manifiestan un grado elevado de angustia emocional ocasionado por constantes sentimientos de culpa y de vergüenza, así como niveles altos de autocrítica. También presentan una escasa confianza en sí mismas y una sensación de inadecuación en sus relaciones interpersonales.

Dentro de la sintomatología depresiva se encontró somatización, ansiedad, apatía, aislamiento social y en tres de las participantes ideación e intento suicida.

e) Psicastenia

Esta escala se reporta por presentarse en su combinación clínica más elevada en una participante y como rasgo moderado en una participante más. La escala se refiere a la angustia con que un individuo enfrenta diversas situaciones de la vida, midiendo la ansiedad, tensión y autocrítica con que responden

En la participante se manifiesta en un súper yo rígido y punitivo, ya que tiene niveles intensos de exigencia hacia sí misma y en ocasiones hacia los demás. Tal inflexibilidad reduce su tolerancia a las propias fallas y la de otros, por lo que con frecuencia rechaza a los otros y también es poco tolerada por los demás, así que experimenta constantemente sentimientos de soledad.

c) Análisis grupal del perfil psicopatológico en los varones

En la siguiente tabla se muestra el resumen comparativo de las escalas significativas obtenidas por los participantes varones. Posteriormente se desarrolla cada uno de los rasgos encontrados.

Tabla 18

Análisis comparativo del perfil psicopatológico en los varones

Varones	Código de dos puntos	Combinación clínica psicopatológica	Contenido	Suplementarias
P4H	DpIs (4-0) Desviación psicopática e Introversión social	Individuo impulsivo, egocéntrico, con manifestaciones abiertas de rebeldía. El control aparece después de la descarga, por lo que es deficiente. Dicho control puede hacer que la persona trate de corregir estas características pero sin que surjan	Problemas de conducta. Problemas familiares. Resistencia al tratamiento. Enojo.	Reconocimiento alcohol y/o drogas. Alcoholismo. Ansiedad.

		angustia o sentimientos de culpa.	Bajas aspiraciones.	
P5H	DpPa (4-6) Desviación psicopática y Paranoia	Sujeto con pobre control, la descarga impulsiva antisocial se permite bajo la justificación de un ambiente social opresivo. Al efectuar la conducta antisocial utiliza el mecanismo de proyección, con el que pretende explicar a sí mismo y a los demás que su causa se justifica ya que los demás son injustos con él. Percibe que los demás lo ponen en desventaja y reacciona ante ello. Personalidad narcisista, pasivo-agresivo o paranoide.	Problemas escolares. Pensamiento delirante. Problemas de conducta.	Inclinación alcohol y drogas. Reconocimiento alcohol y drogas. Alcoholismo.
P6H	MaDp (9-4) Hipomanía y Desviación psicopática.	Sujeto egocéntrico, egoísta, individualista, narcisista. Gran cantidad de energía relacionada con sus descargas impulsivas. Sus relaciones interpersonales son superficiales pero adecuadas, siempre y cuando no se presione al sujeto para que establezca compromisos, lo que lo haría bastante inestable. Tiende a manipular, utilizando desde la seducción hasta la demanda abierta.	Problemas de conducta (moderada).	Reconocimiento alcohol y drogas. Alcoholismo.
P9H	PaPt (6-7) Paranoia y Psicastenia	Sujeto con ideas de referencia basadas en inadecuadas interpretaciones. La capacidad para controlar los impulsos es poco eficaz por lo que la agresión se expresa abiertamente. Tal descarga de impulsos destructivos ocasiona ansiedad por el temor a la crítica y el rechazo de la descarga. Las relaciones interpersonales se caracterizan por cautela, suspicacia y desconfianza.	Pensamiento delirante. Bajas aspiraciones. Problemas escolares. Problemas de conducta. Problemas familiares. Ansiedad.	Reconocimiento alcohol y drogas. Inclinación alcohol y drogas Alcoholismo.
P10H	MaDp (9-4) Hipomanía y Desviación psicopática	Sujeto egocéntrico, egoísta, individualista, narcisista. Control de impulsos pobre. Relaciones superficiales pero adecuadas, siempre y cuando no se presione al sujeto para establecer algún compromiso afectivo. Problemas en especial, con la autoridad, ya que se resiste a imposiciones externas argumentando son irracionales. Puede presentar actitudes de sometimiento que le permiten manipular la situación.	Problemas de conducta. Bajas aspiraciones. Problemas familiares. Pensamiento delirante.	Inclinación alcohol y drogas Reconocimiento alcohol y drogas. Alcoholismo.

a) Desviación psicopática

La tabla indica presencia de rasgos psicopáticos en 4 de los participantes. Este rasgo se manifiesta conductualmente en impulsividad, agresividad, problemas de conducta, en especial rebelión contra figuras de autoridad, conductas delictivas que van desde robo, agresión física, peleas constantes hasta pertenencia a grupos delictivos, así como consumo de alcohol y drogas.

b) Rasgos paranoides

Dos de los participantes manifiestan rasgos paranoides, los cuales se expresan en relaciones interpersonales marcadas por actitudes de desconfianza, cautela excesiva y suspicacia. Se observa una tendencia a interpretar los estímulos de manera inadecuada, e ideas de referencia que suelen referirse a un ambiente externo como injusto, en donde los demás tienden a ponerlo en desventaja.

En esta actitud subyace el mecanismo de defensa de la proyección, ya que son sus propios impulsos agresivos los que expulsan al exterior por ser intolerables, y entonces temen al propio ambiente amenazador. Por ello tiende a comportarse de manera agresiva, ya que creen necesario defenderse de posibles ataques, o por el mismo temor y ansiedad que genera el rechazo de los demás.

c) Hipomanía

Esta escala evalúa la energía que tiene el sujeto para ambicionar algo, fijarse metas y tratar de alcanzarlas. Dos de los participantes presenta rasgos hipomaniacos. Lo cual se manifiesta conductualmente en hiperactividad e impulsividad.

A nivel de pensamiento se observa en fuga de ideas y distractibilidad constantes que se observa en su pobre reflexión sobre lo que se va a emprender, por lo que tienen poca posibilidad para anticipar y planear cualquier actividad. En cuanto a su autoconcepto es poco realista y se auto perciben con características positivas y grandiosas.

Su estado de ánimo tiende a ser eufórico y presenta labilidad emocional. Sus relaciones interpersonales pueden considerarse bien integradas aunque superficiales reflejadas en su imposibilidad para establecer compromisos afectivos profundos.

4. ANÁLISIS PSICODINÁMICO

El análisis de la relación entre el consumo de sustancias, la percepción del padre, el estilo de apego y la psicopatología de los adolescentes se realizó mediante la interpretación desde el enfoque psicodinámico. A continuación se presenta en forma de tabla los principales hallazgos.

Tabla 19

Análisis psicodinámico

Código	Apego	Percepción del padre/madre	Psicopatología	Relación con el consumo de sustancias
P1M	Se infiere que durante la infancia presentó constantes conductas de aproximación a los padres, mientras que ellos mostraban rechazo . Actualmente presenta un estilo de apego inseguro evitativo , que se manifiesta en relaciones superficiales marcadas por la desconfianza en los otros y un autoconcepto engrandecido.	Existe ausencia física : abandono del padre antes de la adolescencia. Existe ausencia simbólica del padre: no existe relación afectiva, comunicación, ni ejerce sus funciones. Presenta sentimiento de culpa por el abandono del padre. Muestra anhelo por recuperar el afecto del padre. La madre no fungió como figura capaz de subsanar la herida emocional por el abandono del padre, y finalmente también la abandona. La madre es drogadicta y presenta una enfermedad mental.	Presenta rasgos psicopáticos que se expresan en su impulsividad y agresividad. Presenta angustia emocional (psicastenia) expresada en sentimientos persistentes de dependencia y vacío existencial, que la han llevado a varios intentos de suicidio. Utiliza como mecanismo defensivo ante la angustia, la disociación, idealizando al padre y desvalorizando a la madre.	Abuso de alcohol, marihuana y cocaína. Utiliza las drogas para mitigar el dolor emocional por el rechazo de los padres, así como para obtener un sentido de pertenencia y aceptación. Expresa su insatisfacción emocional mediante descarga de impulsos destructivos, pero la agresión se vuelve hacia sí misma mediante el uso de la droga, sustancia capaz de destruir desde el interior . Existe identificación proyectiva , en relación a la madre, quien es adicta y se encuentra en estado de vagancia.
P2M	Se infiere que en la infancia presentaba conductas de mayor aproximación	Presencia física intermitente del padre: períodos de separación durante la infancia y	Presenta rasgos psicopáticos que se expresan en su poca tolerancia a la frustración.	Presenta abuso de alcohol. El consumo de alcohol permite una doble

P3M	<p>hacia la madre que hacia el padre, y angustia cuando se separaba de ambos. Actualmente ambos padres muestran rechazo. La abuela fungió como figura de soporte emocional. Actualmente presenta un estilo de apego seguro, que se expresa en su capacidad de mantener relaciones de confianza con otros miembros de su familia, especialmente abuela y tías.</p>	<p>adolescencia. Existe ausencia simbólica del padre: la relación es violenta, sin comunicación efectiva, sin ejercicio de función de protección, y la autoridad se ejerce mediante la coerción y violencia. Presenta sentimiento de culpa por la separación de los padres. Siente rencor hacia el padre por la violencia ejercida contra su madre y contra ella misma. La madre la identifica con el padre agresor, por lo que es violenta con ella.</p>	<p>La agresividad hacia los objetos (especialmente parentales) es intolerable en sí misma por lo que la proyecta al exterior. Sin embargo, vuelve a interiorizar la agresión con actos auto-punitivos. Posee rasgos paranoides que se muestran en su actitud de reserva y evasión, por su tendencia a desconfiar de los demás.</p>	<p>identificación, con el padre en cuanto a saberse potencialmente agresiva y la sustancia le permite identificarse con él. Así como identificarse con la madre, en su intento de destruirse a sí misma para complacer a la madre sabiéndose “parte” –hija- del agresor de la madre.</p>
	<p>Se infiere que mostraba conductas de evitación de los padres, en la infancia, ya que no recurre a ellos cuando una situación le genera angustia. El padre mostró rechazo durante su infancia y adolescencia. La madre mostró rechazo durante su adolescencia. Actualmente presenta un estilo de apego evitativo que se evidencia en su constante desconfianza en los otros y dificultad para</p>	<p>El padre es alcohólico. Existe ausencia física: abandono del padre antes de la adolescencia. Existe ausencia simbólica del padre: la relación es distante, sin comunicación efectiva, sin ejercicio de función de proveedor, protección, ni autoridad. El padre consumía drogas y actualmente está encarcelado por narcotráfico. La madre rechaza a su hija porque la identifica con el padre por el consumo de drogas.</p>	<p>Tiende a utilizar la fantasía (rasgos de esquizofrenia) como mecanismo de evasión del displacer y utiliza la agresión (rasgos psicopáticos) como modo de defensa ante la angustia. Utiliza el aislamiento afectivo como mecanismo defensivo contra la angustia que genera el abandono del padre.</p>	<p>Abuso de marihuana e inhalantes. La droga le otorga una ilusión de omnipotencia que le permite subsanar su desconfianza e incapacidad real de intimar con otros. También le permite fugarse y anestesiarse de las situaciones estresantes, reforzando su tendencia al uso de la fantasía como mecanismo de afrontamiento.</p>

P4H	<p>establecer relaciones profundas.</p> <p>Se infiere que en la infancia presentó mayores conductas de aproximación a la madre. Experimentando intensa angustia cuando se separaba de ella.</p> <p>La madre comienza a mostrar rechazo en la adolescencia. Actualmente presenta un apego evitativo, evidenciado en la falta de relaciones profundas, por la desconfianza en los otros.</p>	<p>Presencia física constante del padre.</p> <p>Ausencia simbólica paterna: La relación es emocionalmente distante, violenta y la comunicación es inefectiva. En cuanto al ejercicio de funciones es proveedor económico, pero no es protector ni representa autoridad.</p> <p>Percibe a la madre autoritaria y demandante. Tiene sentimientos de rencor hacía el padre por no enfrentar a la madre. El padre consume alcohol.</p>	<p>Su hostilidad, impulsividad y baja tolerancia a la frustración (rasgos psicopáticos) le generan dificultades para mantener relaciones profundas, por lo cual siente angustia, tiende a aislarse y deprimirse (introversión social).</p> <p>Trata de negar la necesidad de contacto con los otros mediante un control excesivo de las emociones.</p>	<p>Abuso de inhalantes, alcohol, marihuana y metanfetaminas. Utiliza la droga como autorregulador emocional cuando surgen frustraciones y para aliviar su constante sensación de vacío existencial.</p> <p>Busca en la droga su capacidad anestésiante, para aliviar la angustia que genera el rechazo de la madre y para evadir la sensación de ira contra el padre por su actitud pasiva con respecto a la madre.</p> <p>Abuso de cocaína, marihuana y alcohol. Narcomenudeo. El consumo y venta le otorga la capacidad de omnipotencia, mediante una ilusión maniaca, en donde la droga le otorga una identidad, le permite recuperar su lugar en la familia y la autorregulación emocional para llenar el vacío existencial.</p> <p>La venta y consumo de droga le permite</p>
P5H	<p>Se infiere que durante la infancia mostró mayores conductas de aproximación a la madre, sintiendo angustia al separarse de ella.</p> <p>Ambos padres mostraban conductas de aproximación, hasta la adolescencia, en donde el padre muestra rechazo al participante.</p> <p>Actualmente presenta un estilo de apego evitativo, manifestado en su</p>	<p>Presencia física constante del padre.</p> <p>Ausencia simbólica paterna: La relación es emocionalmente distante, violenta y la comunicación es inefectiva. En cuanto al ejercicio de funciones la provisión económica es inconstante, y ejerce la función de protección y autoridad mediante el uso de violencia y control inconsistente (sobregratifica y frustra excesivamente de manera intermitente).</p> <p>Siente enojo, resentimiento y miedo</p>	<p>Presenta rasgos psicopáticos manifestados en la descarga destructiva que justifica por el rechazo percibido por parte del padre, en comparación con sus hermanos mayores.</p> <p>Utiliza el mecanismo de proyección, de su propia agresión, es decir, percibe que los demás lo ponen en desventaja por lo que se defiende.</p> <p>Presenta rasgos narcisistas y paranoides, evidenciados en la</p>	<p>Abuso de cocaína, marihuana y alcohol. Narcomenudeo. El consumo y venta le otorga la capacidad de omnipotencia, mediante una ilusión maniaca, en donde la droga le otorga una identidad, le permite recuperar su lugar en la familia y la autorregulación emocional para llenar el vacío existencial.</p> <p>La venta y consumo de droga le permite</p>

	<p>constante desconfianza en los demás y dificultades para entablar intimidad, además de una excesiva autoconfianza. En donde tener logros económicos es fundamental para sentirse bien con respecto a sí mismo.</p>	<p>por el padre. La relación con el padre se volvió afectivamente distante, mientras que se estrechaba con su madre. El padre abusa del alcohol. La madre presenta conducta adictiva de juego. Existe un doble discurso de la madre con relación a la venta de drogas, ya que la censura, pero al mismo tiempo la perpetúa al pedir al hijo que la provea económicamente.</p>	<p>utilización de los demás para sus propios fines y en la tendencia a desconfiar en los demás.</p>	<p>usurpar el lugar del padre con relación a la madre, siendo el hijo quién se ocupa de la madre.</p>
P6H	<p>Se infiere que presentó mayores conductas de aproximación a la madre durante la infancia. Recurre a la madre en situaciones de angustia. La madre y padre mostraron conductas de aproximación durante infancia y adolescencia. Actualmente presenta un estilo de apego seguro, evidenciado en su autoestima y confianza en los demás.</p>	<p>La presencia física del padre ha sido constante. No hay ausencia simbólica: ya que la relación es afectuosa, existe una comunicación efectiva y el padre ejerce la función de autoridad, proveedor económico y protección. Sin embargo, existe un conflicto actual con el padre, ya que el adolescente percibe rechazo de su parte y tiene sentimientos ambivalentes (enojo, resentimiento, afecto) hacia él porque el padre tiene otra familia. Tal situación ha exacerbado el distanciamiento emocional con el padre y el mayor acercamiento a la madre que ya desde la</p>	<p>Es un sujeto con rasgos narcisistas, psicopáticos e hipomaniacos. En general puede establecer relaciones interpersonales mediante mecanismos de seducción/adulación para conseguir sus metas. Cuando estas no son satisfechas tiende a desestabilizarse llegando a ejercer mecanismos como, devaluación hasta el uso de violencia.</p>	<p>Abuso de alcohol. El alcohol genera un sentimiento de potencialidad, el cual le otorga la capacidad de descargar impulsos (agresivos y sexuales) sin hacerse responsable de las consecuencias de sus acciones, negándolas como propias. El alcohol le permite otorga la ilusión de un estatus social elevado, que satisface sus necesidades narcisistas. También tiende a satisfacerlas mediante el dinero.</p>

infancia se ha presentado.

P7M	<p>Se infiere que durante la infancia experimentó el rechazo del padre, mientras que la madre mostraba mayores conductas de aproximación. Sin embargo en la adolescencia la madre también muestra conductas de rechazo hacia la participante. Actualmente presenta un apego seguro. El cual se manifiesta en su capacidad para relacionarse con los demás y su concepto de sí misma positivo.</p>	<p>La presencia física del padre ha sido intermitente. Se identifica ausencia simbólica ya que el padre ejerce inconsistentemente la función de protección y provisión económica y es autoritario y violento. Existe negación de los sentimientos negativos hacia el padre que solo son expresados bajo situaciones de estrés. Existe un doble discurso de parte de la madre, quien es consumidora de marihuana.</p>	<p>Presenta rasgos psicopáticos y paranoicos. Tiende a descargar impulsivamente y tiene poca tolerancia a la frustración, busca constantemente evadir cualquier sensación displacentera, por lo que utiliza mecanismos defensivos como la negación y la proyección. El uso de la droga refuerza el mecanismo de evasión.</p>	<p>Abuso de alcohol, marihuana, inhalantes y cocaína. Utiliza la droga como fuente de potencialidad, ya que le otorga confianza, seguridad y belleza. Así mismo, con la droga es capaz de destruir a su madre desde su interior, manifestando una identificación introyectiva con ella.</p>
P8M	<p>Se infiere que durante la infancia sus padres mostraban conductas de rechazo y violencia hacía la participante. De igual forma el comportamiento de la participante era evitativo. Actualmente presenta un apego inseguro-ansioso, ya que tiene un autoconcepto pobre y negativo, y sus relaciones personales son superficiales y le</p>	<p>La presencia física del padre ha sido constante. Sin embargo, existe ausencia simbólica, ya que no representa una figura de autoridad, ni brinda protección o una comunicación eficiente a la participante, en cuanto a la función de provisión económica ha sido inconsistente. Tiene sentimientos negativos hacia el padre tales como resentimiento e ira. La madre tampoco ha sido una figura afectiva, al contrario,</p>	<p>Presenta rasgos psicopáticos, lo cual indica que tiende a descargar impulsivamente y posee poca tolerancia a la frustración y rasgos depresivos tales como culpa e insatisfacción consigo misma, mismos que la han llevado a desarrollar mecanismos de afrontamiento negativos como automutilaciones, intentos de suicidio, y el consumo de sustancias.</p>	<p>Abuso de alcohol., inhalantes, cocaína. El consumo de sustancias representa un intento de mitigar la angustia y cualquier situación que genere displacer, ya que no tolera sentir tristeza ni dolor, en un intento de autorregular sus emociones negativas.</p>

	generan angustia.	muestra constantemente rechazo hacía la participante.		
P9H	Se infiere que en la infancia el padre mostraba conductas de rechazo y la madre de evitación. El participante mostró conductas evitativas. En la actualidad este estilo de apego se perpetuó, ya que muestra estilo de apego evitativo , con las correspondientes conductas de desconfianza hacia los demás y una confianza en sí mismo excesiva que le hace creer que no necesita de los demás para alcanzar el éxito.	La presencia física del padre ha sido intermitente con constantes periodos de abandono. Existe ausencia simbólica , ya que el padre no ha sido figura de protección, ni de provisión económica, además ejerce su autoridad mediante la violencia y de forma inconsistente, frustrando y gratificando excesivamente. Percibe a su padre escindido, por un lado totalmente bueno “súper héroe” y por otro totalmente malo. Por lo que presenta sentimientos ambivalentes hacía él. El padre es alcohólico e inhala solventes.	Presenta rasgos paranoicos y psicastenia. Es decir, sus ideas de referencia perpetua en estilo de apego evitativo, ya que constantemente desconfía de los demás basado en interpretaciones erróneas de la realidad. Posee muy baja tolerancia a la frustración por lo que descarga sus impulsos en forma violenta.	Abuso de alcohol, marihuana, inhalantes y cocaína. El estado de intoxicación es una vía más de descarga abierta de impulsos que le permite satisfacer sus necesidades de manera inmediata sin necesidad de sentir displacer de cualquier tipo. Así mismo, el consumo de drogas representa una forma de identificación con el padre , misma que le permitía establecer un vínculo con él.
P10H	Se infiere que en la infancia mantuvo mayores conductas de aproximación hacia la madre que el padre. Ya que el padre lo rechazó. La madre funge como figura de protección. Actualmente posee un estilo de apego seguro , conformado con un autoconcepto positivo y una visión positiva de los demás, que le permite establecer	Existe presencia física intermitente del padre. Existe ausencia simbólica , ya que el padre ejerce la autoridad de manera violenta, no es una fuente de protección, y es inconsistente en la provisión económica. El participante tiene una percepción negativa del padre, considerándolo poco tolerante, irresponsable y ausente. Tiene sentimientos ambivalentes hacia el	Presenta rasgos hipomaníacos y psicopáticos. Es decir, posee baja tolerancia a la frustración por lo que tiene dificultades para acatar la autoridad. Puede establecer relaciones interpersonales sin llegar a comprometerse afectivamente y utilizando mecanismos de manipulación para conseguir sus fines.	Abuso de alcohol, marihuana e inhalantes. Existe una identificación con el padre desde el consumo de sustancias, ya que la droga le da una sensación de poder y una falsa ilusión de masculinidad que admiraba en su padre. Este sentimiento de potencia ha sido sustituido con la religión, ya que la relación con Dios le

relaciones con los demás.

padre, ya que siente ira, decepción y resentimiento hacia él y al mismo tiempo desea recuperar su afecto.

El participante desea ocupar el lugar del padre para obtener un sentido de identidad.

permite subsanar la necesidad de una figura paterna que ejerce la autoridad afectuosamente, así como el sentido de pertenencia e identidad.

5. DISEÑO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

Con base en los análisis desarrollados anteriormente, se propuso una intervención psicoterapéutica psicodinámica de apoyo, focalizada en el abordaje del consumo de sustancias; la revaloración del sí mismo y de los otros; y la elaboración de las figuras parentales. Con una duración de 15 sesiones de carácter individual, con una frecuencia de una vez por semana.

La psicoterapia está encaminada a la consecución de los objetivos estructurados en 3 módulos:

- 1) Abordaje del significado del consumo
- 2) Revaloración de la visión de sí mismo y de los otros
- 3) Elaboración de las figuras parentales.

En cada uno de los módulos se plantea un objetivo general y varios objetivos específicos a abordar en las sesiones. Se determinó que para la consecución del objetivo general de cada módulo se designaran actividades terapéuticas específicas detalladas en el Programa de Sesiones, el cual por su extensión se detalla en el Anexo 8. Los objetivos de cada módulo se detallan en la siguiente tabla.

Tabla 20

Objetivos de la intervención psicodinámica

MODULO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1. ABORDAJE DEL SIGNIFICADO DEL CONSUMO	Abordar el consumo como mecanismo inadecuado de afrontamiento	1. Clarificar el significado atribuido a la sustancia (potencialidad/ anestesia/ autorregulación emocional) 2. Clarificar el consumo como mecanismo de autodestrucción 3. Confrontar el consumo como mitigador de ansiedad y/o mecanismo de evasión
2. REVALORACIÓN DE LA VISIÓN DE SÍ MISMO Y DE LOS OTROS	Generar en el adolescente la revaloración de sí mismo y de los otros propiciando la adaptación y relaciones interpersonales sanas.	4. Propiciar la expresión de los afectos bajo el encuadre delimitante 5. Generar la revaloración de sí mismo propiciando el fortalecimiento del Yo. 6. Abordar ansiedad interpersonal/ desconfianza básica en los otros
3. ELABORACIÓN DE LAS FIGURAS PARENTALES	Propiciar la elaboración de figuras parentales	7. Clarificar elementos identificatorios en las figuras parentales 8. Trabajar relación afectiva con el padre y madre 9. Explorar dinámica familiar y reivindicar el

CIERRE	Concluir el proceso terapéutico de los participantes	lugar del hijo como otro. 10. Cerrar el proceso de terapia en un clima positivo y alentador.
--------	--	---

Sin embargo, es importante señalar, que debido al enfoque psicodinámico, este plan de sesiones es solo una guía con lineamientos a considerar en el desarrollo de las sesiones, y no un protocolo rígido que no puede modificarse, ya que este plan se rige por los principios de la psicodinamia que prioriza la escucha, para que sea el adolescente quien aborde sus conflictos a su propio ritmo, por lo que el terapeuta encargado de realizar la intervención debe tomar en cuenta las características de cada participante, según su historia de vida, por lo que se dará prioridad a una escucha activa, empática y focalizada.

Para ello, se utilizarán los recursos técnicos pertinentes al enfoque, es decir, durante la sesión se utilizara la catarsis, interrogación, señalamiento, clarificación, confrontación, e interpretaciones extratransferenciales (González, 1995), para lograr que las verbalizaciones y asociaciones del participante se enfoquen en el trabajo de los objetivos planteados. Además de estos recursos se utilizarán actividades terapéuticas enfocadas a facilitar que los adolescentes verbalicen y asocien el material requerido.

IX. DISCUSIÓN

Los resultados muestran en cuanto al apego, que el estilo predominante en los participantes es el apego inseguro. Lo cual es consistente con la vinculación entre el tipo de apego y el fenómeno de la adicción corroborado en distintas investigaciones donde el apego seguro se considera uno de los mayores factores de protección y los estilos de apego inseguro son factores de riesgo para el consumo de sustancias en la adolescencia (Becoña et al., 2014 y Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt y Küstner, 2007).

En los participantes predomina el estilo de apego evitativo, lo cual indica que los adolescentes tienden a evitar relacionarse de manera íntima con otros debido a una visión negativa de los demás. Este resultado confirma los hallazgos reportados por otros autores que mencionan la relación estrecha entre el establecimiento de un estilo de apego evitativo con el desarrollo de adicciones (De Lucas y Montañés, 2006 y Ahumada y colabs., 2011).

Se encontraron comportamientos de rechazo y conductas de alejamiento de parte de los padres durante la infancia, ante lo cual respondían con conductas defensivas de evitación, situación que la literatura indica que se corresponde con un establecimiento de un estilo de apego inseguro evitativo (Ainsworth, 1978; Hazan y Shaver, 1987; Aizpuru, 1994). Tales autores explican que como los cuidadores principales se muestran poco receptivos a las necesidades de los hijos y por el contrario tienden a rechazarlos, el hijo desarrolla mecanismos defensivos de evitación, ya que aprenden que el cuidador no estará disponible para ellos.

Por el contrario, en los participantes que se encontró un apego seguro mencionan en sus discursos que durante la infancia tuvieron una figura materna –la madre en sí o la abuela- sensible a sus necesidades y capaz de mostrar afecto y de brindar protección. Estos adolescentes son capaces de establecer un apego seguro que les permite vincularse con los demás, confiar sanamente en los otros y tener un autoconcepto positivo. Es importante señalar que precisamente los adolescentes que manifestaron un apego seguro son

aquellos que únicamente consumían alcohol, o los que aun siendo policonsumidores presentaron menores niveles de consumo.

Y en la mayoría de los participantes, que poseen actualmente un estilo de apego inseguro del tipo evitativo, sus relaciones interpersonales se caracterizan por un autoconcepto sumamente engrandecido, y una visión negativa de los otros. Las manifestaciones conductuales de las mujeres muestran que se les dificulta el establecimiento de relaciones profundas y duraderas, y en los varones se observa que consideran las relaciones interpersonales como secundarias, siendo para ellos más importantes la consecución de logros materiales.

Así se observó que en los adolescentes el consumo abusivo de sustancias se genera como reproducción de esta forma inadecuada de relacionarse con el mundo externo, en donde el apego inseguro implica formas de afrontamiento inadecuadas de evitación. Tal relación puede entenderse si comprendemos que el acercamiento a las drogas se da generalmente a través del grupo de pares y la presión social que ejercen, lo cual es consistente con la necesidad de ser aprobado por los otros y una excesiva necesidad por encajar. Así mismo, Ahumada y cols. (2014) explican que puede deberse a que los adolescentes con estilo de apego inseguro evitativo tienden a utilizar las drogas para evitar emociones dolorosas, evadiendo así el malestar psicológico.

En cuanto a la percepción del padre, se determinó que los participantes mantienen un contacto físico intermitente con el padre. Y en general existe ausencia simbólica, es decir, el padre no ejerce su función primordial de autoridad o si la ejerce lo hace de manera inconsistente o violenta. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas que mencionan un vínculo inestable e inseguro del padre con drogodependientes (Montilla y Vilorio, 2011 y Sánchez, s. f.).

Tal ausencia generó en los participantes la percepción de mayores características negativas al describir al padre, así como sentimientos ambivalentes hacia él, como tristeza, ansiedad y odio por el abandono, así como, culpa y anhelo por recuperar su afecto. Lo cual confirma investigaciones previas

sobre consumidores de sustancias (Estrada, Tabardillo, Everendo, Ramón y Mejía, 2014, y Sánchez, Guisa, Cedillo y Pascual, 2002).

Se encontró a padres que tienden a sobregratificar excesivamente al hijo en algunas ocasiones y en otras a frustrar y violentar. Tal ejercicio inconsistente de las funciones del padre concuerda con la literatura que suele identificar en consumidores a una figura paterna debilitada, (Knight, 1937, Kalina, 2000). Tales autores coinciden en señalar el papel que desempeña el padre en la etiología de las adicciones, ya que el padre se presenta como una figura desvalida y que no tiene firmeza, y que al querer ejercer autoridad lo hace de manera autoritaria o simplemente no lo hace, es decir, es inconsistente en el ejercicio de su autoridad.

Este modo de proceder tiene consecuencias inmediatas en los hijos, y se puede explicar a través de lo que Frosh (1990) describe como un proceso de sobreindulgencia-frustración, que genera en el niño un desequilibrio emocional que propicia un trastorno en el control de impulsos. Mismo que se evidencia en los resultados de los participantes, ya que se encontró como rasgos de personalidad el pobre control de impulsos y la baja tolerancia a la frustración en ellos.

El desarrollo de un pobre control de impulsos tiene como consecuencias la necesidad de gratificar de manera inmediata cualquier necesidad y se expresa en reacciones de rabia ante cualquier problemática frustradora y en el desarrollo de mecanismos para evitar cualquier situación de frustración o displacer. Uno de esos mecanismos es el consumo de sustancias, ya que como explica Frosch (1990), la sustancia se presenta como aquella fuente inagotable de placer capaz de ofrecerle una gratificación inmediata a sus impulsos.

A su vez, se observó que la contraparte, la madre, tampoco desempeña un papel adecuado en el desarrollo de la función de equilibrio entre gratificación-frustración, ya que en la mayoría de los adolescentes la madre se presenta como una figura inconsistente, en algunas ocasiones violenta, que impone la autoridad que debería ejercer el padre, ya que invalida sus reglas, y en otras ocasiones se

muestra sobreprotectora, lo cual genera dependencia, temor al rechazo y sentimientos de inferioridad. Es importante señalar que la mayoría de los adolescentes señalaban que era la madre, y no el padre, quien dictaba las reglas, aun cuando ella misma las rompiera en algunas ocasiones. Este tipo de dinámica hace que cuando el hijo llega a la adolescencia encuentre en la droga la satisfacción de sus impulsos agresivos y sus necesidades de gratificación y se corresponde a la dinámica familiar que describió Kalina, (2000) como psicotóxica, aquella donde el padre es inseguro, débil e inconsistente y la madre es dominante.

Sobre la psicopatología se encontraron rasgos psicopáticos en los adolescentes, especialmente referidos a trastornos en el control de impulsos, lo cual coincide con lo señalado por Torres (2007). En los hombres se interpreta que las descargas de los impulsos provenientes del ello, tales como la agresión, no son controladas de manera adecuada por el yo, ya que los participantes presentan poca capacidad de postergación de la satisfacción de las necesidades y el pobre control ejercido se efectúa después de la descarga.

También se limita el control externo (locus de control externo) ya que el impulso agresivo encuentra su descarga ante cualquier figura de autoridad que intente reprimir o restringir la descarga inmediata. Así mismo, se determinó también una tendencia a la actuación de conflictos que se manifiesta en el abuso de sustancias y el comportamiento delictivo. Siendo el consumo de drogas perpetuador de tal descarga impulsiva del ello, tal como menciona Freud (1905), las adicciones son la expresión de la “satisfacción de las necesidades primarias”, y como indica González de Rivera (1993) la droga ofrece la posibilidad de disminución de la tensión del ello.

En cuanto a las relaciones interpersonales estos rasgos se relacionan con problemas para establecer vínculos con figuras que representan autoridad, por lo que tienden a oponerse a sus imposiciones a través de conductas que van desde la inconformidad encubierta hasta la rebelión más explícita. Lo cual puede explicarse al tener dentro de la familia a un padre debilitado que no ejerció la autoridad o que la ejerce de manera inconsistentemente o de manera violenta, ya que según León (2013)

es el padre quien debería poner los límites dentro de la jerarquía del hogar, los cuales son interiorizados y reproducidos en el acatamiento a las normas de la sociedad.

En las mujeres tales conductas psicopáticas se interpretan psicodinámicamente como la expresión de la descarga del ello. Por lo que en las participantes se observa una limitada capacidad del control de los impulsos, tanto agresivos como sexuales, lo que genera una manifestación abierta y sin restricción de las descargas impulsivas. También implica una tolerancia a la frustración muy limitada, lo que impide la postergación de la satisfacción de necesidades, buscando siempre conseguir de inmediato lo que desea, sin reflexionar lo suficiente acerca de la consecuencia de sus actos. Estas características explican la impulsividad, agresión, la tendencia al acting out y la externalización de los conflictos en las participantes.

Así mismo, nos remite a la conceptualización de Frosh (1990), a partir de la cual podemos entender que el control de la descarga de impulsos de los participantes tan limitado los lleva a la necesidad de satisfacer sus necesidades de manera inmediata, ya que no son capaces de tolerar la ansiedad o frustración y entonces la droga se les presenta como la sustancia mágica que les otorga un placer inagotable.

También se encontraron rasgos paranoides marcados en las mujeres, que se puede interpretar psicodinámicamente como la manifestación del mecanismo de defensa de proyección, a través del cual, las participantes expulsan su agresión intolerable en sí mismas al exterior, y entonces perciben a los demás como la causa de sus situaciones conflictivas, de sus problemas y de sus propias fallas. Por ello, al considerar que los demás insisten en ponerlas en desventaja, reaccionan en función de esa creencia. Entonces exhiben frecuentes descargas de agresividad que pueden considerarse como forma de afrontamiento anticipada ante posibles situaciones de ataque que las participantes perciben como amenazantes para su seguridad.

En las relaciones interpersonales muestran mayores problemas en los vínculos con sus padres y una reacción ambivalente, ya que se esfuerzan por ser queridas y aceptadas, y al mismo tiempo muestran actitudes de desconfianza y suspicacia. Tales rasgos paranoides y su manifestación conductual que las hace mujeres suspicaces y desconfiadas, se correlaciona con el establecimiento de un estilo de apego inseguro, en el cual se evidencia la desconfianza primordial que les impide establecer relaciones profundas con los otros.

Finalmente en la interrelación de las variables se observa en cuanto al consumo, que los participantes identifican los problemas familiares como motivo del inicio de su consumo. Además que la sustancia mitiga la ansiedad, permite evadir conflictos, es decir, es un mecanismo de autorregulación emocional, que le permite huir de estados emocionales displacenteros (Rosenfeld, 1975) y les otorga un sentimiento de omnipotencia (Rado, 1933). De igual forma se identificó que el consumo se presenta sobre todo para evadir situaciones de frustración o fracaso, en donde la droga induce a un estado de plenitud que libera sus impulsos y le lleva a desear consumir nuevamente, es decir, se puede observar el proceso de círculo vicioso descrito por Wurmser (1978).

En cuanto a la dinámica familiar disfuncional actual, se puede explicar que esta es un reflejo de la construcción de un apego inseguro en la mayoría de ellos, ya que se encontró que desde la primera infancia los adolescentes identificaban el rechazo de sus padres. Por el contrario, los adolescentes que actualmente manifiestan un apego seguro, describen en sus historias de vida a una madre o a una figura materna (abuela) con conductas de aproximación y afecto hacia ellos, que en términos de Winnicott, (1975) sería aquella madre “suficientemente buena”, capaz de responder a sus necesidades y de sostener emocionalmente al hijo.

Esta ausencia simbólica del padre, así como la conjugación de una madre que no fue capaz de solventar emocionalmente esta ausencia puede explicar la necesidad de recurrir a elementos externos que les brindan una “seguridad”, en este caso la droga, les ofrece una ilusoria fuente de confianza, ya que no

desarrollaron aquella confianza básica que según Kernberg (1979), es resultado de la internalización de la representación mental de una madre confiable y gratificante.

El significado que atribuyen los participantes a la droga se refiere a su capacidad de anestesia, a la posibilidad de autorregular sus emociones y al sentido de omnipotencia que les otorga. Se asoció la droga con el intento de disminuir la culpa y sentimientos de abandono generados por la ausencia simbólica del padre, así como la ausencia de una madre sensible a las necesidades de los participantes. Y se determinó el consumo de drogas como intento de “mitigar”, temporalmente, el vacío existencial, mediante una ilusión maníaca de omnipotencia, ya que las características de personalidad de los participantes, como los rasgos psicopáticos que evidencian poca tolerancia a la frustración y su escaso control de impulsos, los lleva a encontrar en la droga una sustancia capaz de ofrecer una fuente inagotable de placer.

Por lo tanto, se propone una intervención psicoterapéutica psicodinámica de apoyo, focalizada en el abordaje del significado del consumo; la revaloración del sí mismo y de los otros; y la elaboración de las figuras parentales. Ya que se encontró que los adolescentes recurren a la droga por su necesidad de anestesiarse de situaciones dolorosas, como autorregulador de las emociones intolerables en ellos y como fuente ilusoria de omnipotencia, por lo que es necesario abordar el consumo como mecanismo inadecuado de afrontamiento; también se propone generar en el adolescente la revaloración de sí mismo y de los otros propiciando la adaptación y relaciones interpersonales sanas, ya que se encontró que la mayoría tienen un concepto muy pobre de los demás y un falso autoconcepto engrandecido, que en realidad esconde un yo débil y lábil; y finalmente se propiciará la elaboración de figuras parentales, pues como se evidencia en los resultados, los adolescentes son parte de dinámicas familiares violentas, donde el padre es ausente y la madre tampoco es capaz de solventar este vacío emocional.

Se espera que al trabajar estos objetivos mediante la psicoterapia dinámica de apoyo focalizada, se propicie la experiencia emocional correctiva, a través del establecimiento de la alianza terapéutica, la constancia del encuadre y bajo el seguimiento de la regla básica del funcionamiento (Colegio oficial de psicólogos, 1996). La alianza terapéutica, fomenta el establecimiento de un compromiso genuino con los adolescentes, ya que estos han sido constantemente rechazados y abandonados, y solo mediante la alianza se podrá establecer la confianza necesaria para lograr un acuerdo en común para el lograr los objetivos establecidos, y sobre todo, para lograr el bienestar del adolescente.

El encuadre psicoterapéutico ofrece *per se* una estructura delimitante que propicia la internalización de reglas y el acatamiento a la autoridad, lo cual favorece que el adolescente sea capaz de cumplir con los acuerdos básicos necesarios para el establecimiento de la terapia, aun cuando estos han mostrado hostilidad contra la autoridad y rebeldía, un encuadre basado en el respeto mutuo y el establecimiento en común de reglas permite llevar a cabo la labor terapéutica.

Y finalmente, la regla básica del funcionamiento incita al paciente a hablar de lo que quiera pero enfatiza la necesidad de trabajar preferentemente todo lo relacionado con el significado del consumo, es decir, se focalizarán las interpretaciones para lograr los objetivos señalados (Colegio oficial de psicólogos, 1996).

Es necesario mencionar, que el aporte principal de este estudio es la posibilidad de observar el papel que juegan estas variables -apego, psicopatología y percepción del padre- en el desarrollo del abuso de sustancias en los adolescentes. De lo cual se concluye que los vínculos que sostienen los participantes con sus padres han sido de fundamental importancia, ya que es al interior de la familia que se interioriza el apego, un esquema relacional que determina como se vincula el adolescente consigo mismo y con los otros. Viéndose directamente afectados aquellos adolescentes que no tuvieron en su infancia a una figura materna capaz de subsanar la ausencia del padre y capaz de dar el soporte emocional necesario, siendo ellos los que presentaron un apego inseguro y un consumo de sustancias de mayor potencial adictivo.

Además, es al interior de la familia que los adolescentes adquieren las pautas de temperamento y carácter que van a moldear su personalidad. Así en este trabajo se observa que la falta de un equilibrio óptimo entre gratificación y frustración en la primera infancia, así como la falta de límites consistentes y el establecimiento de una relación de autoridad violenta e incongruente por parte de los padres, son factores presentes en los adolescentes consumidores de sustancias.

Finalmente el aporte de mayor interés de esta investigación es la posibilidad de brindar indicaciones terapéuticas basadas específicamente en las necesidades encontradas en esta población, es decir, en la necesidad de abordar psicodinámicamente el consumo como mecanismo inadecuado de afrontamiento; generar en el adolescente la revaloración de sí mismo y de los otros; y propiciar la elaboración de figuras parentales.

En cuanto al alcance y limitaciones del estudio es necesario mencionar que no se pueden generalizar los resultados encontrados debido al tamaño de la muestra. Por lo que es necesario realizar investigaciones posteriores con población mayor para observar si los resultados son similares. Si bien, si se puede obtener una comprensión general del fenómeno del abuso de sustancias, dado que el enfoque fenomenológico permite profundizar en esta problemática desde la perspectiva de vida de cada uno de ellos.

De igual manera, se requiere aclarar que los participantes del estudio pertenecen a un mismo centro de rehabilitación, por lo que todos poseen características sociodemográficas similares, por lo que es importante realizar estudios en población consumidora de niveles socioeconómicos más altos para observar las diferencias en esa población.

En cuanto al objetivo final del estudio, el diseño de la intervención psicoterapéutica psicodinámica, se encontró una serie de limitaciones terapéuticas que a continuación se señalan para tomar en consideración en la aplicación de intervenciones psicodinámicas con esta población. Se requiere un terapeuta con altos niveles de tolerancia a la frustración para trabajar con la población consumidora, ya

que por las características psicológicas encontradas -pobre control de impulsos, búsqueda de soluciones inmediatas, desconfianza en otros- tienden a abandonar el proceso terapéutico.

Por ello, es necesario abordar de inmediato la motivación real de los adolescentes consumidores y partir de ella, ya que su intención de buscar alguna orientación psicoterapéutica se fundamenta en los sentimientos de inconformidad que experimentan al sentirse frustrados en sus aspiraciones, tales como en la necesidad de relacionarse mejor con su familia, sus ambiciones académicas y sus motivaciones de éxito. Sobre todo, la presencia de angustia emocional e insatisfacción general en su vida genera la necesidad de pedir ayuda. Todos estos factores se convierten entonces en recursos a los cuales apelar y puede considerarse como un buen indicio para la adhesión a la psicoterapia. Además la psicoterapia breve psicodinámica ha demostrado ser útil en el fortalecimiento del yo, precario en la población adolescente consumidora. De igual manera, el análisis de las resistencias y confrontaciones oportunas favorecen la continuidad del tratamiento.

X. CONCLUSIONES

El alcance de esta investigación es descriptivo y transversal, por lo que por sus características metodológicas no es posible generalizar los hallazgos a todos los adolescentes consumidores, sin embargo, nos permite detallar el fenómeno de las adicciones desde el punto de vista de los participantes y las particularidades de sus vidas, así como brindar algunos lineamientos psicodinámicos generales a considerar en el abordaje del consumo de sustancias.

Se puede señalar que se cumplió cada uno de los objetivos planteados en esta investigación, ya que de su ejecución se pudo obtener como producto final el diseño de una intervención psicoterapéutica sensible a las necesidades de los adolescentes consumidores. Del análisis de la historia del consumo de los participantes se concluye que el trabajo con adolescentes no puede ser simplificado a la aplicación de protocolos clínicos como recetas de cocina, sino que requiere de la mirada clínica subjetiva, aquella que no pierde de vista el trato con un ser humano sufriente, y que por lo tanto considera al individuo en toda su totalidad, con sus características particulares de acuerdo a su propia historia.

Se determinó que los adolescentes recurren a la droga porque encuentran en esta la capacidad de anesthesiarse de las situaciones dolorosas en sus vidas, principalmente el rechazo de su familia, ya que al no encontrar en sus padres calidez y afecto, encuentran en la droga una fuente inagotable de placer y bienestar; a su vez les posibilita regular sus emociones, deshaciéndose de aquellos estados displacenteros y de los afectos que no toleran en ellos mismos; y porque atribuyen a la droga una fuente mágica de omnipotencia que les posibilita realizar todo aquello que sus propios recursos no les permiten, aun cuando solo sea de manera temporal e ilusoria.

En cuanto al análisis de la percepción del padre es necesario puntualizar que tal como lo señala la literatura especializada, la mayoría de los adolescentes consumidores perciben mayores características negativas en su padre e indican que existe ausencia simbólica, es decir, el padre no ejecuta sus funciones de brindar protección, ser proveedor y ejercer la autoridad, o si lo hacen es de manera inconsistente y

violenta. De igual manera, la madre, en la mayoría de los casos, no ha podido solventar esa ausencia, y al contrario, se muestra como una figura violenta e incomprensiva. Por lo que se exhorta a brindar a los adolescentes consumidores los espacios terapéuticos que propicien la elaboración de las figuras parentales, ya que la adolescencia permite re-editar lo vivido en la infancia.

Sobre el estilo de apego se encontró que la configuración familiar que mostraba mayores conductas de rechazo de los padres a los hijos se correspondió con aquellos adolescentes que presentaban un estilo de apego inseguro, que se manifestó en desconfianza en los demás y en la priorización de obtener logros materiales por encima del establecimiento de relaciones interpersonales. Por el contrario, en los participantes que describen a una madre o una figura materna “suficientemente buena”, receptiva a sus necesidades, se encontró un estilo de apego seguro que les permite el establecimientos de relaciones interpersonales más sanas. Así mismo, se concluye que el consumo de drogas es una reproducción de la interrelación que se manifiesta en el estilo de apego inseguro evitativo, ya que la droga perpetua esta forma evasiva de relacionarse con el mundo. Por lo que se reafirma la necesidad de generar en los adolescentes la revaloración del sí mismo y de los demás, de tal manera que se pueda propiciar el establecimiento de relaciones profundas y adecuadas.

En el análisis de la psicopatología se determinó la presencia de rasgos psicopáticos en los participantes, manifestados conductualmente en rebeldía, hostilidad, agresión, desacato a la autoridad, conductas delictivas, establecimiento de relaciones de riesgo y en el mismo consumo. Psicodinámicamente hablando, estos rasgos expresan el pobre control en la descarga del ello, que permite la salida abrupta de las pulsiones sexuales y agresivas, así como en su imposibilidad de tolerar los estados afectivos displacenteros. Por lo que se requiere de un espacio estructurante, que mediante el establecimiento de un encuadre psicoterapéutico fomente en los adolescentes la interiorización de reglas y límites.

Por ello se determinó que el consumo de sustancias es un fenómeno complejo y multicausal, susceptible de ser abordado mediante el enfoque psicodinámico, ya que ofrece un encuadre estructurante que delimita al adolescente. A través de la escucha activa, empática y focalizada, se puede arribar a la experiencia emocional correctiva, de tal manera que los adolescentes realicen cambios significativos en su vida. Además mediante el establecimiento de la alianza terapéutica, es decir, la creación de un lazo transferencial basado en el respeto, que permite recuperar la confianza de los adolescentes, se reafirma la posibilidad de que generen nuevos vínculos.

Es necesario destacar la importancia de realizar más investigaciones que reporten los resultados obtenidos en tratamientos de corte psicodinámico para el tratamiento del consumo de sustancias, ya que como se muestra en el marco teórico, son pocos los trabajos que evidencian los aportes que esta perspectiva de la psicología ofrece a esta problemática de la salud. También se recomienda, para futuras intervenciones psicodinámicas en consumo de sustancias, evaluar con mayor profundidad los rasgos depresivos y el potencial suicida de los consumidores, ya que en este estudio, como en anteriores, se encontraron antecedentes de intentos de suicidio, por lo que se hace necesario abordar este conflicto. De igual manera se hace la recomendación para otras investigaciones el profundizar en la relación madre-hijo.

Finalmente es necesario enfatizar la necesidad de promover el uso del enfoque psicodinámico, ya que es comprensivo de la subjetividad de los individuos, especialmente en la adolescencia, ya que es justamente en esta etapa de crisis en que los profesionales de la salud mental debemos de ayudar a los adolescentes a atravesar los cambios en sus vidas, devolviéndoles la voz para apalabrar los afectos, mediante una escucha empática que contenga al adolescente. Y es importante destacar que el aporte principal de esta investigación radica en brindar una propuesta de intervención que se ajusta a las necesidades de la población y que establece como criterio obligado el considerar la personalidad de cada participante para delimitar las estrategias a seguir, ya que de esta adecuación dependerá en gran medida el éxito del tratamiento.

XI. REFERENCIAS

Aberastury, A. (1971). El síndrome de la adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Editorial: Paidós

Abraham, K. (1973). Las relaciones psicológicas entre la sexualidad y el alcoholismo. En Psicoanálisis clínico. Buenos Aires: Editorial Paidós

Ahumada, P., Arango de Montis, I., González, J. (2011). *Traducción y validación del Cuestionario de Estilos de Apego en el adulto*. UNAM. México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptb2011/noviembre/0675031/Index.html>

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A study of the strange situation.: Psychology Press Classic Editions. Recuperado de: <https://www.book2look.com/embed/rkhL5VILYf&euid=81391692&ruid=81364263&clickedby=H5W&bibletype=html5>

Aizpuru, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. *Psicología Iberoamericana*, 2 (1), 37-44.

Alvarado, D., Cabrera, M., & Rivera, J. (2011). Ausencia del padre en la familia, comportamiento y proyecto de vida en jóvenes de bachillerato, casos del Instituto Nacional de Antigua Cuscatlán. Tesis. Universidad de El Salvador. Recuperado de: <http://ri.ues.edu.sv/3716/1/Ausencia%20del%20padre%20en%20la%20%20familia.doc>

Amato, P. (2005). The impact of family formation change on the cognitive, social and emotional well, being of the next generation. *Marriage and child wellbeing*. 15(2), 75-96. Recuperado de: <http://futureofchildren.org>

Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-V. México: Editorial Médica Panamericana.

- Badinter, E. (1991). ¿Existe el instinto maternal? Historia del amor Maternal. Barcelona: Ed. Siglos XVII al XX.
- Barca, A., Otero, J., Mirón, L., & Santórum, R. (1986). Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. Implicaciones para el tratamiento. *Estudios de Psicología*, 25, 103-109. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65954>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of personality and Social Psychology*, 61, 226-244. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.332.3652&rep=rep1&type=pdf>
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2006). Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. México: Ed. Gedisa
- Becoña E. y Córtes, T. (Coord.). (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Ed. Socidrogalcohol.
- Becoña, Elisardo., Fernández del Río, Calafat, Fernández-Hermida. (2014). Attachment and substance use in adolescence: A review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones*, 26 (1). Disponible en: <http://www.adicciones.es>
- Belsky, J. y Rovine, M. (1987). Temperament and attachment security in the Strange Situation: An empirical reappraisal. *Child Development*, 58, 787-795. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3608649>
- Bilbao, F. y Castillo, M. (2002). Teorías psicoanalíticas sobre lo simbólico y la personalidad adictiva. *Liberaddictus*. Recuperado de <https://www.liberaddictus.org/psicoan%3%A1lisis-y-adicciones/756-teorias-psicoanaliticas-sobre-lo-simbolico-y-la-personalidad-adictiva.html>

- Billar, H. (1971). *Father, child, and sex role: Paternal determinants of personality development*.
Lexington MA: Ed. Heath Lexington Book
- Botella, L. (2005). Reconstrucción relacional y narrativas en psicoterapia: bases neurobiológicas.
Monografías de Psiquiatría; nº 3, pág.: 28-34. Recuperado de: <https://www.researchgate.net>
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- (1980). *El apego y la pérdida*. 1. El apego. Barcelona: Paidós
- (1985). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós
- Braier, E. (1984). *Psicoterapia breve de orientación psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Brook, J., Whiteman, M., Finch, S. y Cohen, P. (2000). Longitudinally foretelling drug use in the late twenties: Adolescent personality and social – environmental antecedents. *Journal of Genetic Psychology*, 161, 37-51.
- Casullo, M. & Fernández, M. (2004). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *XII Anuario de Investigaciones*. Págs. 183-193. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139941018.pdf>
- Centro de Integración Juvenil en Cuernavaca [CIJ]. (2014). *Carpetas Informativas*. Morelos. Recuperado de: <http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/Morelos.pdf>
- Chouhy, R. (2000). Función paterna y familia monoparental: ¿Cuál es el costo de prescindir del padre?
Psicología y Psicopedagogía. Vol. 1 No. 2. Disponible en:
p3.usal.edu.ar/index.php/psico/article/view/1191/1473

- Colegio Oficial de Psicólogos (1996). *Intervención en drogodependencias: Áreas y Técnicas*. Madrid: Monografía. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/web/publicaciones/intervencion-en-drogodependencias-areas-y-tecnicas>
- Coleman, M., Ganong, L. & Fine, M. (2000). Reinvestigating remarriage: Another decade of progress. *Journal of Marriage and the family*. 62 (4), 1288-1307. Recuperado de: http://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/M_Fine_Reinvestigating_2000.pdf
- Consejo Estatal Contra las Adicciones (S. f). Centros de Atención Primaria en Adicciones. Recuperado de: <http://www.ssm.gob.mx>
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- De Lucas Taracena, M. T., & Montañés Rada, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Adicciones*, 18(4), 377-386. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/334/333>
- Díaz, I. (1998). *Técnicas de la entrevista psicodinámica*. México: Ed. Pax México.
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT] (2017), Recuperado de: https://drive.google.com/file/d/1rMIKaWy34GR51sEnBK2-u2q_BDK9LA0e/view
- Erikson, E. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Ed. Paidós
- Estrada, A., Tabardillo, B, Everendo, O., Ramón, L. y Mejía A. (2014) El impacto del padre ausente en la vida de ocho estudiantes universitarias. *Integración Académica en Psicología*. (2) 5,111-124. Recuperado de: <http://integracion-academica.org>
- Fenichel, O. (1957) *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. México: Editorial Paidós.

Feeney, J. A., Noller, P. & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. En M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. (pp. 128–152).

Recuperado de: <https://books.google.com.mx>

Feeney, J., y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. España: Editorial Desclée de Brouwer

Fernández Hermida, J. y Secades Villa, R. (2000). La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807707>

Fiorini, H. (1973). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Argentina: Nueva Visión

Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Editorial ESP4XS

Freud, S. (1884): “Über coca”. En *Estudios sobre la cocaína*. Barcelona: Editorial Anagrama.

----- (1887): “Anhelo y temor de la cocaína”. En *Estudios sobre la cocaína*. Barcelona: Editorial Anagrama.

----- (1905). “Tres ensayos de una teoría sexual”. En *Obras Completas*, Tomo VII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

----- (1953). “Tótem y Tabú”. En *Obras Completas*, Tomo VIII. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.

Frosch, J. (1990). *Psychodynamic Psychiatry: Theory and Practice*. Portland: Book News.

Fundación Belén (s. f.). La teoría del apego: vínculo afectivo. Recuperado el 25 de octubre de 2015 de:

<http://fundacionbelen.org/taller-padres/teoria-del-apego-bowlby/>

García, P. (2012). Relación entre parentalidad, sintomatología depresiva y consumo de drogas en estudiantes de nivel medio superior. Tesis UNAM. Recuperado de:

<http://132.248.9.195/ptd2012/noviembre/300348053/Index.html>

Gayó, R. & Bustos, C. (2001). Toxicomanías desde una perspectiva psicodinámica. Recuperado de:
<http://www.apsique.cl/book/export/html/200>

Glover, E. (1956). On the etiology of drug addiction. *The International Journal of Psycho-Analysis*. Vol. 13. No. 13 Pp. 298-308. Recuperado de:
<https://search.proquest.com/openview/963d49949deb8f0fa277de749316dcd7/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1818729>

González de Rivera, J. (1993). Psicopatología psicodinámica de la drogodependencia. *Psiquis*. 14 (2): 61-70. Recuperado de: http://www.psicoter.es/art/93_A126_12.pdf

González, J. (S. f.). *Academia*. Recuperado el 05 de noviembre de 2015 de:
http://www.academia.edu/4755282/FUNCIONES_DE_LA_FAMILIA_EN_LA_SOCIEDAD_ACTUAL

González, L. y Tapia, L. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la comuna de concepción, Chile. *Terapia psicológica*. Vol. 24, N° 1, 5-14. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/html/785/78524101/>

González-Núñez J. J. (1996) *La imagen paterna y la salud mental del mexicano*. México: Editorial IIPCS.

González, R. (1995). *Psicoterapia del alcohólico y otros toxicómanos*. España: Editorial Científico-Técnica.

Gossop, M. (Ed.) (1989). *Relapse and addictive behavior*. Londres: Routledge

Guzmán, F. (2011). Analizan cambios en la familia mexicana. 04 de agosto de 2011. El universal. Recuperado de: <http://archivo.eluniversal.com.mx/cultura/66045.html>

- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524. Recuperado de: <http://cmappublic2.ihmc.us/rid=1LQ53SVWH-1P938YS-7KK/Romantic%20love%20conceptualized%20as%20an%20attachment%20process.pdf>
- Ibarreche, B. (2014). Psicoterapia psicodinámica breve en pacientes con trastorno límite de personalidad hospitalizados en la Unidad de Cuidados Especiales Psiquiátricos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. *Psiquis* 2014; 23(1): 14-19
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2011). Censo de Población y Vivienda del 2010. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx>
- Isella, S. (2002). *Tratamiento en drogodependencias*. Madrid.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2012). Mujeres y hombres en México. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101215.pdf
- Jiménez, J., y Chero, E. (2011). Comorbilidad psiquiátrica en pacientes internados en el servicio de varones del hospital Hermilio Valdizán. *Psiquiatría y salud mental*. 12(1). Disponible en: http://www.hhv.gob.pe/revista/2011/2011_1_02.pdf
- Kalina, E. (1987). *Temas de drogadicción*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- (1988). *Adolescencia y drogadicción*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, Colección Villa Guadalupe.
- (2000). *Adicciones: Aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Khantzian E. (1995). Self-regulation vulnerabilities in substance abusers: Treatment implications. *The Psychology and Treatment of Addictive Behavior*, ed. S. Dowling. Madison, CT: International Universities Press, pp. 17-42.

- Kneier, G. (1996). Importance of fathers. Recuperado el 05 de noviembre de 2015 de:
http://www.drgary.ca/Importance_of_Fathers.pdf
- Knight, R. (1937). The psychodynamics of chronic alcoholism. *Journal of Nervous & Mental Disease*.
 Volumen 86 - 5 - p.p. 538-548. Recuperado de: <https://books.google.com.mx>
- Kohut, (1971). Análisis del self. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kwakman, A. M., Zuiker, F. A., G. M. Schippers, y F. J. Wuffel (1987). Drinking behavior, drinking attitudes, and attachment relationship of adolescents. *Journal*. Vol. 17, 3, p.p. 247-253.
 Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007%2F01538165>
- Lafuente, M. y Cantero, M. (2015). Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Leichsenring, F. (2005). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *The international Journal of Psychoanalysis*. (86)3, 841-868. Recuperado de:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1516/RFEE-LKPN-B7TF-KPDU/abstract>
- León, S. (2013). El lugar del padre en psicoanálisis: Freud, Lacan, Winnicott. Chile: RIL Editores.
- Leveridge, M., Stoltenberg, C. y Beesley, D. (2005). Relationship of attachment style to personality factors and family interaction patterns. *Contemporary Family Therapy*, 27, 577-597. Recuperado de: <https://shareok.org/bitstream/handle/11244/5590/9817722.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Lucio, E., Ampudia, A., Durán, C. (1998). Manual para la administración y calificación del MMPI-A. Versión en español. México: El Manual Moderno
- McLanahan, S. & Sandefur, G. (1994). Growing up with a single parent: what hurts, what helps. Cambridge, MA: Harvard University Press. Recuperado de:
https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/D_Demo_Review_1996.pdf

Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.

En T. B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex

Mangerlsdorf, S., Gunnar, M., Kestenbaum, R., Lang S. & Andreas, D. (1990) Infant proneness-to-distress temperament, maternal personality, and infant-mother attachment: associations and goodness of fit. *Child Development*, (61), 820-831. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2364756>

Medina Siguero S. y Polaino-Lorente A. (1997, septiembre). Estilos de apego y diferencias entre las figuras materna y paterna. *Comunidad Educativa: Revista de actualización docente* (244). Recuperado de: http://www.vivirenfamilia.net/html/contenido.php?id_cont=25&id_tipo=1

Mestre, V; Samper, P. y García, P. (2001). Clima familiar y desarrollo del autoconcepto. Un estudio longitudinal en población adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Volumen 33, pp. 243-259.

Milrod BL, Leon AC, Busch FN, Rudden M, Schwalberg M, Clarkin J, Aronson A, Singer M, Turchin W, Klass ET, Graf E, Teres JJ, Shear MK. A randomized controlled clinical trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2007; 164:265–272. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17267789>

Miranda, J. (2012). Ven foco rojo en Ausencia del padre. 16 de junio de 2012. *El universal*. Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/853868.html>

Montilla, A. y Vilorio, Y. (2011). *Vinculación con la figura paterna en drogodependientes*. Tesis. Universidad Rafael Urdaneta. Venezuela. Disponible en: <http://200.35.84.131/portal/bases/marc/texto/3201-11-04313.pdf>

National Institute of Drug Abuse NIDA. (1999). Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-Based Guide. Recuperado de: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATIndex.html>

Noftle, E. & Shaver, P. (2005). Attachment dimensions and the big personality traits: Associations and comparative ability to predict relationship quality. *Journal of Research in Personality*, (40) 179–208. Recuperado de:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.460.9382&rep=rep1&type=pdf>

Olivera, Cecilia, Oppedisano, Paula, Fiocca Solimei, Laura Andrea y Barrera, Concepción Esmeralda (2011). LA EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA PSICODINÁMICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS DROGODEPENDENCIAS. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.academica.org/000-052/234.pdf>

Oñate, P. (1989). El autoconcepto. Formación, medida e implicación en la personalidad. Madrid: Ed. Narcea.

Organización Mundial de la Salud. (1993). Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10. México: Editorial Médica Panamericana.

----- (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de: http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

----- (2004). Invertir en salud mental. Recuperado de: <http://www.who.int/es/>

Otero, D. (2014). Representaciones de apego en adultos varones drogodependientes. Tesis Licenciatura. Lima Perú. Recuperado de: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/5601/OTERO_OYAGUE_DIEGO_REPRESENTACIONES_APEGO.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Ovejero, A. (2000). La adicción como búsqueda de identidad: una base teórica psicosocial para una intervención eficaz. *Intervención Psicosocial*. (9) 2. Págs. 199-215. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/63247.pdf>
- Parke, R. D. (1989). Social development in infancy: a 25- years perspective. En H. W. Reese (ed.), *Advances in child development*. Nueva York: Academic Press. Disponible en: <https://books.google.com.mx/>
- Pernalet, V. (2013, 16 de junio). México no crea suficientes estadísticas sobre los padres. *Códice Informativo*. Recuperado de: <http://codiceinformativo.com/2013/06/mexico-no-crea-suficientes-estadisticas-sobre-los-padres/>
- Polaino-Lorente, A. (1993). La ausencia del padre y los hijos apátridas en la sociedad actual. *Revista Española de Pedagogía*. (51) 196. pp. 427-461. Recuperado de: <https://revistadepedagogia.org/wp-content/uploads/2018/03/2-La-Ausencia-del-Padre-y-los-Hijos-Apatridas-en-la-Sociedad-Actual.pdf>
- Pruett, K. (2000). *Why father care is as essential as mother care for your child*. New York: The Free Press.
- Rado, S. (1933). El psicoanálisis de la farmacotimia (afición a las drogas). En S. Rado, *Psicoanálisis de la conducta* (pp. 73-89). Buenos Aires: Paidós.
- Ramírez, S. (1975). *Infancia es destino*. México: Editorial Grijalbo.
- (1977). *El mexicano, psicología de sus motivaciones*. México: Editorial Grijalbo.
- Ramsden, S. R. y Hubbard, J. A. (2002). Family expressiveness and parental emotion coaching: Their role in children's emotion regulation and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 657-667.

- Rivera, O. (1991). Interpretación del MMPI en psicología clínica, laboral y educativa. México: Editorial el Manual Moderno.
- Romero, A. (2016). Apego y depresión: una comparación por grupo de edad y estatus de pareja en Hidalgo. (1) 3, p. p. 91-98. Recuperado de: <http://www.revistas.ujat.mx/index.php/MHR/article/view/1552/1420>
- Rosenfeld, H. (1975) Estados psicóticos. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). What Works for Whom? A Critical. *Review of Psychotherapy Research*. Nueva York: Guilford Press.
- Rúa Milán, F. (2001). *Escolares*. Recuperado el 05 de noviembre de 2015 de:http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mV2JXe2dk_8J:www.escolares.net/files_trabajos/file/pdf/biologia/la_familia_el_abandono_del_padre_y_sus_consecuencias.pdf+&cd=5&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx
- Sánchez, J. (s. f.). Efectos traumáticos o disfunción Paterna en un grupo de hombres adictos al tratamiento. Federación Mexicana de Comunidades Terapéuticas. A. C. Universidad Veracruzana. Disponible en: <http://www.mundolibre.org.pe/conferencia/recursos/files/feb7/jorge-sanchez.pdf>
- Sánchez, R., Guisa, V., Cedillo, A., y Pascual, Y. (2002). Imagen del padre en varones usuarios de sustancias. *Actas Españolas de Psiquiatría*. Volumen 30(1), pp. 36-42. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/>
- Sánchez, E.; Tomás, V.; Climent, A. (1999). Trastornos de personalidad en adictos a opiáceos. *Adicciones*, [S.l.], v. 11, n. 3, p. 221-227. ISSN 0214-4840. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/604/593>.
- Sanchis, F. (2008). Tesis: Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes. Barcelona: Universidad Ramon Llull. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/9262>

Santander, S., Zubarew, T., Santelices, L., Argollo, P., Cerda, J. & Bórquez, M. (2008). Influencia de la familia como factor protector de conductas de riesgo en escolares chilenos. *Revista Médica Chile*. Volumen 136 p. p 317-324.

S. a. (2013). Guía amoroso. 15 de junio de 2013. Excélsior. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/comunidad/2013/06/15/904209>

S. a. (2014). “Estadísticas a propósito de... día nacional de la familia mexicana (2 de marzo)” datos nacionales. *CONACINTRA Boletín semanal* 18. Recuperado de: http://www.canacindraem.org.mx/boletines/2014/boletin19/images/boletin%20No%2018-dia%20intern%20de%20la%20familia_15may.pdf

Shaffer, D. R. (2000). *Social and personality development*. Belmon: Wadsworth.

Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. American Psychological Association. (63)2 p.p. 98-109 DOI 10.1037/a0018378. Recuperado de: <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-65-2-98.pdf>

Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.-M., Gemeinhardt, B. y Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development*, 9, 111-126. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17508312>

Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2, 23-47. Recuperado de: <http://www.allanschore.com/pdf/SchoreAttachHumDev.pdf>

Secades-Villa, R. y Fernández-Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/460.pdf>

Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. (2008). MODELO DE ATENCIÓN UNEME-CAPA “Centros Nueva Vida”. Recuperado de: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Serglan/Mis%20documentos/Nanny/UNEME_CAPA.pdf

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA], (2016). Informe SISVEA 2016.

Recuperado de:

http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2016.pdf

Sociedad Mexicana de Psicología. (1984). Código Ético del Psicólogo. México: Ed. Trillas

Sroufe, L. A. (1985). Attachment classification from the perspective of infant caregiver relationships and infant temperament. En Polaino-Lorente, A. (2003). Fundamentos de psicología de la personalidad. México: Ed. Instituto de Ciencias para la familia. Disponible en: <https://books.google.com.mx/books>

Thomas, A. y Chess, S. (1970). The Origin of Personality. *Scientific American*, pp. 102-109. Recuperado de: http://www.acamedia.info/sciences/sciliterature/origin_of_personality.htm

Torres, J. (2007), Comorbilidad de trastornos mentales y adicciones. *Liberaddictus*. Núm. 95. Recuperado de: http://sid.usal.es/ids/F8/ART11381/comorbilidad_trastornos_menales_adicciones.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], (2013). Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf

United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], (2017). Informe Mundial sobre las Drogas 2017. Recuperado de: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf

- Vargas, E. & Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: Una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*. (11). 115-134. Recuperado de: [file:///C:/Users/acer/Downloads/Dialnet-AdolescenciaRelacionesRomanticasYActividadSexual-3247077%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/acer/Downloads/Dialnet-AdolescenciaRelacionesRomanticasYActividadSexual-3247077%20(1).pdf)
- Winnicott D. (1975). El proceso de maduración en el niño. Barcelona: Ed. Laia.
- Wurmser, L. (1974). *Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use*. J. Am. Psychoanal. Assoc. 22:820-843. Recuperado de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/000306517402200407>
- Zambrano-Guerrero CA, Caicedo-Padilla DA, Matabanchoy-Tulcán SM. (2015). Revisión sistemática sobre el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). *Rev. Univ. Salud*. 17 (2):246-261. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000200010

ANEXO 2. Guion de Entrevista Semiestructurada

Guion de entrevista semiestructurada	
No.	Pregunta
1	¿Por qué razón estas aquí?
2	¿Cómo fue tu experiencia con las drogas?
3	¿Desde cuándo iniciaste el consumo?, ¿en qué situación?
4	¿Qué pasaba en tu vida en esa época?
5	¿Qué es para ti la droga?,
6	¿Qué significa para ti?
7	¿Qué sientes cuándo consumes?
8	¿Has tenido dificultades por tu consumo?
9	¿Cuál crees que fue la razón por la que empezaste a consumir?
10	¿Qué es lo más difícil del dejar de consumir?
11	¿Cuáles consideras que son los principales factores de protección ante las drogas?
12	¿Crees que los padres podrían ser un factores de protección ante las drogas?
13	¿Cuáles consideras que son los principales factores de riesgo ante las drogas?
14	Cuénteme algo sobre su familia con quiénes vive y sobre sus parientes más cercanos.
15	Me gustaría que describiera la relación con su padre y madre cuando era niño, tratando de recordar cuando usted era muy pequeño/a.
16	Trata de encontrar cinco adjetivos acerca de aquella relación con su padre y con su madre
17	¿Qué experiencias de su infancia le hicieron pensar en estos cinco adjetivos?
18	¿Con cuál de tus padres se sentía más relacionado/a y por qué?
19	Cuando era pequeño/a y se sentía mal, ¿qué hacía?, ¿qué sucedía? Trate de recordar alguna experiencia en la que se haya sentido molesto/a, mal.
20	¿Cómo describirías la primera experiencia en la que tuviste que separarte de tus padres?
21	¿Existe diferencia entre tu padre y tu madre?
22	¿Te sentiste alguna vez rechazado/a por tus padres? ¿Qué hiciste?
23	¿Cree que ellos se daban cuenta de que lo rechazaban? ¿Existe diferencia entre tu padre y tu madre?
24	¿Alguna vez te amenazaban, por disciplina o simplemente como broma?
25	¿Cree que tus experiencias infantiles han influido en tu vida?
26	¿Cuál es la relación actual con tus padres?
27	¿Cómo consideras que ha influido en ti tu padre?, ¿y tu madre?
28	¿Tu padre ha estado presente en tu vida?, ¿por qué?
29	¿Qué sientes por tu padre?
30	¿Tu madre ha estado presente en tu vida?, ¿por qué?
31	¿Qué sientes por tu madre?
32	¿Cuál crees que debería ser la función de cualquier padre?, ¿y de la madre?
33	¿Consideras que tu padre ejerce su papel?, ¿cómo?
34	¿Qué puedes decirme de ti mismo?, ¿cómo te describirías?
35	¿Qué piensan los demás de ti?
36	¿Cuáles consideras que son tus principales virtudes y defectos?
37	¿Cómo serías idealmente?

Vivencia del consumo

Apego
Adaptada del protocolo de entrevista de apego de George, Kaplan y Main elaborado en 1996, reproducida del manual no publicado por Casullo y Fernández (2004).

Percepción de padres y de sí mismo

ANEXO 3. Cuestionario de Estilos de Apego

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE APEGO

Nombre:

DATOS SOCIOECONÓMICOS

EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	NIVEL EDUCATIVO	OCUPACIÓN
------	------	--------------	-----------------	-----------

INSTRUCCIONES

Las siguientes afirmaciones ofrecen información sobre tu estilo de apego (forma de interacción con otros). Lee cuidadosamente cada afirmación y califica las afirmaciones en base a esta escala:

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| 1= Totalmente en desacuerdo | 3=Moderadamente en desacuerdo | 5= Fuertemente de acuerdo |
| 2= Fuertemente en desacuerdo | 4= Moderadamente de acuerdo | 6= Totalmente de acuerdo |

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE APEGO

Attachment Style Questionnaire (Ahumada, Arango de Montis y González, 2011)

	1	Por encima de todo pienso que soy una persona valiosa
	2	Soy más fácil de conocer que la mayoría de las personas
	3	Estoy seguro/a de que los demás estarán ahí cuando los necesite
	4	Prefiero depender de mí mismo/a que de otras personas
	5	Prefiero no ser sociable
	6	Pedir ayuda es admitir que uno ha fallado
	7	El valor de una persona se debe medir por sus logros
	8	Lograr las cosas es más importante que construir relaciones
	9	Hacer lo mejor de uno mismo es más importante que llevarse con los demás
	10	Si tienes un trabajo que hacer, debes hacerlo sin importar quien salga lastimado
	11	Agradarle a los demás me parece importante
	12	Evitar hacer cosas que a los demás les desagradan me parece importante
	13	Se me dificulta tomar decisiones sin saber lo que piensan los demás
	14	Mis relaciones con los demás generalmente son superficiales
	15	A veces pienso que no sirvo para nada
	16	Se me dificulta confiar en los demás
	17	Se me dificulta depender de los demás
	18	Pienso que los demás son reacios a acercarse tanto como me gustaría
	19	Se me facilita acercarme a los demás
	20	Se me facilita confiar en los demás
	21	Me siento cómodo/cuando dependo de los demás

	22	Me preocupa que a los demás no les importe como me importan a mi
	23	Me preocupa que las personas quieran acercarse a mi
	24	Me preocupa no estar a la altura de los demás
	25	Tengo sentimientos encontrados acerca de estar cerca de los demás
	26	A pesar de querer estar cerca de los demás, me siento intranquilo/a por ello
	27	Me pregunto por qué las personas quisieran involucrarse conmigo
	28	Para mí es muy importante tener relaciones cercanas
	29	Me preocupo mucho por mis relaciones
	30	Me pregunto cómo me las arreglaría sin alguien que me quiera
	31	Me siento confiado/a acerca de mi relación con los demás
	32	Me siento solo/a o abandonado/a muy seguido
	33	Me preocupa muy seguido que realmente no pertenezco a los demás
	34	Los demás tienen sus propios problemas así que no los molesto con los míos
	35	Cuando hablo de mis problemas con los demás generalmente me siento avergonzado/a
	36	Estoy muy ocupado/a con otras actividades como para invertir mucho tiempo en mis relaciones
	37	Si algo me está molestando los demás generalmente están al tanto y se preocupan
	38	Me siento confiado/a de que agradaré a los demás y de que me respetarán
	39	Me frustra que los demás no estén ahí cuando los necesito
	40	Generalmente los demás me dejan mal

ANEXO 4. Carta de Consentimiento Informado Parental



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Facultad de Psicología
Programa de Maestría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARENTAL



Fecha: _____ de _____ de _____.

El presente documento de consentimiento informado es para padres de adolescentes entre 15 a 17 años de edad, usuarios de los servicios del Centro de Rehabilitación Mi primer Amigo A. C. a quienes les solicitamos su participación en el proyecto de intervención: *Terapia Psicodinámica para Adolescentes Adictos con Ausencia Paterna*.

Mi nombre es Nancy Laura Curiel Martínez, soy psicóloga y estudiante de la maestría en psicología de la UAEM. Actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis en el Centro de Rehabilitación Mi primer Amigo A. C. Se requiere la participación de su hijo(a) para el presente proyecto.

El objetivo del proyecto es generar estrategias de resguardo ante las adicciones para adolescentes con ausencia paterna a través de la terapia psicodinámica.

El propósito es apoyar a los adolescentes en el afrontamiento del consumo de sustancias y otras estrategias que le ayudarán a mejorar sus relaciones interpersonales. La participación de su hijo(a) y de la facilitación de información por parte de usted me ayudará a crear estrategias de intervención en adicciones más eficaces para ayudar a otros adolescentes. Para ello solicito su consentimiento para que su hijo participe en el proyecto. Su participación en el estudio consistiría:

1. En colaborar contestando un cuestionario que evalúa los estilos de apego, es decir, la forma en que se relaciona consigo mismo y con otros. Así como en otros test de evaluación.
2. Posteriormente será entrevistado sobre algunos aspectos de su vida personal y familiar.
3. Una vez que su hijo(a) sea seleccionado como participante, en base a criterios previamente establecido, se integrará a la psicoterapia por un periodo de 3 meses, 12 sesiones en total, una vez a la semana. Se requiere que su hijo(a) asista a cada sesión de manera puntual y realice las dinámicas y actividades que se le soliciten.

La participación de su hijo(a) en el estudio es voluntaria, anónima y exclusivamente con fines académicos. Durante la psicoterapia se grabara el audio de la sesión, la cual se utilizara únicamente para el estudio. La información proporcionada será analizada y reproducida en la tesis, con fines de publicación de resultados académicos de investigación.

El beneficio directo que obtendrá su hijo(a) es el apoyo profesional para generar estrategias de resguardo ante las adicciones y el establecimiento de relaciones interpersonales más sanas. Así como el beneficio de la sociedad en general, ya que su participación me ayudará a diseñar estrategias de intervención y prevención de las adicciones, con la finalidad de reproducirlas en otros espacios terapéuticos. Finalmente, si usted acepta que su hijo(a) participe en el proyecto descrito, le pido asiente su consentimiento con su nombre completo y firma. No me queda más que agradecer su tiempo y consideración.

“Yo _____ he leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido

satisfactoriamente. Consiento voluntariamente que mi hijo(a) participe en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio a mi hijo(a) en cualquier momento”

Nombre del Participante _____

Nombre del Padre/Madre o Apoderado _____

Firma del Padre/Madre o Apoderado _____

Fecha (Día/mes/año) _____

Firma _____

ANEXO 5. Carta de Asentimiento para los Participantes

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS

Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Facultad de Psicología
Programa de Maestría

**CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha: _____ de _____ de _____.

Mi nombre es Nancy Laura Curiel Martínez, soy psicóloga y estudiante de la maestría en psicología de la UAEM. Actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis en el Centro de Rehabilitación Mi primer Amigo A. C. El objetivo del proyecto es generar estrategias de resguardo ante las adicciones para adolescentes con ausencia paterna a través de la terapia psicodinámica.

Para ello solicito tu participación. Dado que acudes al Centro de Rehabilitación Mi primer Amigo A. C. para solicitar sus servicios, te solicito integrarte dentro de la intervención en terapia psicodinámica para apoyarte en el afrontamiento del consumo de sustancias y otras estrategias que te ayudarán a mejorar tus relaciones interpersonales. Tu participación me ayudará a crear estrategias de intervención en adicciones más eficaces para ayudar a otros adolescentes como tú.

Tu participación en el estudio consistiría en colaborar en una entrevista así como tu participación contestando un cuestionario. Posteriormente se llevará a cabo el apoyo psicoterapéutico, que consiste en una sesión semanal durante 3 meses. Durante la psicoterapia se grabará el audio de la sesión, la cual se utilizará de manera confidencial y únicamente para el estudio.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus padres hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún inconveniente, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Toda la información que nos proporciones será tratada de manera confidencial. La información que proporcionaremos a tus padres será informada a ti en primer lugar y con la finalidad de garantizar tu integridad y bienestar.

Si aceptas participar, y estás consiente de los términos de tu participación, te pido que por favor lo indiques a través de tu nombre completo.

Nombre completo: _____

ANEXO 6. Resumen clínico individual

6.1. RESUMEN CLÍNICO PARTICIPANTE P1M

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Código: P1M

Ficha de identificación:

Edad: 16 años

Escolaridad: Primaria

Estado civil: Soltera

Tiempo de internamiento: 11 meses (segundo internamiento)

Ocupación anterior al internamiento: Sin ocupación previa

Motivo de internamiento: Conductas de riesgo y consumo de drogas

ANÁLISIS DE HISTORIA DEL CONSUMO: La participante inicia el consumo de alcohol a los 13 años, indicando que el motivo fue por pertenecer a un grupo social, ya que siempre se ha sentido excluida y rechazada tanto por su grupo de pares como por su familia. Inicia el consumo de alcohol con un grupo de amigos que la incitan a beber. Posteriormente conoce a un joven mayor que ella en un grupo de alcohólicos anónimos que frecuentaba, el cual se convierte en su novio, refiere que este fue el motivo del inicio de su consumo de marihuana, de igual manera indica que lo hizo para “que nunca me dejara el amor de mi vida”. Casi inmediatamente de haber iniciado la relación le anuncia a su abuela que se va a vivir con su novio, a lo cual indica, era común en el pueblo donde vivía, aun a su corta edad. Asocia también el desarrollo de su consumo con la necesidad de controlar sus emociones, ya que menciona que si algo la molestaba o le hacía sentir mal consumía, las razones más frecuentes eran porque se sentía enojada con su pareja, quien solía engañarla tanto con otras mujeres como con hombres. También relaciona su consumo con la necesidad de sentir que atemoriza a los demás para que no la humillen como lo hacían en su infancia, ya que su grupo de pares se burlaba de ella porque su madre padecía de sus facultades mentales, así como por el hecho de que su padre (en realidad padrastro) la abandonó. De igual manera, su familia cercana la humillaba porque desde muy joven sentía atracción tanto por hombres como por mujeres. Posteriormente comienza a inhalar PVC, ingerir “pastillas” (diferentes medicamentos) y finalmente consume “piedra”. Menciona que en una ocasión probó la heroína pero que fue días previos a que la internaran por primera vez a los 15 años, en donde permaneció durante 3 meses. Tras su salida regresó a vivir con su pareja pero tras otros conflictos tiene una recaída fuerte, por lo que la abuela decide internarla en otro estado, en el centro de rehabilitación en el que se encuentra actualmente, sin embargo se fuga y regresa a casa de su pareja. Meses después ella misma reconoce que no puede dejar de consumir y le pide a una amiga que la llevó nuevamente al centro de rehabilitación en el que permanece desde mayo del 2016. Atribuye a las drogas la posibilidad de fugarse de su vida real, así como el obtener una potencialidad, se vuelve mejor y es capaz de pertenecer. Percibe factor de protección ante el consumo de drogas el tener metas de vida, acercarse nuevamente a su familia, especialmente su abuela y el centro de rehabilitación. Y considera como factor de riesgo el volver a las calles y relacionarse con su anterior grupo de amigos adictos. Actualmente la madre se encuentra en estado de vagancia, cursando con una enfermedad mental no identificada, posiblemente alguna clase de psicosis, consume drogas y alcohol.

PERCEPCIÓN DEL PADRE: Existe una situación de abandono fuerte del padre. Considera su padre a su padrastro, ya que en realidad no conoció a su padre biológico, porque la participante es producto de una violación que sufre su madre. Este hecho es vivido como angustiante y traumatizante. La participante muestra un discurso contradictorio de su padre (padrastro), ya que menciona que era “perfecto”, le brindaba absolutamente todo y tenían una relación afectiva. Sin embargo, en otras sesiones de entrevista comenta que era militar y que en ocasiones era violento con la madre, y ella misma se ha sentido rechazada por él, ya que la abandonó tras enterarse de que su esposa (la madre de la participante) le había sido infiel. Sin embargo, tiempo después el padrastro vuelve con la madre y tienen un hijo, pero se van

ambos con el hijo a otro lugar, dejando a la participante con la abuela. Esta situación es vivida con mucho dolor y angustia, y en la entrevista se manifiesta en ocasiones con rabia, en otras les resta importancia desvalorizando a ambas figuras, padre y madre y en otras ocasiones hay una total negación del dolor. El padre entonces es vivido como totalmente bueno en ocasiones y totalmente malo en otras. Expresa sentir enojo con él por el abandono y al mismo tiempo le quiere y anhela su regreso, vive además con culpa el abandono, ya que fue ella quien le revela al padre la infidelidad de su madre. En cuanto a la madre los sentimientos son más constantes, de rabia, coraje y desvalorización.

APEGO: Buscaba constantemente aproximarse a sus padres en la primer infancia. Indica tener ansiedad ante los episodios en que se separaba de ambos padres, especialmente del padre. Sobre su forma de relacionarse ya en la adolescencia, se observa que es una adolescente que mantiene relaciones superficiales con los demás, ya que tiene un concepto muy pobre de sí misma, por lo que decide alejarse.

HALLAZGOS CLÍNICOS: Los constantes periodos de separación de ambos padres generaron en la adolescente un sentimiento de abandono y una sensación de vacío. La adolescente define su vida como dos periodos completamente distintos, antes y después del abandono de los padres, en donde antes todo era “perfecto”, mientras convivía con ambos, pero en especial con el padre, y otro periodo posterior, en que su vida se desmorona tras la partida del padre. Ha sido víctima de constantes agresiones y humillaciones tanto de su familia como de la comunidad donde creció. Su angustia manifestada en la entrevista es su preocupación por volver al núcleo familiar, especialmente con su abuela. Hay cierta conciencia del uso de drogas para mitigar el dolor así como para la pertenencia y aceptación. La participante ha tenido a lo largo de su vida varios intentos de suicidio, presenta conductas sexuales de alto riesgo y la conducta adictiva la ha puesto en tal situación de riesgo, especialmente al vivir por temporadas en situación de calle, por lo que ha sido objeto de una violación y constantes agresiones. Actualmente presenta la intención de rehabilitarse, sin embargo, es consciente de sus grandes dificultades por abandonar el consumo. Su relación de pareja más significativa está marcada por una dependencia emocional, en donde la relación gira en torno al consumo de sustancias, así mismo presenta violencia psicológica, ya que su pareja la engañaba con personas de su mismo sexo, lo cual mermó su autoestima y como consecuencia de los altibajos emocionales de la relación tuvo un intento de suicidio. Ha tenido otras relaciones posteriores, que también se enmarcan en relaciones pasivo-agresivas.

6.2. RESUMEN CLÍNICO PARTICIPANTE P2M

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Código: P2M

Edad: 15 años

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: Soltera

Tiempo de internamiento: 3 meses

Ocupación anterior al internamiento: Empleada

Motivo de internamiento: Conductas de riesgo y consumo de alcohol

ANÁLISIS DE HISTORIA DEL CONSUMO: La participante refiere que inicia el consumo de alcohol a los 13 años de edad, ingiriendo cerveza y tequila. Posteriormente prueba la marihuana, sin embargo no continua el consumo por los efectos adversos, que le ocasionan mareo y vomito. Asocia cómo motivo del consumo de alcohol las constantes discusiones con su madre y con su padre, así como las discusiones entre padre y madre. Considera que el alcohol es una sustancia más, descartándola como “vicio”, no presenta conciencia de enfermedad e incluso hay negación sobre las consecuencias de su consumo, como la conducta de riesgo al trabajar como mesera de un bar. El significado atribuido al consumo de alcohol es que permite “olvidar” el sufrimiento generado por el sentimiento de que sus padres no la “quieren”. Percibe como factor de protección ante el consumo de drogas y alcohol la presencia de la madre, y como factor de riesgo los problemas dentro de la dinámica familiar. Su padre es alcohólico y en la mayoría de los actos de violencia contra su madre o contra ella ha estado bajo los efectos del alcohol.

PERCEPCIÓN DEL PADRE: La presencia física del padre en la vida de la participante ha sido intermitente, a los 3 años de edad el padre abandonó a la familia. Posteriormente, cuando la participante tenía 14 años de edad regresó con su madre. Sin embargo, en este último año de su vida, refiere que el padre fue violento con la madre y con ella misma. Menciona diversos episodios de violencia física, mismo que terminan cuando la madre decide divorciarse del padre. Hace un año que se encuentran divorciados los padres. En ese último año la relación de la participante con su madre se volvió distante y violenta. Refiere que su madre la insulta constantemente, mencionando que la causa de esta agresión se debe a que “realmente nunca me ha querido”, atribuyendo esto a que la madre la “acusa” de ser “hija de su padre”, es decir, la identifica como hija del violentador, haciendo diferencias en el trato que ofrece a sus otras 2 hijas, quienes son hijas de otra persona, que en una época anterior de su vida, durante algunos años de la infancia de la participante, se hacía presente en la vida de las hijas (únicamente se relacionaba con sus hijas biológicas, no con la participante) y en la vida de la madre. La participante hace hincapié en el hecho de que por la relación que tiene con su padre, es que su relación con su madre se ha deteriorado, lo cual vive con angustia, tristeza, rabia y culpa. A raíz de estas constantes peleas con la madre la participante se fue a vivir un tiempo con el padre y con su nueva pareja (su madrastra), sin embargo este periodo fue breve ya que terminó con otro episodio de violencia de parte del padre, ante una desobediencia de la participante, quien salió de su casa sin permiso. Los sentimientos que refiere sobre su padre son de rencor y odio, sin embargo, deja ver cierto anhelo en función de los momentos en que hay “tranquilidad”, así como una tristeza al enterarse de que posiblemente no sea su padre biológico, noticia de la cual le informa su madre en una discusión, que le genera angustia y confusión. Identifica como función general de los padres (varones) el generar comunicación con los hijos y afecto, sin embargo, indica que su padre no cumple este papel.

APEGO: La relación conflictiva de los padres como pareja durante su infancia marcó una línea divisora en la relación, tanto con la madre como con el padre, cuando se encontraban juntos lo padres la participante tenía una mejor relación con ambos, pero cuando el padre se va esto genera un acercamiento mayor a la madre, posteriormente cuando su periodo de separación (de 11 años aprox.) termina y los padres deciden volver a iniciar su relación la dinámica vuelve a cambiar, ya que el padre comienza a tener

comportamientos violentos hacía la madre, y tras la constante intervención en las peleas de las participante por defenderla, el padre vuelva su agresión contra su hija. Sin embargo, al irse por segunda vez el padre, y cuando la madre consigue el divorcio definitivo, la madre ahora identifica a su hija con el agresor (el padre violento), afirmando que es “igualita que su padre”, y su relación ahora se vuelve violenta, lo cual generó en la participante síntomas depresivos y aislamiento social. Sus relaciones en la adolescencia se vieron afectadas, únicamente posee algunos amigos mayores que ella que son quienes le acercaron al alcohol y nunca ha establecido un noviazgo, porque teme que se convierta en una relación más cargada de problemas.

HALLAZGOS CLÍNICOS: La participante menciona que previo al consumo de alcohol, se sentía sumamente triste y angustiada, por diversos factores: el abandono del padre; las discusiones constantes con la madre; saber que posiblemente no es hija biológica de su padre; y saberse no deseada por la madre (la madre se lo dice en otra pelea). Motivos tales que en el último año la llevan a intentar suicidarse, lo cual fue impedido por la abuela, figura que ha sido presente en su vida. La participante ha podido asociar este sufrimiento al consumo de alcohol, indicando que es una forma de olvidarse de este dolor, así como de olvidarse de la culpa que siente al respecto. Sin embargo, tal asociación no está consolidada, pues en diferentes momentos de la entrevista presentaba una fuerte negación al reconocimiento de estos hechos, y en otras si permitía la salida de estas asociaciones así como de los afectos que conlleva.

6.3. RESUMEN CLÍNICO PARTICIPANTE P3M

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Código: P3M

Edad: 17 años

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: Soltera

Tiempo de internamiento: 6 meses (segundo internamiento)

Ocupación anterior al internamiento: Sin trabajo previo

Motivo de internamiento: Conductas de riesgo y consumo de drogas

ANÁLISIS DE HISTORIA DEL CONSUMO: La participante inicia el consumo de marihuana a los 15 años de edad, volviéndose un consumo diario. Un año después cambia de sustancia de elección al PVC, la ingesta inició con una frecuencia de inhalación por semana hasta llegar a la ingesta diaria. Asocia como motivo del consumo la tristeza que le generaba las discusiones con su madre, ya que está no le permitía convivir con su familia materna por problemas que la madre sostiene con ellos. Posteriormente la participante asocia su consumo con algunas otras dificultades en la relación con la madre, tales como las diferencias acerca del cómo vivir su vida. Menciona que para ella la marihuana es como “no sentir”, y el PVC lo confirma, ya que dice que indica que al inhalarlo “se me olvidaba todo” y que le permitía el no pensar. Asoció también que durante el consumo sentía resentimiento y odio hacía su madre por no permitirle vincularse con su familia materna y por haber “corrido” a su hermana. Presenta conciencia de enfermedad, e intención de rehabilitarse. Percibe como único factor de protección ante el consumo de drogas la ayuda de Dios ya que menciona que otros padres podrían funcionar como protección, pero que los padres de ella no. Menciona como factor de riesgo su grupo de pares. El padre de la participante es consumidor y distribuidor de drogas, razón por la cual actualmente cumple sentencia en el CERESO de Atlacholoaya.

PERCEPCIÓN DEL PADRE: Hay una marcada ausencia del padre en la vida de la participante. Refiere que la abandonó cuando tenía un año de edad, volviendo por un periodo breve cuando tenía 5 años. Fue hasta los 9 años de la participante que mantiene una relación esporádica, pasando periodos de hasta una semana con la participante y su hermana, o llevándolas a la ciudad donde el padre vivía. Menciona que en la etapa de la secundaria vuelve nuevamente a habitar con ellas, hasta que es arrestado por conductas delictivas asociadas a distribución de drogas. También menciona que no sabe con exactitud la situación legal de su madre respecto a su padre, es decir, si se encuentran separados o divorciados. Sobre los afectos expresados por la participante se observa ambivalencia, es decir, hay un constante intento por minimizar el impacto vivido por su ausencia, sin embargo, en momentos permite ver la carga emocional real, manifestando enojo y resentimiento. Incluso llega describir su relación como “buena” y de inmediato es consciente de la contradicción y vuelve a encasillar la relación como “mala” relatando que incluso hubo situaciones de agresión física y que no la quiere. No hay relación actual con el padre. La participante expresó que se siente más relacionada con su madre porque “no podía irse con su papá”, sin embargo, la relación con la madre tanto en la infancia como actualmente también ha sido de constantes discusiones y agresiones tanto físicas como verbales. Sobre la función de los padres (varones) indica que considera que deben procurar comunicación y confianza a los hijos y menciona que su padre no cumple esa función. Sobre los sentimientos sobre su padre refiere que siente “nada” porque no ha estado presente, sin embargo, menciona que en su infancia solía preguntarse lo qué sería tener un papá, el por qué las abandonó y el por qué su madre tenía que estar sola, lo cual manifiesta con angustia y tristeza.

APEGO: La participante tuvo un acercamiento mayor con su madre durante toda la infancia. Describe su relación como “buena”, haciendo referencia únicamente a que poseían una situación material estable y a que la madre le proporcionaba muchos juguetes y bienes. Sin embargo, al crecer, la disciplina se fue tornando autoritaria y violenta, especialmente por los problemas académicos de la participante, lo cual no

satisfacía las expectativas de la madre. La participante menciona que nunca sufrió ansiedad al separarse de sus padres en los periodos breves que convivió con su padre. Ya en la adolescencia su forma de relacionarse con los demás implica una desconfianza general, tiende a marcar su distancia y trata de no vincularse emocionalmente con los que la rodean. Actualmente tiene una relación de noviazgo marcada por la dependencia, tanto emocional como a las sustancias, es decir, los une el consumo a la droga, y la participante afirma que ella es capaz de “salvar” a su novio de su adicción, aun cuando ella misma no lo ha conseguido. Al profundizar en el tema de su relación la participante no muestra un afecto real hacia su pareja sino un intento por demostrar, especialmente a la madre, que ese vínculo no es toxico.

HALLAZGOS CLÍNICOS: La principal fuente de angustia de la participante es la relación conflictiva con la madre, relación que se ha agravado en los últimos años. Otra de las fuentes de sufrimiento de la participante es la relación con su novio, ya que se pregunta si es una buena alternativa como pareja ya que es un joven que tiene una adicción. La participante reconoce que esta relación ha sido reforzadora de su propio consumo, sin embargo, de inmediato justifica su relación y racionaliza sus propios motivos de consumo. En cuanto a su relación de noviazgo indica que le provee de atenciones y protección, así como una sensación de seguridad que no había experimentado. La participante de manera incipiente asocia su consumo con la necesidad de “anestesiarse” del dolor psíquico que supone la relación afectiva con su madre, y con su novio principalmente. En las últimas sesiones de entrevista manifestó cierto sufrimiento emocional por la pérdida del padre pero que es rápidamente encubierto por mecanismos defensivos.

6.4. RESUMEN CLÍNICO PARTICIPANTE P4H

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Código: P4H

Edad: 16 años

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: Soltero

Tiempo de internamiento: 3 meses

Ocupación anterior al internamiento: Sin ocupación previa/ayudante en panadería de padres

Motivo de internamiento: Consumo de drogas y conductas delictivas

ANÁLISIS DE HISTORIA DEL CONSUMO: El participante inicia el consumo de alcohol a los 13 años de edad, ingiriendo cerveza en una fiesta en donde se emborracha durante toda la noche indicando que la razón de tal consumo fue porque en esta tarde tuvo una discusión con su madre que terminó en que ella lo corriera de su casa, por lo que anduvo deambulando esa noche, hasta que un amigo lo encontró a altas horas de la noche y lo llevó a una fiesta, donde ingirió cerveza hasta embriagarse, no regresó a su casa, se fue a vivir con su abuela durante 2 semanas. El consumo de drogas inicia a los 14 años, prueba por primera vez la marihuana con un vecino que posteriormente se convierte en su principal proveedor. Posteriormente prueba el PVC por periodos intermitentes, de aproximadamente 2 a 3 semanas de consumo diario y dos a tres semanas sin consumo. Meses después inicia el consumo de cristal el cual sólo dura alrededor de 3 meses ya que de manera drástica baja 4 a 5 kilos por mes, razón por la cual deciden dejar de consumir cristal y continúa únicamente el uso de la marihuana y del PVC. A los 15 años cuando ingresa a la preparatoria comienza el mismo a distribuir la marihuana y a vender durante fiestas el PVC. En el último año el consumo del PVC se intensificó. Presenta problemas de conducta asociados al consumo de las drogas tales como la inasistencia a la escuela, constantes peleas tanto con sus iguales como al interior de la familia, robo de dinero a la familia para consumir y situaciones de riesgo como enfrentamientos entre distribuidores minoristas de drogas en su colonia. Asocia como motivo por el cual inicia el consumo la soledad en la que se encontraba, así como sensación de vacío ya que indica que al fumar desaparecían tales sensaciones. De igual forma asocia su consumo con los problemas emocionales que presentaban en esa época de su vida, especialmente las constantes discusiones con su madre. El significado que atribuye a las drogas es la capacidad de regulación de las emociones ya que afirma que la marihuana le ayuda a pensar, a reflexionar sobre sus problemas e incluso a encontrar una solución, por ejemplo, indica que la marihuana le ayudó a superar la pérdida de su abuelo cuando éste falleció ya que posibilitó que “olvidara “la tristeza que sentía. Es consciente de que tiene un problema con el consumo de drogas y posee la intención de cambiar, sin embargo, presenta al mismo tiempo deseo por continuar consumiendo sobre todo por la presencia de la ansiedad que implica la desintoxicación dentro del centro. Identifica como posibles factores de protección ante el consumo la comprensión que puedan brindar los padres a los hijos y la provisión emocional más que material que puedan otorgarles. Como factores de riesgo identifica factores emocionales tales como la soledad y la depresión.

PERCEPCIÓN DEL PADRE: La presencia física del padre ha sido constante desde su nacimiento hasta la actualidad. Sin embargo la relación con el padre ha sido distante, dura y fría y afirma incluso que no le guarda respeto, ya que las reglas y castigos los impone la madre. Considera que la influencia mayor que ha tenido su padre es con el ejemplo nombrando únicamente el hecho de que el padre también consume alcohol durante todas las noches. Sobre los afectos expresados hacia el padre menciona indiferencia, para él es como una persona más. Sin embargo, si muestra enojo contra él ya que menciona que le molesta de padre su incapacidad para enfrentar a su madre ya que él considera que en constantes ocasiones la madre ha sido injusta y severa llegando al grado incluso de agredirlo físicamente sin que el padre intervenga de ninguna manera. Sobre la relación con la madre el participante se siente identificado con ella ya que asegura tener exactamente el mismo carácter, afirma que ambos son soberbios y que quieren hacer las

cosas a su manera, razón por la cual tienen constantes peleas. Se encuentra resentido con ella por haberlo ingresado al centro y por los constantes rechazos previos y durante su consumo.

APEGO: Durante su infancia presenta un acercamiento mayor a la madre dado que el padre trabajaba jornadas completas. Menciona que no le gustaba separarse de ella. Sin embargo, a partir de los 8 años de edad comenzó a tener dificultades en su relación con la madre, sobre todo por su comportamiento, por lo que la madre comienza a disciplinarlo con golpes, situación que genera que la abuela intervenga, en algunas ocasiones el participante dormía semanas en casa de la abuela, lo que causaba el disgusto de la madre haciendo mayor su lejanía. Ya en la adolescencia refiere que la relación con su madre es conflictiva, aunque le guarda respeto y menciona que ella es la autoridad en su familia. En cuanto a su forma de relacionarse en la adolescencia, posee relaciones sociales marcadas en un contexto de “negocios” por la droga, sin afectos de por medio. No tiene interés en establecer relaciones más profundas y nunca ha mostrado la intención de formalizar un noviazgo, ya que prefiere estar solo. Constantemente desconfía de las intenciones de los otros y tiende a utilizarlos para sus propios fines.

HALLAZGOS CLÍNICOS: Parte de los antecedentes del participante es el diagnóstico de depresión durante el periodo de la secundaria motivo por el cual los padres lo llevan a consulta psicológica, presentaba desmotivación por las actividades que realizaba, incapacidad de sentir placer, fatiga constante y aislamiento social. Ya en la infancia había iniciado varios tratamientos psicológicos sobre todo por los problemas de conducta. El participante menciona haber tenido durante diversos periodos de su vida pensamientos sobre la muerte sin llegar a constituir ideación suicida. Refiere diferentes episodios de violencia física entre varios miembros de su familia, peleas entre hermanos, discusiones y agresión física tanto con la madre como con el padre.

6.5. RESUMEN CLÍNICO PARTICIPANTE P5H

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Código: P5H

Edad: 17 años

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: Soltero

Tiempo de internamiento: 6 meses

Ocupación anterior al internamiento: Sin ocupación previa

Motivo de internamiento: Consumo de drogas y conductas delictivas

ANÁLISIS DE HISTORIA DEL CONSUMO: El participante inició el consumo de alcohol a los 12 años de edad. A los 15 años, durante la secundaria, inició el consumo de marihuana y meses después comenzó a inhalar solventes (PVC). A los 16 años comenzó a vender drogas en su colonia, distribuyendo marihuana y cocaína, llegando a constituirse en uno de los principales narcomenudistas de esa zona, situación que causó una persecución policiaca por la que tuvo un accidente en motociclista, sin embargo, su madre logró que no se presentaran cargos. Estableció una especie de liderazgo, llegó a pagar a otras personas para garantizar su propia seguridad. Posteriormente, inicia el consumo de metanfetamina (cristal) y cocaína (piedra), el periodo de consumo de estas sustancias fue un mes aproximadamente hasta que es internado. De todas las drogas que llegó a consumir la de mayor duración y frecuencia en su uso fue los inhalantes (PVC). Asocia a la venta de droga una potencialidad, es decir la capacidad de otorgarle el dinero, para conseguir el poder, posición y una identidad que nunca ha experimentado al interior de su familia. Así como la necesidad de “llenar un vacío” generado por las experiencias de su pasado, refiriéndose a los conflictos y agresiones en la familia. El significado que atribuye a la marihuana es la capacidad de relajarse y le da la capacidad de “solucionar” sus problemas. En cuanto al PVC lo asocia con la regulación de emociones, especialmente el enojo, y el miedo, ya que “le da valor”. El padre presenta problemas derivados de su consumo de alcohol y destina una gran cantidad de su ingreso económico a su consumo. La madre presenta una conducta adictiva de juego, en máquinas tragamonedas de diferentes casinos en la ciudad. Se identifica una necesidad de la madre de perpetuar su “negocio” de drogas ya que inconscientemente obtiene de su hijo tanto una situación económica ventajosa como la posibilidad de culpar a un tercero de sus problemas de pareja.

PERCEPCIÓN DEL PADRE: La presencia física del padre es constante. Ha vivido con el participante durante toda su infancia y adolescencia, sin embargo, menciona que casi no estaba presente en la casa. Actualmente, la relación con el padre es conflictiva, le educó con disciplina autoritaria y agresiones, no lo respeta ni lo considera autoridad. Lo percibe como, violento, menciona que no existe una comunicación significativa con él. Los sentimientos hacia el padre se caracterizan por enojo, resentimiento y miedo. Considera que su padre no ejerce por completo su función, ya que solo considera que provee económicamente en algunas ocasiones, y considera que no establece comunicación con él, ni ejerce autoridad.

APEGO: Durante su infancia tuvo un acercamiento mayor a su madre, siempre buscaba el contacto con ella y manifiesta que no le agradaba separarse de ella. Afirma que la dinámica familiar era de unión y afecto durante el periodo que vivieron en el pueblo, con la familia materna, indicando que tras su mudanza a la ciudad por motivos de trabajo del padre, la situación cambió. En algunos periodos en que convivió únicamente con uno de los padres porque se iban a E. U., él pasaba el tiempo con su padre o su madre y disfrutaba de ese tiempo, aunque extrañaba al padre que no estuviera con él. El padre fue quien le enseñó a cocinar, gusto que continua hasta hora, ya que quiere ser chef. Durante su infancia en la ciudad, ambos padres comenzaron a distanciarse de él, dando preferencia a los hermanos mayores y educándolo con base en castigos severos y agresiones físicas. Al experimentar tristeza o enfado por alguna situación prefería estar solo, se iba al río para distraerse de tales situaciones. La relación con el padre se volvió

afectivamente distante, mientras que se estrechaba con su madre. Ya en la adolescencia el participante comenzó a otorgar a su madre el afecto, dinero, apoyo y protección que consideraba que su padre ya no le otorgaba. En cuanto a sus relaciones interpersonales, estas son de carácter utilitario, únicamente por negocios y con dificultades importantes para mantenerlas, muestra comportamientos paranoides, sobre todo desconfía constantemente de los demás. Mientras que en sus relaciones de pareja tiende a tomar el papel de proveedor.

HALLAZGOS CLÍNICOS: Su principal fuente de angustia es la relación triangular madre-padre-hijo. También expresa constantemente sentimientos de envidia hacía sus hermanos por el afecto de los padres. Tiene síntomas depresivos como anhedonia, desmotivación y angustia constantes. Ha presentado un intento de suicidio durante el periodo que salió de su casa. Estuvo bajo tratamiento psicológico durante su infancia por su comportamiento. En la dinámica familiar se determinó que existe violencia física y psicológica. Sus hermanos mayores abusaban físicamente de él. Su padre ejerce su autoridad mediante el uso de violencia física y psicológica hacía los hijos y también existe violencia doméstica. El participante manifiesta que no buscaba defenderse ni sentía nada al recibir las agresiones, lo cual parece indicar una necesidad de auto agredirse exponiéndose, incluso provocando la violencia de los hermanos y el padre, con la ganancia de generar en ellos coraje, es decir, los ha interiorizado e intenta destruirlos desde su interior.

6.6 RESUMEN CLÍNICO PARTICIPANTE P6H

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Código: P6H

Edad: 17 años

Escolaridad: Preparatoria

Estado civil: Soltero

Tiempo de internamiento: 3 meses

Ocupación anterior al internamiento: Checador de transporte público

Motivo de internamiento: Consumo de alcohol

ANÁLISIS DE HISTORIA DEL CONSUMO: El participante inició el consumo de alcohol a los 15 años durante la secundaria, antes de esta edad ya había probado en diferentes ocasiones tequila y cerveza. El alcohol de su elección es cerveza llegando a consumir de 7 cervezas hasta dos a tres cartones de cerveza por ocasión. También consume con menor frecuencia whiskey, 2 a 3 copas por ocasión. Las últimas ocasiones, ya consumía hasta emborracharse (ha llegado a perder el conocimiento). El consumo de riesgo inició a los 16 años presentando diferentes dificultades como un accidente en su motocicleta, diferentes discusiones con sus amigos, y en una ocasión cacheteó a una chica que lo acompañaba. Ha probado distintas drogas, a los 16 años probó cocaína, piedra e inhalantes (PVC). Asocia consumir alcohol con tener prestigio y poder. También menciona que el alcohol lo tranquiliza. Siente una especie de poder al embriagarse “como fuego” que le posibilita hacer cosas que no realiza sobrio.

PERCEPCIÓN DEL PADRE:

La presencia física del padre ha sido contante, aunque el participante considera que no tienen una relación afectiva, ya que no se interesaba por él o por los otros miembros de la familia. Percibe a su padre como hipócrita, ya que tuvo otra familia, situación que no le perdona, además le tiene resentimiento porque solía golpearlos al disciplinarlos. Por lo cual no lo respeta, no lo considera autoridad y cree que no ejerce su función de proveedor económico para garantizar que su madre no tenga que trabajar y pueda atender la casa. Los sentimientos hacia el padre son ambivalentes, por una parte siente resentimiento por los conflictivos al interior de la familia, y por otra parte siente afecto hacia él. El padre es quien decide internar al hijo.

APEGO: Durante la infancia tuvo mayor acercamiento a su madre, cuando tenía cualquier problemática recurría a ella, por lo que considera que siempre le ha apoyado, incluso afirma que lo “sobreprotege”, por lo que la tiene “en un altar”. Considera que la relación era distante con el padre, tanto porque su trabajo le exigía estar horas lejos de la casa, como por su falta de interés generan en él, y en los demás miembros de la familia. Ya en la adolescencia sus relaciones con otros significativos implican el uso de dinero para mantener a las personas a su lado, especialmente sus parejas, así como la necesidad de humillar a los demás para que estas no le humillen a él.

HALLAZGOS CLÍNICOS: No existe conciencia de enfermedad y hay fuertes resistencias al tratamiento. Tiende a racionalizar sus actos y a devaluar/adular a las personas de acuerdo con su conveniencia para alcanzar sus objetivos. La causa de su angustia es la relación con los padres, tanto su necesidad de satisfacer las expectativas de la madre y la necesidad de resolver sus conflictos con su padre.

6.7. RESUMEN CLÍNICO PARTICIPANTE P7M

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Código: P7M

Edad: 16 años

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: Soltera

Tiempo de internamiento: 3 meses

Ocupación anterior al internamiento: Sin trabajo previo

Motivo de internamiento: Consumo de drogas

ANÁLISIS DE HISTORIA DEL CONSUMO: La participante refiere que inicia el consumo de alcohol a los 14 años. Posteriormente inicia el consumo de marihuana. A los 15 años, comienza inhalar PVC. Su madre descubre su consumo, por lo que decide enviarla a vivir con su padre, en Aguascalientes, es entonces cuando la participante conoce a sus dos medios hermanos, inicia una relación de pareja con el hermano mayor, y es con él con quien inicia el consumo de metanfetaminas (cristal), tal consumo se agudiza por los siguientes 3 meses, hasta que el padre lo descubre, por lo que la golpea y la envía de regreso a vivir con la madre.

Menciona que comenzó a inhalar PVC porque quería pertenecer a un círculo social al cual pertenecía un chico que se convertiría en su novio, el cual era 4 años mayor que ella. De igual manera, indica que el consumo de cristal fue para congraciarse con el medio hermano mayor, con quien mantuvo un noviazgo, la frecuencia del consumo llegó a ser diaria durante 3 meses. No presenta conciencia de enfermedad. Asocia como motivo del consumo de marihuana la necesidad de “relajarse” y el consumo del PVC para “perder la conciencia”, contrarrestando los efectos de una droga con la otra, logrando así una regulación del estrés y displacer emocional. Refiere que el consumo del cristal le permite obtener mayor confianza en sí misma para poder socializar, ya que se considera a sí misma con pocas habilidades y cualidades para relacionarse con los demás. Afirma que con las drogas “no me importan las emociones de los demás ni lo que me digan, cuando en realidad si me importa”. Considera lamentable el necesitar de una sustancia para sentirse segura y confiada, así como para socializar. Su dependencia al cristal la ha llevado a utilizar su cuerpo como forma de pago por la droga. Incluso su plan de vida es convertirse en una “hermosa mujer con un cuerpo perfecto” para trabajar como bailarina exótica y garantizarse el dinero suficiente para mantener un estilo de vida que le permita continuar consumiendo. Refiere que su madre fomenta su consumo, ya que es ella quien suministraba la marihuana, ya que tanto ella como su pareja actual son consumidores y su pareja cultiva plantas de marihuana, ambos mantienen una ideología liberal sobre la marihuana y afirman que es favorable que ella consuma en casa, para evitar que consuma en otros lugares. Sobre la actitud de su padre hacía las drogas, menciona que trata de reemplazar su adicción a las drogas con comida, ya que negocia con ella con comida para fomentar su rehabilitación.

PERCEPCIÓN DEL PADRE: La presencia física del padre en la vida de la participante ha sido inconstante, ya que durante la infancia tuvo escaso contacto con ella, es hasta la adolescencia en que el contacto se hace mayor, y es hasta el último año en que la madre decidió que la participante viviera con su padre, en donde ella inicia el consumo del cristal.

La relación con su padre es distante emocionalmente, siente afecto por él y considera positivo el hecho de que no exista contacto constante ya que indica que de esta manera no hay conflictos. Sin embargo, en los meses que vivieron juntos hubo varios episodios de violencia por parte del padre, ya que utiliza la violencia como castigo por el consumo de drogas. Considera que su padre no ha estado presente en su vida, e indica que no tiene recuerdos sobre su infancia con él, también menciona que su padre no ha cumplido su función: “guiarla en el camino”. La relación con la madre es más cercana, físicamente ha estado presente toda su vida. Sin embargo en la actualidad han tenido conflictos, sobre todo a raíz del consumo de la participante. El principal motivo del descontento de la participante con su madre es el hecho de que siente que no puede confiar en ella, ya que afirma que su madre la “encerró en

rehabilitación” porque prefirió su libertad ya que constantemente le reprocha el no tener tiempo para ella misma por el consumo de la participante.

APEGO: La participante refiere que durante su infancia mantuvo poco contacto con su padre, situación que le generaba en un principio tristeza, sin embargo, menciona que durante su adolescencia desapareció este sentimiento, y expresa sentir indiferencia por él más que rencor por haberla rechazado. En cuanto a la madre menciona que desde la infancia es con ella con quien tiene mayor acercamiento, sin embargo, poco antes de la adolescencia su madre cambió su comportamiento a raíz de su relación con su pareja actual, apartándola de su vida. Los periodos de separación que ha atravesado tanto con su madre como con su padre han sido experimentados en primera instancia con angustia y posteriormente con evasión. Actualmente la adolescente presenta conductas ansiosas hacia el contacto con los demás y un autoconcepto negativo.

HALLAZGOS CLÍNICOS: La participante menciona que el consumo de las drogas no le perjudica a ella, sino que al consumirla daña a su madre, como si fuera capaz de destruirla desde su interior, lo cual indica su necesidad de “devorarla” para destruirla, una identificación introyectiva con respecto a su madre. Refiere inconformidad con su imagen corporal y en su discurso se identificaron posibles indicadores de trastornos alimenticios.

6.8. RESUMEN CLÍNICO PARTICIPANTE P8M

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Código: P8M

Ficha de identificación:

Edad: 15 años

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: Soltera

Tiempo de internamiento: 3 meses

Ocupación anterior al internamiento: Estudiante

Motivo de internamiento: Consumo de drogas

ANÁLISIS DE HISTORIA DEL CONSUMO:

La participante inicia el consumo de alcohol y marihuana a los 14 años durante su primer año en la secundaria, posteriormente comenzó a inhalar PVC, en segundo de secundaria, a los 15 años su consumo se intensificó llegando a ser diario, de igual forma el consumo de alcohol aumentó hasta emborracharse de manera habitual, la participante refiere que en su casa siempre había disponible alcohol ya que su padre, su tío y su abuela también son consumidores. Probó cocaína en cuatro ocasiones. La adolescente menciona que inició el consumo de alcohol porque deseaba evadir los conflictos que tenía con su familia, especialmente con su padre. El padre es alcohólico y ha violentado a la participante bajo los efectos del alcohol. Indica que la droga es la sustancia que la hace olvidar sus conflictos y que le hace perder su voluntad. Indica que solo en estado de intoxicación puede reflexionar y hacerse responsable de sus actos, menciona incluso que bajo el efecto del PVC se “regaña a sí misma”, y lo contrarresta con la marihuana que le proporciona una sensación de bienestar. Menciona como factor de protección ante el consumo el estar anexada, es decir, solo bajo el control exterior se considera capaz de dejar de consumir (locus de control externo) y como factor que propicia el consumo la exposición a las drogas y las frustraciones que generan los padres con las exigencias como el estudiar.

PERCEPCIÓN DEL PADRE: La presencia física del padre en la vida de la participante ha sido constante, sin embargo la participante percibe en él mayores características negativas, considerándolo inconstante, irresponsable y agresivo, así mismo indica que no establecía reglas, ni se muestra afectuoso. Además el padre ha tenido varios episodios de violencia contra ella. La participante tiene sentimientos negativos hacia él, tales como resentimiento y coraje. Menciona que su padre la ha rechazado y agredido en varias ocasiones, por lo que tiende a sentirse culpable y se disculpa con ella cuando se encuentra en estado de intoxicación por alcohol. La actitud del padre sobre el consumo de la participante ha sido contradictorio, por un lado le ha prohibido seguir consumiendo y decidió internarla en el centro de rehabilitación, y por el otro lado, perpetua su comportamiento, en una ocasión incluso fue él quien la invitó a tomar.

APEGO: Menciona que durante la infancia ambos padres fueron severos con ella, y solían mostrarle rechazo constantemente. Cuando ella tenía alguna falla la madre se mostraba impaciente y severa, solía castigarla físicamente y el padre la agredía verbalmente diciéndole constantemente que se avergonzaba de ella, incluso ante faltas menores como ejemplo menciona con gran resentimiento una ocasión: “una vez, cuando tenía dos años, me hice pipi, mi mamá me jaló del brazo y me bañó con agua fría”. Actualmente, se preocupa constantemente por sus relaciones, tiene problemas para mantener relaciones profundas.

HALLAZGOS CLÍNICOS: Durante su infancia, cuando se sentía angustiada o tenía miedo no solía recurrir a sus padres, sino que se aislaba y lidiaba con sus conflictos ella misma, con forme creció desarrolló diversos mecanismos para manejar sus emociones, a los 11 años de edad cada vez que se sentía triste o enojada se cortaba los muslos de la piernas, situación que paró cuando comenzó a beber y a drogarse. La participante ha tenido explosiones de ira en donde golpea la pared cuando se siente frustrada o enojada e incluso ha tenido pensamientos sobre la muerte, e ideación suicida.

6.9. RESUMEN CLÍNICO PARTICIPANTE P9H

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Código: P9H

Edad: 15 años

Escolaridad: Primaria

Estado civil: Soltero

Tiempo de internamiento: 11 meses

Ocupación anterior al internamiento: Sin ocupación previa

Motivo de internamiento: Conductas delictivas y consumo de drogas y alcohol

ANÁLISIS DE HISTORIA DEL CONSUMO: El participante se encuentra internado por intervención del DIF quién sugirió su tratamiento en adicciones de manera inmediata debido a los diferentes robos que había cometido el adolescente. La familia está condicionada a cumplir con los requerimientos del centro de rehabilitación por medio de un acta legal. El participante comenzó a fumar tabaco a los 10 años y a los 12 años de edad inició el consumo de la marihuana durante el tiempo que vivió con su madre, hermanos y con su abuelo, quién cultivaba la marihuana con fines medicinales y recreativos. El consumo de alcohol lo inició durante el período que se fue a vivir con su padre, porque tuvo un conflicto con su madre, ya que afirma que “lo corrió de la casa”, inició con cerveza y posteriormente consumió otros alcoholes en menor medida. Finalmente inhaló solventes siendo el PVC su droga de elección. Se ha visto involucrado en robos a propiedades en estado de intoxicación. De igual forma se ha visto envuelto en peleas callejeras y en constantes discusiones con agresiones físicas al interior de su familia. Considera la droga una maldición por la cual ha experimentado todas las situaciones conflictivas y displacenteras, sin ser capaz de asociar su propia participación y su decisión en consumirla, como si se tratase de un agente externo impuesto hacia él. El significado que le atribuye a la marihuana tiende a minimizar sus impactos, es decir, la considera una planta natural y un remedio para curar enfermedades, el tabaco implica la búsqueda de un sentido de pertenencia, el alcohol lo asocia con la muerte y por el contrario inhala los solventes porque les atribuye la capacidad de devolverle el sentimiento de estar vivo. De manera general considera que cuando está intoxicado las personas le toman importancia, le genera una sensación placentera y un sentimiento de omnipotencia, es más fuerte y todo lo puede lograr. Manifiesta que su motivo de consumo fue su sensación de soledad y la necesidad de que los otros le reconocieran. Identifica como posibles factores de protección ante las drogas a Dios, su palabra (la Biblia) y a los pastores que lo instruyen en la religión.

PERCEPCIÓN DEL PADRE: La presencia física del padre ha sido intermitente. El participante vivió con él y con el resto de su familia hasta sus tres años de edad, posteriormente la madre decide separarse del padre del participante, ya que este ejercía constantemente violencia sobre ella. El participante afirma que de los 3 hasta los 5 años de edad en que sólo vivía con su madre, sus hermanos y abuelos vivió una vida feliz, sin embargo esto cambió cuando su madre tiene una nueva pareja, ya que asegura que su mamá se despreocupó de ellos, dejándolos a cargo de los abuelos. Esa relación de pareja de la madre duró aproximadamente un año. Posteriormente la madre retomó la relación con el padre biológico del participante, a sus 7 años, sin embargo esta nueva unión tampoco fue duradera. Pasados algunos meses, la madre regresa por segunda ocasión con su anterior pareja, sin embargo, el participante estaba enojado por ello, y este periodo de su vida lo relata cómo infeliz y angustiante ya que el padrastro era una persona severa y violenta e incluso en una ocasión llegó a quemarle las manos por haber robado. El participante enojado y decepcionado de que la madre permitiera tal violencia, decidió irse de casa, y fue a vivir con su padre biológico. Tras lo cual, la madre decide separarse de su pareja, pero su hijo ya no aceptó regresar con ella. Cabe mencionar que durante el periodo que vivió con su padre, el padre trabajaba y se hacía cargo de su manutención y comenzaron a subsanar la relación que habían perdido y que el participante deseaba de niño, sin embargo, en este periodo el padre se alcoholizaba e inhalaba solventes, y fue cuando el participante comenzó también el consumo de alcohol y PVC. Pasados algunos meses el adolescente regresó con su madre, quien fue a pedirle perdón, sin embargo, tras un tiempo, la madre regresó con su

pareja e incluso lo llevó a vivir nuevamente a su casa. Casi de inmediato ocurre la intervención del DIF por los robos a propiedades y se efectúa el internamiento. El participante percibe a su padre como escindido, por un lado es aquel que era su “súper héroe” que todo le compraba, por otro lado lo considera un “borracho” que lo hizo a un lado. Por lo que presenta sentimientos ambivalentes, odio, rencor, rabia, resentimientos, por otro lado, tristeza y añoranza de su afecto. Tiende a evadir la reflexión sobre los acontecimientos de su propia vida y especialmente sobre los afectos. De la relación parental el participante ha aprendido a utilizar la violencia como forma de resolución de conflictos y a aislar los afectos.

APEGO: El participante afirma que en su infancia no buscaba a sus padres cuando se encontraba en alguna situación angustiante y que ellos tampoco se mostraban especialmente receptivos. En sus relaciones interpersonales se conduce con una desconfianza hacia los demás ya que tiende a percibirlos con la intención de agredirla por lo que se defiende de ellos poniendo una distancia que le impide establecer relaciones profundas además se percibe a sí mismo como capaz de satisfacer sus propias necesidades y valora la consecución de bienes materiales sobre la vinculación afectiva.

HALLAZGOS CLÍNICOS: Las constantes separaciones de los padres han generado en el participante el sentimiento de abandono y una sensación de vacío. Cuando se le pide que hable de sus propios sentimientos tiende a recurrir a lo que otros sienten por él, como si no hubiera barreras yo/no yo (identificación introyectiva).

6.10. RESUMEN CLÍNICO PARTICIPANTE P10H

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Código: P10H

Edad: 15 años

Escolaridad: Primaria

Estado civil: Soltero

Tiempo de internamiento: 8 meses

Ocupación anterior al internamiento: Estudiante

Motivo de internamiento: Problemas de conducta y consumo de drogas

ANÁLISIS DE HISTORIA DEL CONSUMO: El participante inicia el consumo de alcohol a los 9 años, posteriormente inicia el consumo de marihuana y a partir de los 11 años comienza el uso de inhalantes como el PVC. Refiere que comenzó a usar drogas como “escape” de las constantes discusiones en su hogar, ya que su madre le imponía responsabilidades que él no quería aceptar, la madre sostenía un discurso donde el participante “es el hombre de la casa”, ya que el padre los había abandonado desde que él tenía un año de edad. Por lo cual decide abandonar la escuela y se une a una agrupación de adolescentes consumidores que le daban un sentido de pertenencia. Mantiene un doble discurso sobre el consumo de drogas, ya que por una parte lo considera un veneno que le trae la muerte y por otro lado afirma que la droga le da la posibilidad de ser valiente, más fuerte y convertirse en una persona completamente distinta. Atribuye a la marihuana la posibilidad de despejar su mente de preocupaciones y de ayudarlo a expresar sus emociones, especialmente la tristeza que no se permite expresar habitualmente. El PVC le permite efectuar conductas infractoras y confrontar a la autoridad. Ha buscado una fuente de control (locus de control externo) en la religión, ya que su relación con Dios funciona como factor de protección ante las drogas, cabe mencionar que Dios funge como figura de autoridad y de protección.

PERCEPCIÓN DEL PADRE: La presencia física del padre ha sido intermitente, ya que desde el primer año de edad del participante el padre abandonó el hogar, volviendo a establecer contacto con el participante hasta que tuvo 10 años, cuando se lo llevó a vivir con él porque quería que trabajara con él en su taller mecánico por las tardes. El adolescente menciona que durante este periodo su padre se mostró poco tolerante y autoritario. Indica que se ha sentido rechazado por el padre ya que lo abandonó. Mantiene sentimientos ambivalentes hacia él, por un lado le reprocha constantemente el haber formado otra familia, lo cual le genera resentimiento, tristeza e ira, así como amor y anhelo por subsanar la relación. Considera que su padre no es una figura de autoridad porque “no predica con el ejemplo”, ya que el padre consume en exceso alcohol y tampoco apoya económicamente a la familia.

APEGO: El participante menciona que durante su primera infancia mantuvo escaso contacto con su padre, por lo que su relación con su madre se consolidó. Menciona que su madre se encargaba de su crianza y que es una madre amorosa, comprensiva y paciente, sin embargo, al crecer tiende a sobreprotegerlo, aun cuando él inició conductas reprobables la madre tiende a encubrirlo. El participante solía resolver sus conflictos por sí mismo, no recurría a su madre en momentos angustiantes porque al llegar a la adolescencia la madre cambió su comportamiento con él, haciéndolo responsable de su hogar. Actualmente el adolescente se muestra receptivo al cambio, establece relaciones interpersonales basadas en la confianza mutua y busca completar su tratamiento y por su comportamiento favorable dentro de la institución se le ha otorgado responsabilidades que le dan un lugar e implican autoridad y liderazgo.

HALLAZGOS CLÍNICOS: Este sentido de pertenencia y de liderazgo mediante conductas saludables le ayuda a obtener el reconocimiento que busca en la droga. El factor religioso ha significado el reconocimiento de una autoridad y el acatamiento de reglas, lo cual parece deberse al establecimiento de una relación con una figura paterna afectuosa representada por Dios.

ANEXO 7. Perfil Psicopatológico Individual MMPI-A

A) PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE LAS MUJERES

7.1. PERFIL PSICOPATOLÓGICO PARTICIPANTE P1M

La siguiente tabla muestra la psicopatología principal de la participante P1M

PARTICIPANTE P1M				
CLAVE	ESCALA	RANGO	INTERPRETACIÓN	
VALIDEZ	VRIN	Inconsistencia	Moderado	Perfil válido
	TRIN			
	F, F1, F2	Infrecuencia	Moderado	Adolescentes que exhiben alguna psicopatología
	K	Defensividad	Medio	Equilibrio entre autoprotección y autodescubrimiento. Pronóstico bueno.
	L	Mentira	Bajo	Puede presentar una actitud confiada con tendencias a brindar una imagen mala de sí mismo
ESCALAS CLÍNICAS	Dp	Psicopatía	Alto	Tendencia a la actuación de conflictos. Problemas con la autoridad. Conductas de riesgo, incluyendo alcohol y drogas. Poco ajuste escolar. Problemas de conducta. Historia familiar con separaciones y divorcio. Dificultad para interiorizar valores. Impulsividad, baja tolerancia a la frustración. Acting out como mecanismo de defensa. Extroversión. Abuso sexual.
	Pt	Psicastenia	Alto	Presencia de perturbación emocional: ansiedad, tensión, autocrítica. Problemas de concentración y atención. Bajo autoconcepto. Dificultad para tomar decisiones.
	D	Depresión	Alto	Sentimientos de insatisfacción, desesperanza e infelicidad. Apatía general y falta de actividades. Culpa, vergüenza y autocrítica. Escasa autoconfianza, sentimientos de inadecuación. Angustia, sentimiento de miseria y desdicha.
	Mf	Feminidad	Alto	Competitiva y enérgica. Puede mostrar cierta frialdad emocional. Problemas de conducta. Posibles intereses socialmente aceptados como masculinos.
ESCALAS DE CONTENIDO	ENA-A	Alienación	Alto	Marcada distancia emocional hacia los demás. Se sienten incomprendidos por los demás. Marcados sentimientos de ser diferentes al resto. Dificultades para expresar lo que sienten.
	DEP-A	Depresión	Alto	Presencia de tristeza, fatiga, episodios de llanto, poca comprensión del sentido de la vida. Soledad y pesimismo.
	PCO-A	Problemas de conducta	Alto	Sujetos opositores, poco confiables. Participación en comportamientos como mentir, robar, destruir objetos. Historias de abandono del hogar paterno.
	ASL-	Bajas	Alto	Poco interés por el éxito, desinterés. Dificultades

	A	aspiraciones		para iniciar nuevas actividades y abandonan las que realizan al menor inconveniente.
	A-FAM	Problemas familiares	Alto	Dificultades en las relaciones con los padres y otros miembros del grupo familiar. Sentimientos de no contar con su familia en resolución de problemas así como el deseo de desprenderse del grupo familiar.
SUPLEMENTARIAS	RPAD	Reconocimiento alcohol y drogas	Alto	Reconoce ampliamente tener problemas con alcohol
	TPAD	Inclinación hacia alcohol y drogas	Alto	Alta probabilidad de que presente problemas con el alcohol y/o drogas.
	INM-A	Inmadurez	Alto	Presenta un grado alto de inmadurez
	MAC-A	Alcoholismo	Alto	Alta probabilidad de comprometerse con problemas relacionados con el consumo de alcohol
	A-A	Ansiedad	Alto	Presencia de problemas de adaptación y sentimientos de malestar y desajuste emocional.
	R-A	Represión	Bajo	Presenta niveles muy escasos de represión.

7.2. PERFIL PSICOPATOLÓGICO PARTICIPANTE P2M

La siguiente tabla muestra la psicopatología principal de la participante P2M.

P2M				
CLAVE	ESCALA	RANGO	INTERPRETACIÓN	
VALIDEZ	F, F1, F2	Infrecuencia	Alto	En población clínica: Súplica de ayuda, crisis de identidad adolescente, estado de confusión
	L	Mentira	Alto	En población clínica: Uso extremo de negación, pobre insight y simplicidad.
	K	Defensividad	Moderado	Defensividad moderada, no dispuesto a pedir ayuda.
	VRIN	Inconsistencia	Moderado	Inconsistencia alta, esperada en población clínica y contextos psiquiátricos
	TRIN			
ESCALAS CLÍNICAS	Dp	Psicopatía	Alto	Problemas con la autoridad. Sujeto rebelde y hostil. Conductas de riesgo, incluyendo alcohol y drogas. Poco ajuste escolar. Problemas de conducta. Historia familiar con divorcio. Dificultad para interiorizar valores. Impulsividad, baja tolerancia a la frustración. Acting out como mecanismo de defensa. Habilidad para formar primeras impresiones favorables. Extroversión. Poca evidencia de angustia o problemas emocionales. Abuso sexual.
	Pa	Paranoia	Alto	Agresividad y acting out. Hipersensibilidad a las observaciones de otros. Problemas en vinculación con padres. Problemas de conducta. Desconfianza y suspicacia. Actitud evasiva y alerta. Dificultad para establecer relaciones terapéuticas debido a excesiva reserva.
	Is	Introversión social	Alto	Falta de autoconfianza, baja autoestima. Control excesivo de las emociones, timidez, reserva. Posibles sentimientos depresivos e ideaciones suicidas. Tendencia a interiorizar los conflictos.
	Ma	Hipomanía	Bajo	Bajo nivel de energía. Quietud, aislamiento, depresión. Sobre controlado, inhibido, excesivamente responsable. Letargia, apatía.
ESCALAS DE CONTENIDO	DEL-A	Pensamiento delirante	Alto	Puede llegar a creer que no funciona bien su mente. Revela presencia de pensamientos y experiencias extrañas o la sensación de ser controlados por otros.
	ENA-A	Alienación	Alto	Marcada distancia emocional hacia los demás. Se siente incomprendidos por los demás. Marcados sentimientos de ser diferentes al resto. Dificultades para expresar lo que sienten.
	ISO-A	Disconformidad social	Alto	Dificultades para tener amigos y tendencia a evitar encuentro sociales.
	ASL-A	Bajas aspiraciones	Alto	Poco interés por el éxito, desinterés. Dificultades para iniciar nuevas actividades y abandona las que realiza.
ENT	RPAD	Reconocimiento alcohol y drogas	Alto	Reconoce ampliamente tener problemas con el alcohol.

	MAC-A	Alcoholismo	Alto	Alta probabilidad de comprometerse con problemas relacionados con el consumo de alcohol
	R-A	Represión	Alto	Conformismo, sumisión, tendencia a evitar situaciones desagradables.

7.3. PERFIL PSICOPATOLÓGICO PARTICIPANTE P3M

La siguiente tabla muestra las escalas significativas de la participante P3M.

PARTICIPANTE P3M				
CLAVE	ESCALA	RANGO	INTERPRETACIÓN	
VALIDEZ	F, F1, F2	Infrecuencia	Alto	En población clínica: Súplica de ayuda, crisis de identidad adolescente, estado de confusión
	L	Mentira	Bajo	Posiblemente aparenta problemas emocionales graves
	K	Defensividad	Medio	Equilibrio entre autoprotección y autodescubrimiento. Pronóstico bueno.
	VRIN	Inconsistencia	Moderado	Inconsistencia alta, esperada en población clínica y contextos psiquiátricos
	TRIN			
	8 Es	Esquizofrenia	Alto	Alteraciones en el ánimo y conducta. Pobre control de impulsos. Probable consumo de drogas. Baja autoestima y sentimientos de inferioridad. Aislamiento personal. Confusión y desorganización. Presencia de rasgo esquizoides. Sentimiento de ser rechazado. Pobre ajuste escolar. Frustración e infelicidad. Vulnerable y trastornable.
ESCALAS CLÍNICAS	4 Dp	Psicopatía	Alto	Problemas con la autoridad. Sujeto rebelde y hostil. Conductas de riesgo, incluyendo alcohol y drogas. Poco ajuste escolar. Problemas de conducta. Historia familiar con divorcio. Dificultad para interiorizar valores. Impulsividad, baja tolerancia a la frustración. Acting out como mecanismo de defensa. Habilidad para formar primeras impresiones favorables.
	5 Mf	Feminidad	Alto	Vigor y asertividad. Competitividad, agresividad. Problemas de comportamiento. Intereses socialmente considerados masculinos.
CONTENIDO	SAU-A	Problemas de salud	Alto	Presentes síntomas somáticos y preocupaciones por el estado de salud física.
	RTR-A	Resistencia a tratamiento	Alto	No está dispuesto a compartir su malestar con adultos, generalmente porque se siente incomprendido.
	PCO-A	Problemas de conducta	Alto	Participación en comportamientos como mentir, robar, destruir objetos. Poco confiable, opositor. Historia de abandono del hogar paterno.
	ASL-A	Bajas aspiraciones	Alto	Poco interés por el éxito, desinterés. Dificultades para iniciar nuevas actividades y abandonan las que realizan.
	ENJ-A	Enojo	Alto	Poco control de impulsos. Irritable e impaciente, incluso comportamientos agresivos.
SUPLEMENTARIAS	TPAD	Inclinación hacia alcohol y drogas	Alto	Alta probabilidad de problemas con el alcohol y drogas.
	INM-A	Inmadurez	Alto	Presencia de nivel alto de inmadurez
	R-A	Represión	Bajo	Presenta niveles muy escasos de represión.

7.4. PERFIL PSICOPATOLÓGICO PARTICIPANTE P7M

La siguiente tabla muestra las escalas significativas del participante P7M.

PARTICIPANTE P7M				
CLAVE	ESCALA	RANGO	INTERPRETACIÓN	
VALIDEZ	F, F1, F2	Infrecuencia	Alto	En población clínica: Psicopatología significativa, síntomas típicos exhibidos en contextos clínicos
	L	Mentira	Bajo	Tiende a dar una mala imagen de sí.
	K	Defensividad	Bajo	Pobre autoconcepto y recursos limitados para afrontar el estrés. Malestar agudo en contextos clínicos.
	VRIN	Inconsistencia	Moderado	Inconsistencia alta, esperada en población clínica y contextos psiquiátricos
	TRIN			
ESCALAS CLÍNICAS	4 Dp	Psicopatía	Alto	Problemas con la autoridad. Sujeto rebelde y hostil. Conductas de riesgo, incluyendo alcohol y drogas. Poco ajuste escolar. Problemas de conducta. Historia familiar con divorcio. Dificultad para interiorizar valores. Impulsividad, baja tolerancia a la frustración. Acting out como mecanismo de defensa. Habilidad para formar primeras impresiones favorables. Extroversión. Poca evidencia de angustia o problemas emocionales.
	6 Pa	Paranoia	Alto	Agresividad y acting out. Hipersensibilidad a las observaciones de otros. Problemas en vinculación con padres. Problemas de conducta. Desconfianza y suspicacia. Actitud evasiva y alerta. Dificultad para establecer relaciones terapéuticas debido a excesiva reserva.
	Es	Esquizofrenia	Alto	Alteraciones en el ánimo y conducta. Pobre control de impulsos. Probable consumo de drogas. Baja autoestima y sentimientos de inferioridad. Aislamiento personal. Confusión y desorganización. Presencia de rasgo esquizoides. Sentimiento de ser rechazado. Pobre ajuste escolar. Frustración e infelicidad. Vulnerable y trastornable.
	9 Ma	Hipomanía	Alto	Fuga de ideas, ánimo eufórico, distractibilidad. Problemas escolares y familiares. Consumo de drogas y alcohol. Impulsividad y resistencia a la autoridad. Acting out. Labilidad emocional. Alto egocentrismo. Tendencia a la actuación de conflictos.
	ESC-A	Problemas escolares	Alto	Dificultades escolares, experiencias de fracaso en aprendizajes.
	RTR-A	Resistencia a tratamiento	Alto	No está dispuesto a compartir su malestar con adultos, generalmente porque se siente incomprendido.
	SAU-A	Problemas de salud	Alto	Presentes síntomas somáticos y preocupaciones por el estado de salud física.
	PCO-	Problemas de	Alto	Participación en comportamientos como mentir,

	A	conducta		robar, destruir objetos. Poco confiable, opositorista. Historia de abandono del hogar paterno.
	BAE-A	Baja autoestima	Alto	Opiniones negativas sobre sí misma. Muy influenciado por los demás. Incapaz de resolver los problemas personales.
	DEL-A	Pensamiento delirante	Alto	Puede creer que no funciona bien su mente. Revela presencia de pensamientos y experiencias extrañas o la sensación de ser controlados por otros.
	FAM-A	Problemas familiares	Alto	Dificultades en las relaciones con los padres y otros miembros del grupo familiar. Sentimientos de no contar con su familia en resolución de problemas así como el deseo de desprenderse del grupo familiar.
	CIN-A	Cinismo	Alto	Cuestiona permanentemente los comportamientos de los demás, con muy poca confianza en otros. Se siente poco comprendida y maltratada.
	ENJ-A	Enojo	Alto	Poco control de impulsos. Irritable e impaciente, incluso comportamientos agresivos.
	RPAD-A	Reconocimiento o alcohol y/o drogas	Alto	Admite problemas con alcohol y drogas.
	INM-A	Inmadurez	Alto	Presencia de nivel alto de inmadurez
	MAC-A	Alcoholismo	Alto	Alta probabilidad de comprometerse con problemas relacionados con el consumo de alcohol
	TPAD	Inclinación hacia alcohol y drogas	Alto	Alta probabilidad de problemas con el alcohol y drogas.

7.5. PERFIL PSICOPATOLÓGICO PARTICIPANTE P8M

PARTICIPANTE P8M				
CLAVE	ESCALA	RANGO	INTERPRETACIÓN	
VALIDEZ	F, F1, F2	Infrecuencia	Moderado	Reconocimiento de experiencias inusuales en un grado esperable durante la adolescencia.
	L	Mentira	Bajo	Tendencia a dar una mala imagen de sí.
	K	Defensividad	Moderado	Mala disposición para admitir problemas psicológicos y negar la necesidad de tratamiento.
	VRIN	Inconsistencia	Moderado	Inconsistencia alta, esperada en población clínica y contextos psiquiátricos
	TRIN			
ESCALAS CLÍNICAS	4 Dp	Psicopatía	Alto	Problemas con la autoridad. Sujeto rebelde y hostil. Conductas de riesgo, incluyendo alcohol y drogas. Poco ajuste escolar. Problemas de conducta. Historia familiar con divorcio. Dificultad para interiorizar valores. Impulsividad, baja tolerancia a la frustración. Acting out como mecanismo de defensa. Habilidad para formar primeras impresiones favorables. Extroversión. Poca evidencia de angustia o problemas emocionales.
	2 D	Depresión	Alto	Sentimientos de insatisfacción, desesperanza e infelicidad. Apatía general y falta de actividades. Culpa, vergüenza y autocrítica. Escasa autoconfianza, sentimientos de inadecuación. Angustia, sentimiento de miseria y desdicha.
	6 Pa	Paranoia	Alto	Agresividad y acting out. Hipersensibilidad a las observaciones de otros. Problemas en vinculación con padres. Problemas de conducta. Desconfianza y suspicacia. Actitud evasiva y alerta. Dificultad para establecer relaciones terapéuticas debido a excesiva reserva.
	8 Es	Esquizofrenia	Alto	Alteraciones en el ánimo y conducta. Pobre control de impulsos. Probable consumo de drogas. Baja autoestima y sentimientos de inferioridad. Aislamiento personal. Confusión y desorganización. Presencia de rasgo esquizoides. Sentimiento de ser rechazado. Pobre ajuste escolar. Frustración e infelicidad. Vulnerable y trastornable.
	9 Ma	Hipomanía	Alto	Fuga de ideas, ánimo eufórico, distractibilidad. Problemas escolares y familiares. Consumo de drogas y alcohol. Impulsividad y resistencia a la autoridad. Acting out. Labilidad emocional. Alto egocentrismo. Tendencia a la actuación de conflictos.
	FAM-A	Problemas familiares	Alto	Dificultades en las relaciones con los padres y otros miembros del grupo familiar. Sentimientos de no contar con su familia en resolución de problemas así como el deseo de desprenderse del grupo familiar.
	RPAD-A	Reconocimiento alcohol y/o	Alto	Admite problemas con alcohol y drogas.

		drogas		
	MAC-A	Alcoholismo	Alto	Alta probabilidad de comprometerse con problemas relacionados con el consumo de alcohol
	TPAD	Inclinación hacia alcohol y drogas	Alto	Alta probabilidad de problemas con el alcohol y drogas.

B) PERFIL PSICOPATOLÓGICO DE LOS VARONES

7.6. PERFIL PSICOPATOLÓGICO PARTICIPANTE P4H

La siguiente tabla muestra las escalas significativas del participante P4H.

P4H				
CLAVE	ESCALA	RANGO	INTERPRETACIÓN	
VALIDEZ	F, F1, F2	Infrecuencia	Moderado	En población clínica: Psicopatología, incluyendo agresión, depresión, ansiedad.
	L	Mentira	Normal	Balance entre reconocimiento y negación de faltas.
	K	Defensividad	Bajo	Pobre autoconcepto y recursos limitados para afrontar el estrés. Malestar agudo en contextos clínicos.
	VRIN	Inconsistencia	Normal	Evaluación válida
	TRIN			
ESCALAS CLÍNICAS	4 Dp	Psicopatía	Alto	Problemas con la autoridad. Sujeto rebelde y hostil. Conductas de riesgo, incluyendo alcohol y drogas. Poco ajuste escolar. Problemas de conducta, mentira, probabilidad de conducta delictiva y agresiva. Impulsividad, baja tolerancia a la frustración. Acting out como mecanismo de defensa. Habilidad para generar primera impresión favorable. Poca evidencia de angustia o problemas emocionales. Abuso físico.
	0 Is	Introversión social	Alto	Problemas de interacción social. Falta de autoconfianza y baja autoestima. Control excesivo de emociones. Sentimientos depresivos e ideación suicidas. Tendencia a internalizar conflictos.
	3 Hi	Histeria	Bajo	Implicación social restringida. Rango de intereses restringido. Bajo logro escolar. Puede implicar cinismo, aislamiento y poco interés por los demás.
	PCO-A	Problemas de conducta	Muy alto	Comportamientos como mentir, robar, destruir objetos. Oposicionismo y poco confiable.
ESCALAS DE CONTENIDO	FAM-A	Problemas familiares.	Muy alto	Dificultades con padres y otros miembros de la familia. Frecuentes discusiones fuertes en dinámica familiar
	RTR-A	Rechazo al tratamiento	Muy alto	Actitud negativa al tratamiento. Poca confianza en adultos para compartir problemas por sentimientos de incompreensión. Incapacidad para asumir su responsabilidad en la búsqueda de soluciones.
	ENJ-A	Enojo	Muy alto	Poco control de impulsos. Irritable, impaciente, comportamientos agresivos.
	ASL-A	Aspiraciones limitadas	Muy alto	Poco interés por ser exitoso, pereza y desinterés. Dificultad para empezar y termina actividades.
	ISO-A	Incomodidad social	Muy alto	Dificultades para tener amigos y tendencia a evitar encuentros sociales.
	ESC-A	Problemas	Alto	Dificultades escolares, experiencias de fracaso en

		escolares		aprendizajes.
	DEP-A	Depresión	Alto	Presencia de tristeza, fatiga, episodios de llanto, poca comprensión del sentido de vida. Sentimientos de soledad y pesimismo.
	DEL-A	Pensamiento delirante.	Alto	Pensamientos y experiencias extrañas.
	RPAD	Reconocimiento alcohol y/o drogas	Alto	Admite problemas con alcohol y drogas.
SUPLEMENTARIAS	MAC-A	Alcoholismo	Alto	Alta probabilidad de comprometerse con problemas relacionados con el consumo de alcohol
	A-A	Ansiedad	Alto	Problemas de adaptación y sentimientos de malestar y desajuste emocional.
	INM-A	Inmadurez	Alto	Indicadores altos de inmadurez
	R-A	Represión	Bajo	Desinhibido, enérgico, agresivo, dominante.

7.7 PERFIL PSICOPATOLÓGICO PARTICIPANTE P5H

La siguiente tabla muestra las escalas significativas del participante P5H.

P5H				
CLAVE		ESCALA	RANGO	INTERPRETACIÓN
VALIDEZ	F, F1, F2	Infrecuencia	Alto	En población clínica: Suplica de ayuda, crisis de identidad, estado de confusión, psicopatología.
	L	Mentira	Bajo	Actitud abierta y confiada. Aquiescencia o tendencia a brindar una mala imagen de sí mismo.
	K	Defensividad	Medio	Equilibrio entre autoprotección y autodescubrimiento. Ligera tendencia a defensividad.
	VRIN	Inconsistencia	Normal	Evaluación válida
	TRIN			
ESCALAS CLÍNICAS	4 Dp	Psicopatía	Muy alto	Problemas con la autoridad. Sujeto rebelde y hostil. Conductas de riesgo, incluyendo alcohol y drogas. Poco ajuste escolar. Problemas de conducta. Impulsividad, baja tolerancia a la frustración. Acting out como mecanismo de defensa. Poca evidencia de angustia o problemas emocionales. Abuso físico.
	6 Pa	Paranoia	Muy alto	Síntomas paranoides, agresividad y acting out. Estados de ánimo fluctuantes. Resentimiento, Problemas de conducta. Desconfianza y suspicacia. Actitud evasiva y alerta. Dificultad para establecer alianza terapéutica.
	9 Ma	Hipomanía	Alto	Fuga de ideas, ánimo eufórico, distractibilidad. Problemas escolares y familiares. Consumo de drogas y alcohol. Impulsividad y resistencia a la autoridad. Acting out. Labilidad emocional.
	5 Mf	Masculinidad-feminidad	Bajo	Énfasis exagerado en masculinidad. Problemas de conducta delictiva.
ESCALAS DE CONTENIDO	ESC-A	Problemas escolares	Alto	Dificultades escolares, experiencias de fracaso en aprendizajes.
	DEL-A	Pensamiento delirante.	Alto	Pensamientos y experiencias extrañas.
	PCO-A	Problemas de conducta	Alto	Comportamientos como mentir, robar, destruir objetos. Oposicionismo y poco confiables.
	FAM-A	Problemas familiares.	Alto	Dificultades con padres y otros miembros de la familia. Frecuentes discusiones fuertes en dinámica familiar.
	ENA-A	Alienación	Alto	Marcada distancia emocional hacia los demás. Se siente incomprendidos por los demás. Marcados sentimientos de ser diferente al resto. Dificultades para expresar lo que siente.
	ANS-A	Ansiedad	Alto	Tensión. Preocupaciones excesivas, dificultades en la concentración. Relaciones conflictivas con

				los padres. Conciencia de preocupaciones acompañada de sensación de impotencia.
	RTR-A	Rechazo al tratamiento	Alto	Poca confianza en adultos para compartir problemas por sentimientos de incomprensión. Incapacidad para asumir su responsabilidad en la búsqueda de soluciones.
	ENA-A	Enajenación	Alto	Marcada distancia emocional de los demás. Sensación de ser incomprensido y diferente a los demás. Dificultad para expresar lo que sienten.
SUPLEMENTARIAS	TPAD	Tendencia a problemas alcohol y/o drogas	Muy alto	Propensión a problemas con el alcohol y drogas.
	RPAD	Reconocimiento alcohol y/o drogas	Alto	Admite problemas con alcohol y drogas.
	MAC-A	Alcoholismo	Alto	Alta probabilidad de comprometerse con problemas relacionados con el consumo de alcohol

7.8 PERFIL PSICOPATOLÓGICO PARTICIPANTE P6H

La siguiente tabla muestra las escalas significativas del participante P6H.

P6H				
CLAVE		ESCALA	RANGO	INTERPRETACIÓN
VALIDEZ	F, F1, F2	Infrecuencia	Bajo	En población clínica: Tendencia a brindar una buena imagen de sí mismo.
	L	Mentira	Bajo	Actitud abierta y confiada. Tendencia a aquiescencia.
	K	Defensividad	Bajo	Pobre autoconcepto y recursos limitados para afrontar el estrés. Malestar agudo en contextos clínicos.
	VRIN	Inconsistencia	Normal	Evaluación válida
	TRIN			
	9 Ma	Hipomanía	Alto	Sentimientos de grandiosidad. Egocentrismo. Fuga de ideas, ánimo eufórico, distractibilidad. Hiperactividad. Poca motivación para tratamiento. Problemas escolares y familiares. Consumo de alcohol y drogas. Impulsividad y resistencia a la autoridad. Extraversión. Acting out. Preferencia por la acción más que por la reflexión. Autoconcepto muy positivo y poco real. Grandiosidad en las metas. Insensible y autoindulgente. Labilidad emocional.
	4 Dp	Desviación psicopática	Moderado	Tendencia a la actuación de conflictos, uso de alcohol, extroversión, impulsividad y agresividad.
ESCALAS CLÍNICAS	0 Is	Introversión social	Bajo	Sociable, extrovertido, gregario. Interés por la influencia, el poder, y el reconocimiento social.
	6 Pa	Paranoia	Bajo	Presentación de sí mismo como equilibrado. Bajo logro académico. Relaciones interpersonales poco sensibles, ajeno a los sentimientos y motivaciones de los demás.
	2 D	Depresión	Bajo	Ausencia de depresión, ansiedad y culpa. Alerta, actividad y competencia. Rebeldía, irresponsabilidad, tendencia a la manipulación.
SUPLEMENTARIAS	RPAD	Reconocimiento alcohol y/o drogas	Alto	Admite problemas con alcohol y drogas.
	MAC-A	Alcoholismo	Alto	Alta probabilidad de comprometerse con problemas relacionados con el consumo de alcohol

7.9. PERFIL PSICOPATOLÓGICO PARTICIPANTE P9H

La siguiente tabla muestra las escalas significativas del participante P9H.

P9H				
CLAVE		ESCALA	RANGO	INTERPRETACIÓN
VALIDEZ	F, F1, F2	Infrecuencia	Alto	En población clínica: Psicopatología significativa.
	L	Mentira	Bajo	Actitud abierta y confiada. Aquiescencia o tendencia a brindar una mala imagen de sí mismo.
	K	Defensividad	Bajo	Pobre autoconcepto y recursos limitados para afrontar el estrés. Malestar agudo en contextos clínicos.
	VRIN	Inconsistencia	Normal	Evaluación válida
	TRIN			
SUPLEMENTARIAS	6 Pa	Paranoia	Alto	Síntomas paranoides, agresividad y acting out. Estados de ánimo fluctuantes. Proyección como mecanismo primario. Resentimiento, Problemas de conducta. Desconfianza y suspicacia. Actitud evasiva y alerta.
	7 Pt	Psicastenia	Alto	Perturbación emocional: Autocrítica, ansiedad, tensión. Bajo autoconcepto, sentimientos de inferioridad, inseguridad, inadecuación. Dificultad para tomar decisiones.
	1 Hs	Hipocondría	Alto	Respuestas somáticas ante situaciones de estrés. Actitud demandante, crítica, egoísta y quejosa. Sentimientos de aislamiento. Actitudes intrapunitivas. Demanda de atención y protección. Problemas escolares de índole académica y de adaptación.
	8 Es	Esquizofrenia	Alto	Alteraciones en el ánimo y conducta. Pobre control de impulsos. Consumo de drogas. Baja autoestima y sentimientos de inferioridad. Aislamiento y retraimiento social. Confusión y desorganización. Presencia de rasgo esquizoide. Ideas de grandiosidad y referencia. Sentimiento de ser rechazado. Pobre ajuste escolar. Frustración e infelicidad. Vulnerable y trastornable.
ESCALAS DE CONTENIDO	DEL-A	Pensamiento delirante.	Alto	Pensamientos y experiencias extrañas.
	ESC-A	Problemas escolares	Alto	Dificultades escolares, experiencias de fracaso en aprendizajes.
	ASL-A	Aspiraciones limitadas	Alto	Poco interés por ser exitoso, características asociadas a pereza y desinterés. Dificultad para empezar actividades nuevas y abandona las que realiza ante cualquier inconveniente.
	PCO-A	Problemas de conducta	Alto	Comportamientos como mentir, robar, destruir objetos. Oposicionismo y poco confiables.
	FAM-A	Problemas	Alto	Dificultades con padres y otros miembros de la

		familiares.		familia. Frecuentes discusiones fuertes en dinámica familiar.
	ANS-A	Ansiedad	Alto	Tensión. Preocupaciones excesivas, dificultades en la concentración. Relaciones conflictivas con los padres. Conciencia de preocupaciones acompañada de sensación de impotencia.
	SAU-A	Problemas de salud	Alto	Presentes síntomas somáticos y preocupaciones por el estado de salud física.
	ENA-A	Alienación	Alto	Marcada distancia emocional hacia los demás. Se siente incomprendidos por los demás. Marcados sentimientos de ser diferente al resto. Dificultades para expresar lo que siente.
	RPAD	Reconocimiento alcohol y/o drogas	Alto	Admite problemas con alcohol y drogas.
SUPLEMENTARIAS	TPAD	Tendencia a problemas alcohol y/o drogas	Muy alto	Propensión a problemas con el alcohol y drogas.
	MAC-A	Alcoholismo	Alto	Alta probabilidad de comprometerse con problemas relacionados con el consumo de alcohol

7.10. PERFIL PSICOPATOLÓGICO PARTICIPANTE P10H

La siguiente tabla muestra las escalas significativas del participante P10H.

P10H				
CLAVE	ESCALA	RANGO	INTERPRETACIÓN	
VALIDEZ	F, F1, F2	Infrecuencia	Moderado	Adolescente con característica psicopatológica.
	L	Mentira	Bajo	Actitud abierta y confiada. Aquiescencia o tendencia a brindar una mala imagen de sí mismo.
	K	Defensividad	Bajo	Pobre autoconcepto y recursos limitados para afrontar el estrés. Malestar agudo en contextos clínicos.
	VRIN	Inconsistencia	Moderado	Evaluación válida. En población clínica: Tendencia a la aquiescencia.
	TRIN			
	9 Ma	Hipomanía	Alto	Sentimientos de grandiosidad. Egocentrismo. Fuga de ideas, ánimo eufórico, distractibilidad. Hiperactividad. Poca motivación para tratamiento. Impulsividad y resistencia a la autoridad. Extraversión. Acting out. Autoconcepto muy positivo y poco real. Grandiosidad en las metas. Insensible y autoindulgente. Labilidad emocional.
	4 Dp	Psicopatía	Alto	Tendencia a la actuación de conflictos, uso de alcohol, extroversión, impulsividad y agresividad.
	8 Es	Esquizofrenia	Alto	Alteraciones en el ánimo y conducta. Pobre control de impulsos. Consumo de drogas. Baja autoestima y sentimientos de inferioridad. Confusión y desorganización. Presencia de rasgo esquizoides. Ideas de grandiosidad y referencia. Sentimiento de ser rechazado. Pobre ajuste escolar. Frustración e infelicidad. Vulnerable y trastornable.
ESCALAS DE CONTENIDO	PCO-A	Problemas de conducta	Alto	Comportamientos como mentir, robar, destruir objetos. Oposicionista y poco confiable.
	ASL-A	Aspiraciones limitadas	Alto	Poco interés por ser exitoso, características asociadas a pereza y desinterés. Dificultad para empezar actividades nuevas y abandona las que realiza ante cualquier inconveniente.
	FAM-A	Problemas familiares.	Alto	Dificultades con padres y otros miembros de la familia. Frecuentes discusiones fuertes en dinámica familiar.
	DEL-A	Pensamiento delirante.	Alto	Pensamientos y experiencias extrañas.
SUPLEMENTARIAS	TPAD	Problemas alcohol y/o drogas	Muy alto	Propensión a problemas con el alcohol y drogas.
	RPAD	Reconocimiento alcohol y/o drogas	Alto	Admite problemas con alcohol y drogas.
	MAC-A	Alcoholismo	Alto	Alta probabilidad de comprometerse con problemas relacionados con el alcohol

ANEXO 8. Programa de sesiones de la intervención

8.1 Tabla de descripción de objetivos de la intervención

Módulos	Objetivo general	Objetivo específicos
1. ABORDAJE DEL SIGNIFICADO DEL CONSUMO	Abordar el consumo como mecanismo inadecuado de afrontamiento	1. Generar la reflexión sobre consumo adictivo como respuesta a estados displacenteros
		2. Clarificar el significado atribuido a la sustancia (potencialidad/ anestesia/ autorregulación emocional)
		3. Clarificar el consumo como mecanismo de autodestrucción
		4. Confrontar el consumo como mitigador de ansiedad y/o mecanismo de evasión
2. REVALORACIÓN DE LA VISIÓN DE SÍ MISMO Y DE LOS OTROS	Generar en el adolescente la revaloración de sí mismo y de los otros propiciando la adaptación y relaciones interpersonales sanas.	5. Propiciar la expresión de los afectos bajo el encuadre delimitante
		6. Explorar la identidad del participante así como su construcción en función del vacío existencial
		7. Generar la revaloración de sí mismo propiciando el fortalecimiento del Yo.
		8. Abordar la desconfianza/ansiedad que generan las interacciones sociales.
		9. Confrontar el sentimiento de autoeficacia compulsiva que conlleva considerar los vínculos secundarios a la consecución de logros
3. ELABORACIÓN DE LAS FIGURAS PARENTALES	Propiciar la elaboración de figuras parentales.	10. Clarificar elementos identificatorios en las figuras parentales
		11. Trabajar relación afectiva con el padre
		12. Trabajar relación afectiva con la madre
		13. Explorar conducta adictiva de los padres y su papel en la perpetuación del consumo del hijo
		14. Confrontar dinámica familiar y reivindicar el lugar del hijo como otro.
CIERRE	Concluir el proceso terapéutico de los participantes.	15. Cerrar el proceso de terapia en un clima positivo y alentador.

ANEXO 8. 2 Descripción de Modulo 1. Sesión 1

MODULO 1. ABORDAJE DEL SIGNIFICADO DEL CONSUMO	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Abordar el consumo como mecanismo inadecuado de afrontamiento.
DURACIÓN TOTAL	70 min.
SESIÓN 1	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Generar la reflexión acerca del consumo adictivo como respuesta a estados displacenteros
ACTIVIDADES	1. Encuadre y rapport 2. Desarrollo de la sesión
ACTIVIDAD 1	Encuadre y rapport
MATERIAL	N/A
TIEMPO	20 min.
DESARROLLO	Se realizará un intercambio verbal y preverbal enfocado a establecer un ambiente terapéutico mediante la conformación de la alianza de trabajo; se establecerán las reglas y pautas a seguir; se definirán objetivos, expectativas y acuerdos para el proceso terapéutico.
CIERRE	Se sintetizarán reglas de común acuerdo en un papel bond para que queden acotadas de manera visible durante las sesiones. Dar espacio a resolución de dudas
ACTIVIDAD 2	Desarrollo de sesión
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Se realizará una sesión psicodinámica orientada a establecer la adicción como síntoma y modo de afrontamiento inadecuado de situaciones estresantes en los diferentes ámbitos de la vida. Así como determinar específicamente los afectos intolerables en ellos mismos que se tratan de negar con la droga.
CIERRE	Se clarificarán reflexiones del participante.

ANEXO 8.3 Descripción de Modulo 1. Sesión 2

MODULO 1. ABORDAJE DEL SIGNIFICADO DEL CONSUMO	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Abordar el consumo como mecanismo inadecuado de afrontamiento.
DURACIÓN TOTAL	70 min.
SESIÓN 2	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Clarificar el significado atribuido a la sustancia (potencialidad/ anestesia/ autorregulación emocional)
ACTIVIDADES	1. Dinámica “Este soy , este es mi cuerpo, este es mi mundo” 2. Desarrollo de la sesión
ACTIVIDAD 1	Dinámica “Este soy , este es mi cuerpo, este es mi mundo”
MATERIAL	Hojas blancas, lápiz, goma, sacapuntas.
TIEMPO	20 min.
DESARROLLO	Dar al participante 3 hojas y pedirle que titule la primera hoja “este soy yo” y que dibuje quién es él. Pedirle que la segunda sea titulada “este es mi cuerpo” y haga el dibujo correspondiente y la tercera “este es mi mundo” y realice el dibujo que represente lo que es para él su mundo. En esta sesión se trabajará únicamente con el primer dibujo, “este soy yo” para que el participante analice elementos de su identidad que son positivos y negativos e identifique en qué forma la droga es parte de él.
CIERRE	Reflexión sobre la forma de interacción que sostiene el participante consigo mismo y con su mundo, así como el grado de satisfacción y de la percepción de su dominio y competencia en su ambiente para identificar el lugar que otorga en su vida a la droga.
ACTIVIDAD 2	Desarrollo de sesión
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Se focalizará la sesión en que el participante sea consciente del significado que atribuye a la droga, ya sea un medio para potencializar sus propios recursos, una forma de negar las sensaciones displacenteras o un mecanismo para regular las emociones que considera indeseables.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontará elementos abordados.

ANEXO 8.4 Descripción de Modulo 1. Sesión 3

MODULO 1. ABORDAJE DEL SIGNIFICADO DEL CONSUMO	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Abordar el consumo como mecanismo inadecuado de afrontamiento.
DURACIÓN TOTAL	70 min.
SESIÓN 3	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Clarificar el consumo como mecanismo de autodestrucción
ACTIVIDADES	1. Dinámica “Este soy , este es mi cuerpo, este es mi mundo” 2. Desarrollo de la sesión
ACTIVIDAD 1	Dinámica “Este soy , este es mi cuerpo, este es mi mundo”
MATERIAL	Hojas blancas, lápiz, goma, sacapuntas.
TIEMPO	20 min.
DESARROLLO	En esta sesión se trabajará con el segundo dibujo que se obtuvo de la sesión anterior, “este es mi cuerpo”. El participante identificará de qué manera la droga ha afectado su cuerpo, ya sea que obtenga de él “potencia” o que identifique los daños a la salud que le ha ocasionado.
CIERRE	Reflexión sobre la forma de interacción que sostiene el participante consigo mismo y con su mundo, así como el grado de satisfacción y de la percepción de su dominio y competencia en su ambiente para identificar el lugar que otorga en su vida a la droga.
ACTIVIDAD 1	Desarrollo de sesión
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Se abordará en sesión el papel que desempeña la droga como mecanismo de destrucción de sí mismo e identificar si existe historia de automutilaciones o actos suicidas que hayan sido sustituidos por la droga. Clarificar mecanismos de identificación introyectiva e identificar si la agresión está dirigida hacia las figuras parentales.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontará elementos abordados.

ANEXO 8.5 Descripción de Modulo 1. Sesión 4

MODULO 1. ABORDAJE DEL SIGNIFICADO DEL CONSUMO	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Abordar el consumo como mecanismo inadecuado de afrontamiento.
DURACIÓN TOTAL	70 min.
SESIÓN 4	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Confrontar el consumo como mitigador de ansiedad y/o mecanismo de evasión
ACTIVIDADES	1. Dinámica “Este soy , este es mi cuerpo, este es mi mundo” 2. Desarrollo de la sesión
ACTIVIDAD 1	Dinámica “Este soy , este es mi cuerpo, este es mi mundo”
MATERIAL	Hojas blancas, lápiz, goma, sacapuntas.
TIEMPO	20 min.
DESARROLLO	En esta sesión se trabajará con el tercer dibujo que se obtuvo de la sesión anterior, “este es mi mundo”. Se identificará mecanismos de evasión en la manera de interactuar con las personas significativas y cómo la droga reproduce el mecanismo evasivo.
CIERRE	Reflexión sobre la forma de interacción que sostiene el participante consigo mismo y con su mundo, así como el grado de satisfacción y de la percepción de su dominio y competencia en su ambiente para identificar el lugar que otorga en su vida a la droga.
ACTIVIDAD 1	Desarrollo de sesión
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	En esta sesión se trabajará el consumo como mecanismos de evasión de estados de ansiedad, identificando los principales estresores y se determinará la interacción evasiva del participante.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontará elementos abordados.

ANEXO 8.6 Descripción de Modulo 2. Sesión 5

MODULO 2. REVALORACIÓN DE LA VISIÓN DE SÍ MISMO Y DE LOS OTROS	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Generar en el adolescente la revaloración de sí mismo y de los otros propiciando la adaptación y relaciones interpersonales sanas.
DURACIÓN TOTAL	70 min.
SESIÓN 5	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Propiciar la expresión de los afectos bajo el encuadre delimitante
ACTIVIDADES	1. Desarrollo de la sesión
ACTIVIDAD 1	Desarrollo de sesión
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Se realizará una sesión enfocada a que el participante exprese los estados anímicos que son intolerables y que identifique los detonantes de tales emociones. Asociar emociones específicas a los seres significativos en su vida propiciando la catarsis y el abordaje de los afectos.
CIERRE	Se clarificaran reflexiones del participante.

ANEXO 8. 7 Descripción de Modulo 2. Sesión 6

MODULO 2. REVALORACIÓN DE LA VISIÓN DE SÍ MISMO Y DE LOS OTROS	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Generar en el adolescente la revaloración de sí mismo y de los otros propiciando la adaptación y relaciones interpersonales sanas.
DURACIÓN TOTAL	70 min.
SESIÓN 6	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Explorar la identidad del participante así como su construcción en función del vacío existencial
ACTIVIDADES	1. Dinámica “Construcción de proyecto de vida” 2. Desarrollo de la sesión
ACTIVIDAD 1	Construcción de proyecto de vida.
OBJETIVO	
MATERIAL	Hojas de papel tamaño carta blancas, lápiz, goma, sacapuntas.
TIEMPO	20 min.
DESARROLLO	Se realizará un primer ejercicio de plan de vida a través de la construcción de objetivos y metas del participante.
CIERRE	Reflexionar en los obstáculos a vencer para el logro del proyecto de vida.
ACTIVIDAD 2	Desarrollo de la sesión.
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Generar un espacio de reflexión sobre la construcción del sí mismo y pautas de ajuste a la vida.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontará elementos abordados.

ANEXO 8.8 Descripción de Modulo 2. Sesión 7

MODULO 2. REVALORACIÓN DE LA VISIÓN DE SÍ MISMO Y DE LOS OTROS	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Generar en el adolescente la revaloración de sí mismo y de los otros propiciando la adaptación y relaciones interpersonales sanas.
DURACIÓN TOTAL	50 min.
SESIÓN 7	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Generar la revaloración de sí mismo propiciando el fortalecimiento del Yo.
ACTIVIDADES	1. Desarrollo de la sesión
ACTIVIDAD 1	Desarrollo de la sesión.
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Propiciar un espacio para la exaltación de las cualidades del participante, de tal manera de otorgar un sostén emocional, así mismo, brindar contención a las partes que el participante identifique como negativas en sí mismo, para ayudarlo a elaborar y aceptarlas. Trabajar los elementos de auto castigo y auto sabotaje que generan las partes no deseadas en sí mismo.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontará elementos abordados.

ANEXO 8.9 Descripción de Modulo 2. Sesión 8

MODULO 2. REVALORACIÓN DE LA VISIÓN DE SÍ MISMO Y DE LOS OTROS	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Generar en el adolescente la revaloración de sí mismo y de los otros propiciando la adaptación y relaciones interpersonales sanas.
DURACIÓN TOTAL	50 min.
SESIÓN 8	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Abordar la desconfianza/ansiedad que generan las interacciones sociales.
ACTIVIDADES	1. Desarrollo de la sesión
ACTIVIDAD 1	Desarrollo de la sesión.
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Realizar una sesión enfocada a trabajar las dificultades que tiene el participante en sus interacciones con los otros. Si posee un apego inseguro ansioso se abordará la ansiedad que genera la soledad y la necesidad de aprobación de los demás. Si posee un apego inseguro evitativo se abordará la falta de confianza en los demás. Si poseen un apego seguro se reforzará la confianza y se trabajarán las dificultades que hayan surgido como consecuencia del consumo de sustancias.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontará elementos abordados.

ANEXO 8.10 Descripción de Modulo 2. Sesión 9

MODULO 2. REVALORACIÓN DE LA VISIÓN DE SÍ MISMO Y DE LOS OTROS	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Generar en el adolescente la revaloración de sí mismo y de los otros propiciando la adaptación y relaciones interpersonales sanas.
DURACIÓN TOTAL	50 min.
SESIÓN 9	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Confrontar el sentimiento de autoeficacia compulsiva que conlleva considerar los vínculos secundarios a la consecución de logros.
ACTIVIDADES	1. Desarrollo de la sesión
ACTIVIDAD 1	Desarrollo de la sesión.
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Se abordará en sesión la evitación de la intimidad, la sobrevaloración de la independencia y el énfasis en los logros, derivados de la autoeficacia compulsiva que los hace considerar a los demás inferiores a ellos.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontará elementos abordados.

ANEXO 8. 11 Descripción de Modulo 3. Sesión 10

MODULO 3. ELABORACIÓN DE LAS FIGURAS PARENTALES	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Generar en el adolescente la revaloración de sí mismo y de los otros propiciando la adaptación y relaciones interpersonales sanas.
DURACIÓN TOTAL	70 min.
SESIÓN 10	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Clarificar elementos identificatorios en las figuras parentales
ACTIVIDADES	1. Dinámica “este soy yo, estos son mis padres” 2. Desarrollo de la sesión
ACTIVIDAD 1	Dinámica “este soy yo, estos son mis padres”
MATERIAL	3 hojas de papel tamaño carta blancas, lápiz, goma, sacapuntas.
TIEMPO	20 min.
DESARROLLO	Se pedirá al participante que en la primer hoja se dibuje a sí mismo al centro, y que del lado derecho escriba sus “defectos” y de lado izquierdo sus “virtudes”. Una vez ejecutada la petición se le pedirá que en la segunda hoja repita el procedimiento pero dibujando a su madre y haciendo referencia a los defectos y virtudes de su madre. Finalmente dibujará al padre en las mismas condiciones. Al finalizar se pedirá al participante que analice los dibujos.
CIERRE	Se sintetizarán las reflexiones obtenidas.
ACTIVIDAD 1	Desarrollo de la sesión.
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Abordar los elementos del participante que está interiorizando de los padres. Especialmente la identificación con la conducta adictiva de los padres y la agresión.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontará elementos abordados.

ANEXO 8.12 Descripción de Modulo 3. Sesión 11

MODULO 3. ELABORACIÓN DE LAS FIGURAS PARENTALES	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Propiciar la elaboración de figuras parentales.
DURACIÓN TOTAL	70 min.
SESIÓN 11	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Trabajar relación afectiva con el padre
ACTIVIDADES	1. Desarrollo de la sesión 2. Dinámica “Carta al padre”
ACTIVIDAD 1	Desarrollo de la sesión.
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Se confrontarán aspectos de la identidad del participante en relación al padre. Se abordarán sentimientos hacía él, especialmente si existe ausencia simbólica.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontará elementos abordados.
ACTIVIDAD 2	2. Dinámica “Carta al padre”
MATERIAL	Hojas blancas, lápiz, goma, sacapuntas.
TIEMPO	20 min.
DESARROLLO	Solicitar al participante que escriba una carta a su padre, clarificando los aspectos fantaseados del padre ideal y el padre ausente.
CIERRE	Abordar sentimientos de la experiencia. Se anticipará duelo por cierre de terapia.

ANEXO 8.13 Descripción de Modulo 3. Sesión 12

MODULO 3. ELABORACIÓN DE LAS FIGURAS PARENTALES	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Propiciar la elaboración de figuras parentales.
DURACIÓN TOTAL	70 min.
SESIÓN 12	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Trabajar relación afectiva con la madre
ACTIVIDADES	1. Desarrollo de la sesión 2. Dinámica “Carta a la madre”
ACTIVIDAD 1	Desarrollo de la sesión.
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Se confrontarán aspectos de la identidad del participante en relación a la madre. Se abordarán sentimientos hacía ella, así como la triangulación en cuanto a la relación del padre, y la actitud sobre indulgente hacía el tema de la droga.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontará elementos abordados.
ACTIVIDAD 2	2. Dinámica “Carta a la madre”
MATERIAL	Hojas blancas, lápiz, goma, sacapuntas.
TIEMPO	20 min.
DESARROLLO	Solicitar al participante que escriba una carta a su madre. Se trabajará la triangulación y se enfatizaran los afectos.
CIERRE	Abordar sentimientos de la experiencia. Se anticipará duelo por cierre de terapia.

ANEXO 8.14 Descripción de Modulo 3. Sesión 13

MODULO 3. ELABORACIÓN DE LAS FIGURAS PARENTALES	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Propiciar la elaboración de figuras parentales.
DURACIÓN TOTAL	70 min.
SESIÓN 13	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Explorar conducta adictiva de los padres y su papel en la perpetuación del consumo del hijo
ACTIVIDADES	1. Desarrollo de la sesión 2. Dinámica
ACTIVIDAD 1	Desarrollo de la sesión.
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Se abordará el papel que tiene el padre y la madre en la conducta adictiva del hijo, en cuanto a dobles discursos, identificación mediante el consumo o como perpetuadores del consumo. Se resaltarán la importancia de la autonomía del adolescente en la búsqueda de su identidad.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontarán elementos abordados.
ACTIVIDAD 2	
MATERIAL	
TIEMPO	20 min.
DESARROLLO	
CIERRE	Se anticipará duelo por cierre de terapia.

ANEXO 8.15 Descripción de Modulo 3. Sesión 14

MODULO 3. ELABORACIÓN DE LAS FIGURAS PARENTALES	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Propiciar la elaboración de figuras parentales.
DURACIÓN TOTAL	70 min.
SESIÓN 14	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Confrontar dinámica familiar y reivindicar el lugar del hijo como otro.
ACTIVIDADES	1. Desarrollo de la sesión 2. Dinámica
ACTIVIDAD 1	Aplicación del Test “Dibujo Kinético de la Familia”
MATERIAL	Hojas de papel tamaño carta blancas, lápiz, goma, sacapuntas.
TIEMPO	20 min.
DESARROLLO	Se solicita la consigna "haz un dibujo de tu familia, incluyéndote a ti haciendo algo". “Se observa la forma de realizar el dibujo, comportamiento y actitudes del participante durante la tarea. El propósito de esta actividad es confrontar los sentimientos del participante hacia sus familiares, así como el lugar en que se coloca entre ellos.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontará elementos abordados.
ACTIVIDAD 2	Desarrollo de la sesión.
MATERIAL	N/A
TIEMPO	50 min.
DESARROLLO	Se abordará en sesión el lugar que tiene el participante dentro de la familia. Se clarificarán comportamientos que evidencien que es objeto del deseo del otro, especialmente de la madre. se analizará su papel de consumidor como “objeto depositario” de los conflictos de los padres.
CIERRE	Se anticipará duelo por cierre de terapia.

ANEXO 8.16 Descripción de Cierre. Sesión 15

CIERRE	
OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO	Concluir el proceso terapéutico de los participantes.
DURACIÓN TOTAL	70 min.
SESIÓN 15	
OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	Cerrar el proceso de terapia en un clima positivo y alentador.
ACTIVIDADES	1. Desarrollo de la sesión 2. Dinámica de cierre
ACTIVIDAD 1	Desarrollo de la sesión.
MATERIAL	N/A
TIEMPO	35 min.
DESARROLLO	En esta última sesión se concluirá el proceso terapéutico del participante. Para ello se apalabraran los afectos experimentados y se abordaran las dificultades que el participante perciba. Finalmente se arribaran acuerdos para que el trabajo realizado continúe.
CIERRE	Se asociará lo trabajado en esta sesión con la anterior. Se confrontará elementos abordados.
ACTIVIDAD 2	2. Dinámica de cierre
MATERIAL	Hoja blanca con preguntas escritas con anterioridad, lápiz, goma, sacapuntas.
TIEMPO	35 min.
DESARROLLO	<p>El propósito de esta actividad es concretizar lo abordado verbalmente en la sesión, así, se facilitara el proceso de cierre, para ello se le solicitará al participante que responda a las preguntas escritas en la hoja de papel:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Cómo me siento al concluir la terapia? 2. ¿Qué trabajé en terapia? 3. ¿Qué no pude trabajar en terapia? 4. ¿Qué pienso de todo el proceso de terapia? 5. ¿Cómo podría mejorar el proceso de terapia para otros adolescentes? 6. ¿Cómo podría mejorar el terapeuta para el proceso de terapia? 7. ¿Cuáles son las dificultades que considero tendré después de concluir la terapia? 8. ¿Qué pienso hacer al respecto? 9. ¿A quién puedo recurrir en caso de necesitar ayuda? 10. ¿Quién soy ahora? <p>De tal manera que se puedan trabajar algunas de las respuestas que llamen la atención del terapeuta, en un clima empático y positivo, alentando al participante a continuar por sí mismo, pero recordando que en cualquier momento que requiera puede buscar apoyo psicológico en alguna institución.</p>
CIERRE	Concluir el proceso terapéutico empáticamente, alentar al participante a continuar esforzándose y trabajando en su salud y brindar una lista de instituciones de apoyo psicológico para que el participante la guarde por si la requiere en el futuro.