UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONFLICTOS SIGNIFICATIVOS Y MECANISMOS DE DEFENSA EN PACIENTES ALCOHÓLICOS

(Estudio realizado con el T.A.T. en el Centro de recuperación e internamiento para personas con problemas de alcoholismo y drogadicción, C.R.E.I.A.D.)

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA

AUTORA: Alexandra Delgado Rivera

DIRECTOR: Mst. Gerardo Peña Castro

Cuenca-2007.

A mi madre

AGRADECIMIENTO

Mis sinceros agradecimientos
a los profesores de la Escuela
de Psicología Clínica,
de manera especial al
Mst. Gerardo Peña, quien con
paciencia y buena voluntad
supo guiarme con sus conocimientos
en la elaboración de este trabajo.

A los integrantes del cuerpo médico
y administrativo del C.R.E.I.A.D.
quienes me permitieron realizar
este trabajo en dicho Centro;
especialmente al Dr. Patricio Cabrera,
Psiquiatra de la Institución.

A todas las personas,
que de una u otra manera
me apoyaron en el tiempo
transcurrido para la culminación de la
presente investigación.

Alexandra Delgado

RESUMEN

CONFLICTOS SIGNIFICATIVOS Y MECANISMOS DE DEFENSA EN PACIENTES ALCOHÓLICOS

(Estudio realizado con el T.A.T. en el Centro de recuperación e internamiento para personas con problemas de alcoholismo y drogadicción, C.R.E.I.A.D)

Para este trabajo se aplicó el T.A.T. a 23 pacientes internados en el C.R.E.I.A.D. en el año 2006, que podían bajar a consulta, con ellos se realizó seguimiento terapéutico y se obtuvieron los siguientes datos:

Las **necesidades** más importantes fueron las afectivas y de agresión que se encontraron en 22 casos, seguidas de las necesidades orales vistas en 21 pacientes. L**os conflictos significativos** más relevantes fueron la agresividad que se presentó en 22 casos, seguida de conflictos sexuales encontrados en 20 pacientes, los conflictos con el auto-imagen que se pudieron ver en 19 casos, rasgos paranoicos en 16 evaluados, conflictos con la figura materna y depresión, que se presentaron en 13 pacientes. Los **mecanismos de defensa** más utilizados fueron la regresión encontrada en 22 casos, la proyección en 21 y la represión en 18.

Palabras Claves: proyección, apercepción, asociación libre, necesidades, conflictos significativos y mecanismos de defensa.

ABSTRACT

SIGNIFICANT CONFLICTS AND MECHANISMS OF DEFENSE IN ALCOHOLIC PATIENTS

(A study carried out with the T.A.T. in the recovery Center and internment for people with problems of alcoholism and drug addiction, C.R.E.I.A.D)

For this work, we applied the T.A.T to 23 patients hospitalized in the rehabilitation center C.R.E.I.A.D. in 2006. We applied this work with patients who were able to attend to the doctor s office and we made therapeutic follow-up with them obtaining the following data.

The most important **needs** found in 22 cases, were the affective and the aggression ones, followed by the oral needs found in 21 patients. The most outstanding **significant conflicts** were of aggressiveness found in 22 cases, sexual conflicts in 20 patients, self-image conflicts in 19 cases, paranoiac features in 22 evaluations, maternal-image conflicts and depression in 13 patients. The **defense mechanisms** more used were regressions in 22 cases, projection in 21 and repression in 18.

Key words: projection, apperception, free association, necessities, significant conflicts and defense mechanisms.

ÍNDICE

	página
INTRODUCCIÓN.....	1
1. EL ALCOHOLISMO.....	3
1.1. Alcoholismo	
1.1.1. Definición	
1.1.2. Diagnóstico de Dependencia.....	4
1.1.3. Epidemiología.....	5
1.1.4. Factores.....	6
1.1.5. Factores de Riesgo.....	8
1.1.6. Curso.....	9
1.1.7. Coadicción o Codependencia.....	10
1.1.8. Comorbilidad o Diagnóstico Dual.....	11
1.1.9. Complicaciones.....	12
1.1.10. Efectos Psicológicos	
1.1.11. Consecuencias en niños de padres alcohólicos.....	13
1.1.12. Síndromes Cerebrales o Psicóticos	
1.1.13. Tratamiento.....	16
1.1.14. Pronóstico	
1.2. Explicaciones Psicológicas del Alcoholismo.....	17
1.2.1. Explicación Psicoanalítica del Alcoholismo	
1.2.2. Explicación Conductista del Alcoholismo.....	21
1.2.3. Otras Explicaciones Psicológicas del Alcoholismo.....	23
1.2.3.1. Teoría del Aprendizaje Cognitivo Social	
1.2.3.2. Teorías Socioculturales.....	25
1.2.3.3. Teoría de la Personalidad Alcohólica.....	27
1.2.3.4. Teorías Transaccionales.....	30
1.3 El Alcoholismo en el Ecuador.....	31
2. EL T.A.T.....	36
2.1. Tests Proyectivos	
2.2. Fundamento Teórico del T.A.T.....	38
2.3. Formas de aplicación del T.A.T.....	41
2.3.1. Aplicación Individual	
2.3.2. Auto-Aplicación.....	43
2.3.3. Aplicación Colectiva.....	44
2.4. Categorías de Calificación del T.A.T.....	45
2.4.1. El Tema Principal.....	46
2.4.2. El Héroe Principal	
2.4.3. Necesidades e Impulsos del Héroe.....	47

2.4.4. El Concepto del Medio Ambiente..... 48
2.4.5. Figuras vistas como..... 49
2.4.6. Conflictos Significativos
2.4.7. Naturaleza de las Ansiedades
2.4.8. Principales Defensas contra Conflictos y Temores
2.4.9. Adecuación del Súper Yó tal y como se manifiesta en el "Castigo" a un "Crimen"..... 50
2.4.10. Integración del Yó
2.5. Conflictos, Ansiedades y defensas en el T.A.T..... 51
3. ESTUDIO DE CONFLICTOS Y DEFENSAS EN PACIENTES ALCOHÓLICOS..... 53
3.1. Metodología
3.2. Presentación y Análisis Cuantitativo de los datos..... 55
3.2.1. Necesidades de los Pacientes..... 56
3.2.1.1. Necesidades afectivas y necesidades de agresión
3.2.1.2. Necesidades orales
3.2.1.3. Las necesidades de superación y de ayuda
3.2.1.4. Las necesidades de huída y de perdón
3.2.2. Conflictos Significativos..... 57
3.2.2.1. La Agresividad
3.2.2.2. Los Conflictos Sexuales
3.2.2.3. Los conflictos con su autoimagen..... 58
3.2.2.4. Los rasgos paranoicos de personalidad
3.2.2.5. Los conflictos con la figura materna y depresión
3.2.2.6. Los conflictos con la figura paterna
3.2.2.7. Los conflictos edípicos
3.2.2.8. Conflictos con el superyó
3.2.3 Mecanismos de Defensa..... 60
3.2.3.1. La regresión
3.2.3.2. La proyección
3.2.3.3. La represión
3.2.3.4. La formación reactiva
3.2.3.5. La racionalización
3.2.3.6. El aislamiento
3.3. Presentación y Análisis Cualitativo de los datos..... 61
3.3.1. Necesidades de los Pacientes
3.3.1.1. Necesidades Afectivas y Necesidades de Agresión
3.3.1.1.1. Las Necesidades Afectivas..... 62
3.3.1.1.2. Necesidades de Agresión..... 73
3.3.1.2. Necesidades Orales..... 81
3.3.1.3. La Necesidad de Superación y la Necesidad de Ayuda..... 88
3.3.1.3.1. La Necesidad de Superación
3.3.1.3.2. La Necesidad de Ayuda..... 92
3.3.1.4. La Necesidad de Huída y la Necesidad de Perdón..... 96
3.3.1.4.1. La Necesidad de Huída
3.3.1.4.2. La Necesidad de Perdón
3.3.2 Conflictos Significativos..... 97
3.3.2.1. La Agresividad
3.3.2.2. Los Conflictos Sexuales..... 100
3.3.2.3. Los Conflictos con el Autoimagen..... 104

3.3.2.4. Los Rasgos Paranoicos..... 109
3.3.2.5. Los conflictos con la Figura Materna y posible Depresión..... 113
3.3.2.5.1. Los Conflictos con la Figura Materna
3.3.2.5.2. Depresión..... 118
3.3.2.6. Los Conflictos con la Figura Paterna..... 121
3.3.2.7. Conflicto Edípico..... 125
3.3.2.8. Conflictos con el Súper Yó..... 126
3.3.3. Mecanismos de Defensa
3.3.3.1. La Regresión
3.3.3.2. La Proyección..... 127
3.3.3.3. La Represión..... 128
3.3.3.4. La Formación Reactiva..... 130
3.3.3.5. La Racionalización..... 131
3.3.3.6. El Aislamiento
3.4. Resultados
4.ESTUDIO DE CASO..... 137
4.1. Historial Clínico
4.2. Resultados del T.A.T..... 141
4.3. Análisis del Caso..... 145
CONCLUSIONES..... 176
BIBLIOGRAFÍA..... 183
ANEXOS

INTRODUCCIÓN

Es de conocimiento general que el alcoholismo es una enfermedad muy frecuente en nuestro medio y por ello es importante conocer cuáles son las necesidades principales, los conflictos significativos y los mecanismos de defensa que utilizan quienes padecen esta enfermedad.

El TAT es indicado para este fin, por ello lo hemos escogido como instrumento de investigación.

EL TAT (Test de Apercepción Temática) es un test proyectivo de personalidad que nos permite conocer, entre otros aspectos, los conflictos significativos de la persona evaluada y los mecanismos de defensa que utiliza.

Con este trabajo vamos a conocer la dinámica interna de los alcohólicos; esto será de gran ayuda para quienes trabajan con estas personas y para aquellos que estén interesados en conocer con profundidad la personalidad de los alcohólicos.

Presentaremos la base teórica de esta enfermedad lo que nos permitirá conocer con fundamento a los pacientes alcohólicos, (Capítulo 1), también presentaremos una explicación básica del test que utilizamos para evaluar la personalidad de los pacientes, del T.A.T., esto nos permitirá entender el test y conocer como se llegaron a los resultados obtenidos, (Capítulo 2.)

Luego daremos a conocer los resultados que se obtuvieron al evaluar a veintitrés pacientes del C.RE.I.A.D. que podían bajar a consulta, los presentaremos de forma cualitativa y cuantitativa y analizaremos estos resultados en base a ejemplos tomados de los pacientes que fueron objeto de esta investigación, (Capítulo 3.)

Para finalizar vamos a presentar el análisis de un caso que refleja la forma en que se trabajó con los pacientes del C.R.E.I.A.D. y explica de una buena manera la dinámica de la personalidad alcohólica, (Capítulo 4.)

Debemos decir, que tuvimos algunos inconvenientes en la realización de este trabajo, como fue el coincidir en horarios con los pacientes, ya que no todos podían bajar a consulta, y de los que podían bajar, algunos estudiaban y otros trabajaban, por ello no se pudo trabajar con todos los pacientes del Centro mencionado, y se trabajó solamente con quienes podían bajar a consulta y coincidíamos en horarios.

Incluso nos vimos obligados a descartar dentro de este estudio a algunos pacientes que sí se sometieron a evaluación y tuvieron seguimiento, pero no estuvieron el tiempo suficiente como para confirmar todos los datos del T.A.T. y terminar el proceso terapéutico.

A pesar de los inconvenientes, debemos decir que el trabajo con los pacientes sometidos a evaluación (23 pacientes) se realizó con regularidad y sin problemas que pudieran alterar los resultados obtenidos.

1. EL ALCOHOLISMO

Para iniciar con este trabajo, primero buscamos bases teóricas que nos ayuden a entender mejor lo que es el alcoholismo; por esta razón en este capítulo vamos a presentar la definición de alcoholismo, sus factores, las complicaciones, su curso, pronóstico, tratamiento, los efectos psicológicos, explicaciones del alcoholismo desde diferentes enfoques psicológicos, y por último presentaremos datos del alcoholismo en el Ecuador.

1.1. ALCOHOLISMO

1.1.1. Definición

Keller lo define como “un trastorno crónico del comportamiento, manifestado por ingestión repetida de bebidas alcohólicas que excede las costumbres dietéticas y sociales de la comunidad y que interfiere con la salud y con el funcionamiento social del individuo”.

Esta definición contiene criterios cualitativos, cuyos parámetros principales son malestar para la sociedad y para el individuo, de modo que según esto, cualquier modo de beber, en cualquier cantidad, que produzca bien sea daño físico, disfunción psicológica y/o social sería considerado alcoholismo. (1)

1.1.2. Diagnóstico de Dependencia

CRITERIOS DEL DSM-4 (para dependencia a una sustancia) (2)

Patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos expresado por 3 o más de los siguientes items en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

1. Tolerancia
2. Abstinencia
3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo mas largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, en el consumo de la sustancia o en la recuperación de los efectos de esta.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de tener problemas psicológicos o físicos, recidivantes o persistentes que aparecen causados o exacerbados por el consumo.

A continuación vamos a explicar que es la tolerancia y la abstinencia, (3)

---

(1) Cf. Ricardo José Toro Greiffenstein y Luis Eduardo Yepes Roldán, *Fundamentos de Medicina, Psiquiatría*, Corporación para investigaciones biológicas, Medellín, Colombia, 2004, pág 85.
(2) *DSMIV-TR*. *(Trastornos Relacionados con sustancias)* Mason, S.A, Barcelona , España, 2001, pág. 223-224
(3) Cf. *DSMIV-TR*. *(Trastornos Relacionados con sustancias),* Mason,S.A, Barcelona, España, 2001, pág. 217-252

Tolerancia, implica:

a. La necesidad de incrementos importantes en la cantidad de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado.

b. Reducción importante de los efectos con el uso continuo y con la misma cantidad de sustancia.

Abstinencia, manifestada por:

a. El síndrome de abstinencia característico de la sustancia, y

b. Ingestión de la misma sustancia, o una parecida para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

1.1.3. Epidemiología

•Es mas frecuente en hombres

•El alcohol es la droga mas utilizada en nuestra población ya que es legal su consumo, tiene mas aceptación social y no se consideran los efectos devastadores que producen en el consumidor y quienes le rodean.

•Contrario a lo que usualmente se piensa, quienes abusan o dependen del alcohol no son necesariamente personas carentes de ocupación o de un grupo familiar

•Las personas que consumen alcohol tienen 4 veces mas accidentes de trabajo, 5 veces mas costos por incapacidades y son responsables de casi la mitad de los accidentes industriales. (4)

---

(4) Cf. Ricardo José Toro Greiffenstein y Luis Eduardo Yepes Roldán, *Fundamentos de Medicina, Psiquiatría*, Corporación para investigaciones biológicas, Medellín, Colombia, 2004, pág 86.

1.1.4. Factores :

Existen varios factores del alcoholismo, vamos a explicar los que consideramos más importantes: (5), (6)

Factores personales

Dos razones básicas:

1. Con el fin de experimentar sensaciones nuevas o placenteras; que no se experimentan en situaciones de sobriedad.
2. Utilizar las sustancias como una alternativa para aliviar síntomas originados por trastornos psiquiátricos, personalidad, estado de ánimo, ansiedad.

Factores Biológicos(Química cerebral.)

El deseo para el alcohol durante la abstinencia, el dolor de la supresión y la tasa alta de recaídas se deben a la adaptación y dependencia del cerebro a los cambios en su química causados por el uso de largo plazo del alcohol. El alcohol actúa como un depresivo en el sistema nervioso central y causa relajación y euforia. En el cerebro, un grupo pequeño de mensajeros químicos, conocidos como neurotransmisores, es responsable de los cambios en el comportamiento después de beber alcohol. De interés especial para los investigadores son el neurotransmisor ácido aminobutérico gamma (GABA, gamma aminobutyric acid), la dopamina y la serotonina.

---

(5) Cf. Ricardo José Toro Greiffenstein y Luis Eduardo Yepes Roldán, *Fundamentos de Medicina, Psiquiatría*, Corporación para investigaciones biológicas, Medellín, Colombia, 2004, pág 88-92.
(6) Cf*. El alcoholismo 1*, www.monografías.com, 2006

Factores Genéticos

Por estudios en gemelos, adoptados y mellizos se tiene una gran evidencia de la influencia de factores genéticos en el abuso o dependencia al alcohol.

Recientemente un estudio de la Universidad de Granada titulado "Alcoholismo y drogadicción" dice demostrar que existe una predisposición genética en el desarrollo de la enfermedad del alcoholismo debido a una deficiencia en la producción de endorfinas de caracter hereditario que podría ser un condicionante en el desarrollo de ésta enfermedad.

En las personas con alcoholismo severo, los investigadores han ubicado un gen que afecta la función de una estructura de nervio-célula conocida como receptor de dopamina D2 (DRD2), el cual, a su vez, influye la actividad de dopamina. Este gen también se encuentra en las personas con el trastorno de déficit de atención, quienes tienen un mayor riesgo para el alcoholismo, y es también presente en las personas con el síndrome de Tourette y autismo.

La asociación de este gen con estos problemas neurológicos conduce a algunos expertos a creer que el gen receptor de dopamina D2 no es una causa primaria del alcoholismo, pero que las personas con este gen tienen mayor probabilidad de beber para tratar los síntomas psicológicos y conductuales de sus trastornos neurológicos.

Factores Familiares

El ambiente familiar es causal y perturbador para el consumo de sustancias.

Si un individuo desde temprana edad vive en una familia en la cual el consumo de alcohol es primordial para socializar, divertirse, enfrentar dificultades, etc. muy probablemente aprenderá esa conducta.

Cuando el ambiente en el que se vive carece de adecuada comunicación y está en permanente conflicto, tal situación aumentará mas la posibilidad de que un integrante de esta recurra al uso de sustancias como alternativa para evadirse de este ambiente poco propicio.

Factores Sociales y Culturales

•El entorno social enseña a consumir sustancias como alternativa de diversión y enfrentamiento de dificultades.

•Malas condiciones económicas.

•Ambientes estresantes.

•Situaciones de violencia y conflicto.

1.1.5. Factores de Riesgo

•Depresión y ansiedad

•Carencia de normas claras sobre su comportamiento.

•Falta de afecto genuino en la familia, ausencia de comunicación y respeto entre los miembros.

•La agresión, indiferencia y alejamiento emocional entre padres e hijos, así como entre ambos padres.

•Actitud permisiva ante el consumo de drogas, legales (alcohol y tabaco) o ilegales.

•Limitar la manifestación de emociones y sentimientos.

•Fracaso escolar o fallas académicas. A veces no es culpa del estudiante sino de circunstancias propias de la familia.

•Poca capacidad de adaptación al entorno social o intolerancia en casos de frustración.

•Desconocimiento sobre el riesgo real que implica el consumo de drogas.

•Fácil acceso a las sustancias adictivas.

•Tener una idea errónea de que su grupo acepta el consumo de drogas.

•Mal aprovechamiento de su tiempo libre. (7)

1.1.6. Curso

•La dependencia al alcohol es de carácter crónico y recurrente.

•Usualmente su curso es lento, progresivo; sus consecuencias negativas se presentan después de varios años.

•Muchos casos tienen su inicio en la adolescencia o en la etapa del adulto joven.

•El inicio de consumo de alcohol luego de estas etapas no es muy común, y si ocurre puede ser por la aparición de un trastorno psiquiátrico coexistente.

•Inicio a muy temprana edad de consumo de alcohol es un indicador de severidad del trastorno.

•La historia del inicio de consumo se da por: curiosidad, presión de los amigos.

•Si los efectos experimentados son desagradables, posiblemente no se usará la sustancia nuevamente.

•Si no lo son su uso será mas frecuente y aumentara la cantidad de consumo.

•Durante varios años no se hace evidente ninguna consecuencia negativa.

---

(7) Cf. *El alcoholismo 1*, www.monografías.com, 2006

•Posteriormente el consumidor empieza a percatarse de los efectos negativos generados por la conducta en sus diferentes áreas.

•Intenta por sus propios medios suspender el consumo, con el convencimiento de poder manejarlo, con intentos fallidos la mayoría de las veces.

•Finalmente se acepta el trastorno lo cual facilita la intervención para una ayuda.

•Pero no todos los consumidores recorren estas etapas. Algunos mueren convencidos de no tener dificultades con el uso de sustancias. (8), (9)

1.1.7. Coadicción o Codependencia:

Es el conjunto de actitudes o conductas asumidas por las personas cercanas al consumidor de alcohol, los cuales contribuyen al mantenimiento del trastorno adictivo.

Esta coadicción no solamente se presenta en los familiares del adicto sino también en las personas del medio laboral.

Los familiares ayudan al paciente con las dificultades económicas del adicto.

En el campo laboral sus compañeros encubren las ausencias, ayudan a realizar las labores de trabajo, etc. (10)

---

(8) Cf. Ricardo José Toro Greiffenstein y Luis Eduardo Yepes Roldán, *Fundamentos de Medicina, Psiquiatría*, Corporación para investigaciones biológicas, Medellín, Colombia, 2004, pág. 94-96.

(9) Cf. *DSMIV-TR*. *(Trastornos Relacionados con sustancias),* Mason,S.A, Barcelona, España, 2001, pág. 217-252

(10) Cf. *El alcoholismo 1*, www.monografías.com, 2006

1.1.8. Comorbilidad o Diagnóstico Dual

En la población de abusadores o dependientes de sustancia la comorbilidad oscila entre 30 a 80%

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes son: Trastornos Afectivos, Trastornos de la Ansiedad, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Esquizofrenia y otras Enfermedades Psicóticas, Trastornos Fóbicos, Trastornos por Estrés Post-traumático y Síndromes Orgánicos Cerebrales.

Entre los adolescentes, la lista de trastornos se amplía e incluye además:

•Trastorno de la Conducta y

•Trastorno por Déficit en la Atención.

También se informa sobre una gran variedad de trastornos de la personalidad asociados con el uso de sustancias, incluyendo: Trastorno de Personalidad Antisocial, Personalidad Borderline o Limítrofe, Personalidad Narcisista, Personalidad Pasivo-Agresiva, Trastorno de Personalidad por Evitación y Trastornos de Personalidad de Tipo Paranoide, Esquizoide y Esquizotípica.

Aproximadamente 50% a 65% de las personas que reciben tratamiento en clínicas de rehabilitación, presentaron trastornos mentales concomitantes. La comorbilidad más elevada correspondió a la población de personas encarceladas, donde aproximadamente 90% de los prisioneros diagnosticados con esquizofrenia o trastornos afectivos, tuvieron problemas por uso de alcohol o de drogas. (11), (12)

---

(11) Cf. Ricardo José Toro Greiffenstein y Luis Eduardo Yepes Roldán, *Fundamentos de Medicina, Psiquiatría*, Corporación para investigaciones biológicas, Medellín, Colombia, 2004, pág. 93-94.
(12) Cf*. El alcoholismo 1*, www.monografías.com, 2006

1.1.9. Complicaciones

•Pancreatitis aguda y crónica.

•Cardiomiopatía alcohólica.

•Neuropatía alcohólica.

•Varices esofágicas sangrantes.

•Degeneración cerebral.

•Cirrosis hepática.

•Complicaciones de la abstinencia alcohólica.

•Depresión.

•Problemas sexuales.

•Síndrome fetal alcohólico en los hijos de mujeres alcohólicas.

•Aumento de la presión arterial.

•Incremento en la incidencia del Cáncer.

•Insomnio.

•Deficiencias nutricionales.

•Suicidio.

•Síndrome de Wernicke-Korsakoff. (13), (14)

1.1.10. Efectos Psicológicos

El alcohol afecta en primer lugar al Sistema Nervioso Central y su ingerencia excesiva y prolongada puede provocar daño cerebral. Popularmente se cree que el alcohol incrementa la excitación, pero, en realidad deprime muchos centros cerebrales.

---

(13) Cf. *El alcoholismo 1*, www.monografías.com, 2006

(14) Cf. Ricardo José Toro Greiffenstein y Luis Eduardo Yepes Roldán, *Fundamentos de Medicina, Psiquiatría*, Corporación para investigaciones biológicas, Medellín, Colombia, 2004, pág. 92.

La sensación de excitación se debe precisamente a que al deprimirse algunos centros cerebrales se reducen las tensiones y las inhibiciones y la persona experimenta sensaciones expandidas de sociabilidad o euforia. Por eso se dice, que el alcohol "anestesia la censura interna".

Sin embargo, si la concentración de alcohol excede ciertos niveles en la sangre interfiere con los procesos mentales superiores de modo que la percepción visual es distorsionada, la coordinación motora, el balance, el lenguaje y la visión sufren también fuertes deterioros. (15)

1.1.11. Consecuencias en niños de padres alcohólicos

Los psiquiatras de niños y adolescentes saben que estos niños tienen un riesgo mayor para desarrollar problemas emocionales que los hijos(as) de padres que no son alcohólicos.

El alcoholismo corre en familias y los niños de padres alcohólicos tienen cuatro veces mayor probabilidad de ser alcohólicos que otros niños.

Un niño de este tipo de familia puede tener varios problemas: Sentimientos de culpa, Angustia o ansiedad, Vergüenza, Incapacidad para mantener relaciones interpersonales, Confusión, Enojo y Depresión.

1.1.12. Síndromes Cerebrales o Psicóticos

A continuación vamos a mencionar síndromes cerebrales o psicóticos causados por el consumo excesivo de alcohol. (16)

---

(15) Cf*. El alcoholismo 1*, www.monografías.com, 2006
(16) Cf*. El alcoholismo 2*, www.monografías.com, 2006

Síndrome de Abstinencia

Se presenta al suspender o disminuir la ingesta de alcohol. Los principales síntomas son: temblor, insomnio, ansiedad, nausea, diaforesis, alucinaciones visuales o auditivas transitorias.

Si el síndrome de abstinencia es severo pueden producirse convulsiones y delirium tremens. Es frecuente que el trastorno sea moderado, con una duración de 2 a 8 días.

Alucinosis Alcohólica

Sigue al consumo excesivo y prolongado de alcohol. Los síntomas son ilusiones y alucinaciones auditivas, frecuentemente acusadoras y amenazadoras; el paciente suele ser aprensivo y puede estar aterrorizado. El estado se asemeja a la esquizofrenia.

Delirium Tremens

Que consiste en un ataque muy agudo, una especie de locura donde el paciente ve imágenes espantosas y alucinantes, es un estado de delirio de un síndrome cerebral orgánico agudo, que pude estar asociado a la abstinencia. Pueden producirse pesadillas, alucinaciones.

El delirium tremens (síndrome de abstinencia grave) se inicia con episodios de ansiedad, confusión creciente, sueño escaso acompañado de pesadillas, sudación profusa y depresión profunda.

Las alteraciones pueden hacerle creer que el suelo se mueve, que las paredes se caen o que la habitación gira; el delirium tremens puede ocasionar la muerte.

El delirium tremens debe comenzar a desaparecer a los 12-24 h. En caso contrario debe atenderse de inmediato.

Cirrosis y Coma Hepático

Los pacientes con Cirrosis y Coma hepático, están ausentes a la aprensión, el pánico y la inquietud del delirium tremens. Estos pacientes están gravemente enfermos y requieren intervención médica inmediata.

Síndrome de Korsakoff

Se caracteriza por una grave alteración de memoria reciente, a menudo compensada por la confabulación. El síndrome está generalmente asociado a la ingesta excesiva de alcohol, o mal nutrición crónica o déficit dietéticos del grupo vitamínico B, pero pude producirse con otras enfermedades cerebrales orgánicas.

El síndrome de Korsakoff puede realizarse de forma insidiosa o súbita, siguiendo un episodio de delirium tremens.

Encelopatía de Wernike

El pronóstico es peor si también se desarrolla la enfermedad o la encefalopatía de Wernicke, generalmente muestra la tríada sintomática de parálisis ocular, alteración del pensamiento, entre otras. Estos pacientes deben recibir grandes dosis de vitaminas del complejo B por vía oral, y tiamina por vía parenteral.

Intoxicación Patológica

La intoxicación patológica es un síndrome poco frecuente caracterizado por movimientos repetitivos y automáticos y por la aparición de excitación extrema con comportamiento irracional no controlado tras ingerir una cantidad relativamente pequeña de alcohol.

1.1.13. Tratamiento

En el tratamiento para el alcoholismo se combinan la parte médica, psicológica y social.

En lo médico se desintoxica al paciente y para ello se utiliza medicación de sustitución u otros medicamentos según lo requiera el paciente.

En lo psicológico, dependiendo del enfoque teórico que se maneje, se brinda al paciente asistencia psicológica para que pueda adaptarse al medio sin necesidad de alcohol.

En lo social se trabaja con la familia y con los grupos de amigos, para que no contribuyan más a las recaídas de estos pacientes, se los orienta y se trabaja con las familias de los alcohólicos ya que ellos también son afectados por el alcoholismo.

1.1.14. Pronóstico

El alcoholismo es el mayor problema de salud, tanto social como económico. Está implicado en más de la mitad de accidentes de tráfico y muertes accidentales. Un alto porcentaje de suicidios se cometen combinando el alcohol con otras sustancias y hay muchas muertes relacionadas con el alcoholismo por las complicaciones relacionadas con la enfermedad. Los

programas de tratamiento tienen diferentes resultados, pero mucha gente con una dependencia del alcohol tiene una completa recuperación.

1.2. EXPLICACIONES PSICOLÓGICAS DEL ALCOHOLISMO

Las teorías psicológicas estudian la relación existente entre los trastornos psicológicos y el alcoholismo. Uno de los mayores problemas que se encuentran es el gran número de diferencias psicológicas entre alcohólicos.

Otra dificultad consiste en establecer que características psicológicas son previas al alcoholismo y cuáles son consecuencia del mismo. Además, hay que tener en cuenta lo difícil que resulta valorar los factores psicológicos.

A continuación se presentará un repaso de las explicaciones de algunas teorías (17), (18):

1.2.1. Explicación Psicoanalítica del Alcoholismo

Es sabido que su ingestión provoca, como toda bebida alcohólica, la reducción de represiones y quien bebe supone poder, bajo su influencia, encontrar palabras más fácilmente y actuar en forma desenvuelta, sin los tapujos propios de su estado "normal", reduciendo tensiones, ansiedad, culpa o vergüenza.

---

(17) Cf. *El Alcoholismo, Explicaciones Psicológicas del Alcoholismo,* www.rincondelvago.com, 2006.
(18) Cf. James Fadiman, Robert Frager, *Teorías de la personalidad,* Oxford University press, México, 2001, pág 331- 411.

Distintos autores acentúan la base depresiva del sujeto y su relación con la oralidad, en una equivalencia de la bebida alcohólica con la leche materna, como medio por el cual se calmarán angustias o ansiedades infantiles, como suministro incondicional e ideal que asegurará la presencia de quien ejerciera la función materna de cuidado y alimentación.

El intento en el beber se orientaría a llenar un vacío, en un movimiento impulsivo que, revitalizando la lógica de la necesidad, urge la incorporación del líquido en grandes cantidades.

Desde el psicoanálisis, Freud se refirió a las drogas definiéndolas como "quitapenas" que permitirían esquivar los límites que la realidad impone y acceder a un mundo que ofrecería mejores condiciones de sensación, planteando que el hombre necesitaría recurrir a lenitivos para poder soportar el dolor que la existencia plantea.

Y en 1912, en "Sobre la degradación de la vida erótica", texto incluido en "La psicología de la vida amorosa", hace una alusión directa al alcoholismo, diciendo que la relación del bebedor con el vino evocaría la armonía más pura, "como un modelo de matrimonio feliz", preguntándose por qué la relación del amante con su objeto sexual sería diferente.

Es conveniente mencionar que en muchos casos el uso de drogas responde a un impulso fallido para contender sensaciones de displacer, de insatisfacción de ideales y como tentativas de solución a la dependencia emocional.

En una revisión histórica de la literatura psicoanalítica sobre adicciones, Yorke y Khantzian, destacan la teoría de las pulsiones, otorgando importancia a la gratificación libidinal que proporcionaba el objeto droga, así como de sus

efectos placenteros de tipo regresivo. También destacaban el significado simbólico de la droga y la forma en que se utilizaba.

Al hacer referencia a las drogas en general, se decía que producían un estado de reminiscencia de la unión y cercanía infantil con la madre, resultando en una evitación continua de la ansiedad de separación.

Se ve en los alcohólicos una incapacidad para experimentar la graduación de los sentimientos, anticiparse al peligro o a utilizar señales afectivas para activar mecanismos de defensa; deficiente autoestima aunada a una escasa introyección del yo y de las imágenes objetales; alteraciones en el pensamiento y juicio, referidos a inmadurez, y finalmente, mecanismos de defensa y adaptación demasiado rígidos.

De acuerdo con el punto de vista psicoanalítico, la personalidad desempeñaba un papel importante en la etiología del alcoholismo. El alcoholismo, para esta teoría, es causado por los trastornos de la personalidad premórbida, y los alcohólicos deberían realizar cambios importantes y fundamentales en su personalidad para que el tratamiento tuviera éxito. El desarrollo y evolución del alcoholismo se explica entonces como fruto de los conflictos inconscientes originados durante la infancia temprana, bajo la forma de fijaciones o regresiones en los estadios psicosexuales pregenitales: oral, anal y fálico. De los alcohólicos fijados oralmente en su infancia emergen varias características de personalidad como la dependencia, la inmadurez, la baja tolerancia a la frustración y la incapacidad de demorar las gratificaciones, entre otras.

Otra explicación, en las teorías psicoanalíticas, es que los alcohólicos masculinos se caracterizan por sus tendencias homosexuales. Muchos

alcohólicos tienen dificultades sexuales, incluyendo dificultades en su orientación sexual.

Otras interpretaciones psicoanalíticas, como la defendida por Menninger (1938), constituyen una variante de la fijación oral, que considera que a causa de sus frustraciones orales, los niños enfurecidos con sus padres, pero incapaces de expresar sus impulsos hostiles, los dirigen hacia ellos mismos, y así el alcohol puede desempeñar una doble función: la de permitir a los alcohólicos gratificar sus ansias orales y gratificar sus tendencias autodestructivas.

El alcoholismo es en su origen un síntoma o síndrome más que una enfermedad. Un síntoma de una neurosis más profunda, un síntoma de dificultades emocionales, generalmente ligadas a problemas del ámbito familiar o social, que hallan salida por la evasión del alcohol.

Una diferencia de opinión que tiene el psicoanálisis con los sistemas de tratamiento social en exclusiva, es que el alcoholismo se puede curar definitivamente. Vale decir que el psicoanálisis no está de acuerdo con la sentencia utilizada en estos sistemas terapéuticos: "una vez alcohólico, siempre alcohólico".

Como se trata desde una perspectiva de síntoma más que de enfermedad, con la psicoterapia, en la medida en que la neurosis que está por debajo del síntoma alcohólico, se resuelva, el síntoma, sea de consumo de alcohol como cualquier otro síntoma neurótico, como una depresión o una fobia por ejemplo, se resolverá definitivamente. Se ha tenido seguimientos de pacientes de más de 15 años, en los que se ha reconformado la personalidad profunda que los había llevado a la adicción y que han dejado de lado la

experiencia de las recaídas y el alcohol está fuera de toda duda curado de la compulsión del consumo. Y es el psicoanálisis el tipo de psicoterapia que nos ofrece la mejor posibilidad en estos cuadros de adicción. (19)

1.2.2. Explicación Conductista del Alcoholismo

Las teorías del aprendizaje o teorías conductuales ayudan a comprender los procesos de adquisición del hábito de consumo de alcohol. Difícilmente puede negarse el hecho de que en el alcoholismo interviene un considerable componente aprendido. Desde este punto de vista, se mantiene que la conducta de consumo de alcohol se rige por las mismas leyes fundamentales el aprendizaje que explican la adquisición y el mantenimiento de otras pautas de conducta. Además, se enfatiza la idea de que un único factor no es suficiente para provocar una dependencia del alcohol, sino que estaría determinado por múltiples variables individuales y ambientales.

La premisa básica del condicionamiento operante se basa en el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta (como la de beber alcohol) está determinada por sus consecuencias. Cualquier estímulo que incremente la probabilidad de una conducta se denomina reforzador.

En este caso, el alcohol estimularía directamente el denominado "sistema de recompensa cerebral", sistema que, normalmente, es estimulado por otras sustancias y conductas que tienen un valor de supervivencia para el individuo (por ejemplo, ingerir alimentos o beber agua.)

---

(19) Cf. Francisco Ramón Martín, MD, *Explicación Psicoanalítica del Alcoholismo,* www.alfinal.com, 2006.

Por tanto, el condicionamiento operante explica la conducta de beber como resultado de obtener, bien una recompensa o estado afectivo positivo producido por el alcohol, o bien la evitación o reducción de un estado afectivo y/o físico negativo provocado por la ausencia del mismo. Las personas consumen alcohol porque prefieren el estado placentero, que supuestamente sigue a su consumo, al estado que inmediatamente precede a su uso. La conducta de beber alcohol estaría mantenida por sus consecuencias. Los efectos reforzantes que los seres humanos obtienen por consumir alcohol no solamente son farmacológicos (los efectos eufóricos y desinhibidores), sino también sociales (el aumento de reconocimiento social, la aprobación por parte de los compañeros, etc.) No sólo "sentirse bien" es un reforzador, sino que el "percibir que los otros te aceptan y te perciben bien", a pesar de que la gratificación fisiológica no sea totalmente positiva, puede ser suficientemente fuerte para originar y mantener una conducta de abuso de alcohol.

Por otro lado, la conducta de consumo de alcohol también está controlada por reforzamiento negativo. Un reforzamiento negativo consiste en la retirada o evitación de una situación o estímulo aversivo contingentemente (inmediatamente después) a una determinada conducta (en este caso, la conducta de beber alcohol.) Esto es, factores tales como la posibilidad de la reducción de los estados de ansiedad o depresión pueden determinar la adquisición y mantenimiento del consumo de alcohol.

La conducta de reaccionar ante un estímulo emocional desagradable, obteniendo alivio mediante una sustancia química, como el alcohol, se aprende con facilidad, particularmente cuando dicha conducta recibe la aprobación de la cultura o subcultura en la que el sujeto desea integrarse. Además, cuando las

personas han alcanzado cierto grado de dependencia del alcohol, como resultado de su uso continuado, tienden a consumirlo para reducir el estado aversivo (síntomas de abstinencia) producido por la ausencia del mismo.

1.2.3. Otras Explicaciones Psicológicas del Alcoholismo

1.2.3.1. Teoría del Aprendizaje Cognitivo Social

Entre los principios de la teoría del aprendizaje social desarrollados acerca del consumo y abuso del alcohol, destacan los siguientes:

•El aprendizaje de beber alcohol es una parte integral del desarrollo psicosocial y del proceso de socialización en nuestra cultura.

•Las diferencias individuales y los factores predisponentes pueden actuar junto con los agentes socializadores y las situaciones en el desarrollo del patrón inicial de consumo del alcohol.

•Las experiencias directas con el alcohol son de gran importancia para que continúe el desarrollo y la experimentación con el alcohol.

•En la medida en que cualquier factor predisponente interactúa con la demanda situacional actual, se sobrecarga la capacidad de afrontamiento efectivo y la percepción de eficacia de la persona se verá disminuida, siendo más probable que se dé mas el abuso del alcohol que el consumo propiamente dicho. La probabilidad de que continúe el consumo de alcohol será alta si el individuo es incapaz de aprender a desarrollar alternativas o habilidades de afrontamiento más adaptativas.

•Si el consumo se mantiene, la tolerancia adquirida hacia sus propiedades directas y reforzantes, actuaran para promover la ingestión de

cantidades más grandes y así obtener los mismos efectos que previamente se obtenían con cantidades más pequeñas.

•Si el nivel de consumo aumenta y se mantiene a lo largo del tiempo, el riesgo de desarrollar la dependencia física y psicológica aumenta, y en este punto, el consumo de alcohol puede ser reforzado negativamente mediante la evitación de los síntomas de abstinencia.

•Las consecuencias individuales y sociales de la bebida pueden incrementar el estrés y producir un círculo de interacciones negativas entre la persona y el medio en el que se encuentra.

•La recuperación dependerá de la habilidad de elegir y explorar formas alternativas de afrontamiento.

En general, parece que las habilidades de afrontamiento en los acontecimientos de cada día y las formas especificas de habilidades de autocontrol se requieren para manejar la bebida de forma adecuada.

En general, los individuos aprenden considerando las consecuencias de su consumo, a predecir los efectos del alcohol, al atenuar éste su malestar personal y disminuir su estimulación fisiológica, adquiriendo así una expectativa de resultado aprendida.

Definamos los conceptos de “ansia” y “pérdida de control”. El ansia se define como un sistema complejo de respuestas interrelacionadas con componentes subjetivos, fisiológicos, bioquímicos, y conductuales que en ocasiones están parcialmente emparejados. El ansia es un conjunto de respuestas aprendidas que pueden ser extinguidas de la misma forma que las reacciones de miedo en los pacientes fóbicos. Se rechaza así el punto de vista tradicional de que la bebida es automática e involuntaria y que arrastra al sujeto

bajo una poderosa demanda física a beber. Más bien la persona desea y espera consecuencias especificas como lo es la reducción de estados aversivos(por ejemplo, el estrés), o conseguir estados positivos.

Desde esta teoría se plantea que las consecuencias de una o más bebidas en el alcohólico abstinente estarán en función no solo del esquema cognitivo de este, sino del contexto social en que la bebida ocurra y de las consecuencias especificas de reforzamiento propios de ese ambiente.

1.2.3.2. Teorías Socioculturales

A nivel supracultural Bacon opina que el alcoholismo aparece en las culturas que combinan la falta de indulgencia con los niños, la competitividad y una postura restrictiva de las actitudes de dependencia en los adultos.

Otras teorías culturales y subculturales atribuyen el alcoholismo a las escasas expectativas de movilidad social, debidas a la incapacidad del individuo para aprovechar las oportunidades que ofrece la comunidad, lo cual puede generar frustraciones que empujen al alcoholismo. Una vez iniciado éste, quizá sean los factores culturales los que determinen las consecuencias más características de la enfermedad (por ejemplo, la pérdida de control que presentan los anglosajones frente a la incapacidad de abstenerse de beber que presentan los Franceses debido a su costumbre de beber todos los días.)

Otra teoría se relaciona con las hipótesis de reducción de las tensiones, esta vincula los índices de alcoholismo con un supuesto grado de estrés cultural. Pero resulta muy difícil realizar medidas comparativas fiables del estrés entre distintos grupos o subgrupos sociales, controlando al mismo tiempo otros factores importantes.

La hipótesis que considera el papel del sexo en el alcoholismo y en los hábitos de bebida, incorpora parámetros culturales y psicológicos. Desde este punto de vista, las costumbres sociales que prohíben a la mujer beber en público y tomar bebidas fuertes explican la menor incidencia de la enfermedad entre las mujeres. Las que muestran comportamientos sexuales ambiguos, que adoptan posturas masculinas en el trabajo, en la familia o en la escuela, parecen mostrar una mayor susceptibilidad al alcoholismo. Sin embargo, aunque las mujeres alcohólicas tienden a asumir roles masculinos, esto podría ser más una consecuencia que una causa del alcoholismo.

Ciertas teorías que estudian los motivos que inducen a la bebida, no necesariamente al alcoholismo, hacen hincapié en las experiencias de aprendizaje en la adolescencia. Las prácticas sociales que fomentan la bebida como una forma de comportamiento adulto, crean una especie de presión sobre el individuo, bien de tipo formal, bien de tipo informal. En este sentido también es importante el ejemplo de los padres, especialmente el de la madre. Sin embargo, la relación del adolescente con el alcohol está marcada por otros factores, como el status socioeconómico, la pertenencia a grupos étnicos o el lugar de nacimiento, dado que todos estos factores suponen diferencias en cuanto a la frecuencia y cantidad de la ingestión de alcohol.

Otra causa determinante del alcoholismo es la incapacidad para enfrentarse a los problemas de la vida diaria. Esto explica que entre los jóvenes sea frecuente encontrar el alcoholismo asociado al consumo de otras drogas. Este hecho puede estar asociado a sentimientos de alienación social o familiar, pero es difícil determinar si estos sentimientos fueron el motivo del alcoholismo,

o si, por el contrario, existen otros factores que influyeron tanto en la aparición del alcoholismo, como en los sentimientos de alienación.

También se dice que nuestra sociedad es demasiado permisiva con la publicidad de bebidas alcohólicas, lo que hace aumentar su consumo, y quizá el número de alcohólicos.

1.2.3.3. Teoría de la Personalidad Alcohólica

El Dr. Ernesto Lammoglia dice que los alcohólicos tienen una personalidad inadecuada, o sea una personalidad emocional deformada. Esto comprende el sector del temperamento y el carácter que va a dar origen a las emociones, los impulsos amorosos o agresivos, los sentimientos, la tendencia a valorarse a uno mismo, la seguridad, todo el registro de la sexualidad y las necesidades primitivas, como son el beber y el comer, bajo su enfoque de placer y no placer.

El alcohólico puede darse cuenta de que el alcohol "combate" su timidez, y tiene la impresión de que lo estimula y le da otra personalidad. En un estado de ansiedad o depresión el alcohol es, como una anestesia y un relajante, y proporciona una tranquilidad y alegría ficticias; o bien, si se trata de un estado de inseguridad, "le da confianza" o le hace "olvidar".

En la personalidad alcohólica, se encuentra siempre un patrón de dependencia con ira reprimida, un sentimiento de ser rechazado por los padres y un intenso deseo de afecto. Existe también un sentimiento de culpa a causa del resentimiento que tienen hacia la vida o hacia los padres, así como un sentimiento de inferioridad a causa de su pasividad y dependencia.

Basándose en la observación clínica, se pueden presenciar ciertos rasgos que caracterizan la personalidad alcohólica:

1. Inmadurez emocional. Lo que le da un carácter "infantiloide" y lo incapacita para gobernar sus frecuentes cambios emocionales.

2. Tendencia a crear dependencias emocionales. Su responsabilidad es casi nula y la difiere por naturaleza hacia otros, lo que lo hace, posteriormente, justificarse sistemáticamente y "culpar" a los demás de todo lo que le acontece;

3. Egocentrismo. El ego débil del enfermo alcohólico y su enorme necesidad de gratificaciones a corto plazo hacen del alcohólico un ser dispuesto y necesitado de ser el centro o de llamar la atención de todos cuantos le rodean y a costa de lo que sea.

4. Incapacidad de amar. Como dice Horney, del dilema entre la incapacidad neurótica de querer y la angustia de la necesidad de ser querido. Esta incapacidad la compensa el enfermo, con una creciente habilidad para aparentar que ama.

5.Homosexualidad latente.

6. Labilidad o endebles emocional. La fragilidad o la nula capacidad del enfermo para "gobernar" sus emociones e integrarlas correctamente a sus patrones conductuales de vida es otra característica del alcohólico.

7.Conducta impulsiva. Actitudes y conductas cambiantes, y a veces impredecibles.

8. Angustia patológica o existencial. La probable carencia de endorfinas hace del alcohólico un ser extraordinariamente vulnerable a sus emociones y, siendo el miedo la emoción natural más intensa y negativa en el ser humano, en el alcohólico esta sensación se encuentra a ultranza, constituyendo una

verdadera "sombra" que acompaña al alcohólico en cualquier actividad o circunstancia, por intrascendente que ésta sea.

9. Soledad existencial. El alcohólico se siente sólo siempre.

10. Mitomanía y mundo fantástico.

11. Tendencia a la manipulación.

12. Incapacidad para integrarse a los grupos humanos. Su manera distorsionada y desproporcionada de concientizar sus defectos de carácter, como a los constantes juicios o críticas de que es víctima no le permiten integrarse.

13. Incapacidad para asimilar las experiencias.

14. Incapacidad para tolerar la frustración.

15. Incapacidad para tolerar el sufrimiento. Hay una baja producción de endorfinas encefálicas, que precisamente entre sus efectos más destacados, tiene el de ayudar a resistir el sufrimiento físico y emocional. De tal forma, la constitución del alcohólico, le hace imposible modular sus respuestas ante estímulos afectivos (Hangell y Tunuing) y responder con una gran ansiedad ante la presencia de conflictos (Jellinek, 1960), o bien ante todo tipo de disturbios, o simplemente de pensamientos negativos que le genera su mente y que le causan tensión.

16. Vivir sufriendo y sufrir viviendo. (Kessel, en su libro Alcohólicos Anónimos)

17. Tendencia a la evasión.

18. Beber. Este desasosiego, esta inaceptación y su necesaria compensación, el autoengaño, lo van llevando lenta, pero implacablemente hasta la fuga final, hasta lo único que encuentra como paliativo temporal, como

"anestésico" para sus emociones: el alcohol; por ello, inexorablemente el joven con predisposición genética al alcoholismo, con el tipo de personalidad que hemos descrito hasta aquí, tiene que beber.

1.2.3.4. Teorías Transaccionales

Estas teorías gozan actualmente de bastante popularidad. (20) A grandes rasgos se basan en la hipótesis de que el inicio del alcoholismo y su persistencia se deben a problemas de comunicación, que se agudizan conforme la edad avanza. Tal como señala Steiner, es como si el hecho de emborracharse fuera un juego en sí mismo que sirve de refuerzo positivo al alcohólico.

Según esta teoría, el alcoholismo es una forma de interacción entre el alcohólico y su familia, que utilizan el alcohol y sus consecuencias como una excusa para su comportamiento. Como resultado, pueden producirse una serie de mensajes con doble sentido (por ejemplo, se le dice al alcohólico que no beba pero se deja cerveza en la nevera), se delegan las responsabilidades familiares y siempre se cuenta con una excusa válida (por ejemplo, “lo hice porque estaba borracho”)

De esta forma, se crea un círculo vicioso que refuerza el consumo de alcohol.

Por esto, una de las consecuencias paradójicas es que cuando el alcohólico deja de beber, el núcleo familiar pierde cohesión y es necesario establecer nuevas reglas para que dicha familia pueda sobrevivir.

---

(20) Cf. Mauricio Andolfi, Israel Zwerling, *Dimensiones de la Terapia Familiar,* ediciones Paidos, Barcelona, Buenos Aires México, cap. 4

1.3. EL ALCOHOLISMO EN EL ECUADOR

Los datos que ahora vamos a presentar fueron obtenidos de la página web del CONSEP. (21)

Una nueva alarma se prendió sobre la situación en Ecuador de las drogas. En los últimos diez años el país ha cambiado de ser una zona de tránsito de drogas a un centro de acopio, incipiente producción, envío camuflado de sustancias y lavado de dinero. Esto ha causado una grave situación en los jóvenes entre 12 y 18 años.

El consumo, junto a escasas campañas de prevención de sustancias adictivas para los adolescentes, ha determinado que la prevalencia del consumo de drogas se duplique, en los últimos ocho años. Eso, de acuerdo a la segunda encuesta nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media realizada por el Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefaciente y Psicotrópicas (CONSEP) con el apoyo de la Organización de Estados Americanos (OEA.)

Los especialistas encuestaron a 13 912 estudiantes de colegios públicos y privados entre del país y entre las edades de 13 y 15 años. El resultado global es que el consumo de licor, tabaco y las drogas ilícitas, se inicia a menor edad y que es cada vez mayor el número de jóvenes que consumen.

El 73 por ciento de los encuestados admitió haber probado alguna vez alcohol desde los 14 años en adelante.

(21) Cf. www.consep.gov.ec/comunicacion, 2006

Los estudiantes inician el consumo de alcohol, a los 13,7 años. Esto implica un incremento respecto a las cifras de 1998 (año de la primera Encuesta Nacional), cuando el consumo de alcohol iniciaba a los 14,8.

El reporte establece que en los colegios donde más se consume alcohol son los privados, mixtos y nocturnos.

El alcohol, es la droga más consumida: el 61,2% de los secundarios encuestados dijeron haberlo probado.

Esta cifra es mayor que la de 1998 que era de 53,9%. Ha habido un incremento del 7,3%. La encuesta del CONSEP del 2006 revela que el 71,3% de prevalencia de vida sobre alcohol está en Quito, mientras que el 60,4% está en Guayaquil.

En las salas de emergencia de todo el país se ven fracturas, heridas, muerte, luego de los accidentes de tránsito en su mayoría causados por el consumo excesivo de alcohol. El año pasado se reportaron 453 accidentes de tránsito relacionados con el alcohol solo el mes de diciembre. El tráfico originado por la euforia en esta época, crea una angustia generalizada que causa mayor número de accidentes.

Los conductores detenidos en estado de ebriedad fueron en mayor porcentaje en el sector urbano, y se producen los fines de semana, de 18:00 a 20:00 horas. Camionetas y automóviles son los mayores causantes de los percances, según los estudios de la entidad.

Los conductores no identificados, abandonan el vehículo y se fugan del lugar, cifra que supera a los conductores detenidos.

Las diferentes campañas de prevención del consumo de alcohol están dirigidas a la población juvenil por medio de las brigadas estudiantiles, debido a

que hasta septiembre del 2006 se registraron en el Ecuador la muerte de 1.350 jóvenes, de acuerdo a la información del CONSEP.

Datos estadísticos revelan que el 62 por ciento de jóvenes ecuatorianos que se encuentran en los colegios, han bebido cerveza y vino, producto que puede ser adquirido en la actualidad en cualquier sitio, sin que exista el control de la Intendencia y Servicios Públicos Municipales.

El 30% de la venta de licor en el Ecuador se realiza solamente en el mes de diciembre. Uno de los problemas es que nos hemos sentado a tolerar los estados alcohólicos de las personas, cuando una sociedad alcanza los niveles que nosotros hemos alcanzado de consumo de alcohol, vemos como si fuera una conducta normal, si es normal, no la percibimos como riesgosa, en realidad ni vemos un estado tóxico sino vemos un “borrachito”.

Según el estudio, la mayoría de consumidores se encuentra en familias donde los padres ignoran dónde están sus hijos o han tenido problemas como el divorcio. La mayoría de los consumidores están en unidades educativas privadas donde los chicos sienten que no tienen confianza con sus profesores para tratar problemas personales.

El rol de la familia es muy importante, en el estudio del Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP) se concluye que la mayor proporción de alumnos consumidores proviene de familias de padres divorciados.

Respecto a la migración, que según la investigación afecta directa o indirectamente al 65,4% de los jóvenes encuestados, la incidencia en el consumo de drogas es mayor cuando es la madre la que ha debido irse del país.

Además, el mayor porcentaje de consumidores se encuentra en los chicos cuyos padres ignoran los sitios donde se encuentran luego de salir del colegio, o en los que los progenitores no controlan los programas de televisión que ven sus hijos.

Asimismo, hay una gran proporción de jóvenes consumidores que no informan a los padres cuando estos les preguntan sobre lo que han hecho o harán en su tiempo libre.

Además, estos padres no conocen mucho acerca de los amigos de sus hijos y no están en casa en el momento en que los muchachos llegan del colegio.

De esta manera, el informe señala que a escala nacional existe un 38,3% de control familiar sobre los adolescentes y, en los consumidores, hay un 10% de ese control. De allí que el papel de la familia es trascendental en la formación y desarrollo del joven.

Según datos oficiales del CONSEP, en el 2006, el consumo de licor en el Ecuador se inicia, en promedio, a los 9 años.

Este problema ha originado graves consecuencias en el ámbito social. En el campo familiar, el alcohólico no es la única víctima, sino también sus familiares. De hecho, la mayor cantidad de maltratos físicos se dan bajo efectos del alcohol; por tanto, la violencia y disfunción familiar está relacionado con este mal.

Según datos del CONSEP existen un 10% de población que no consume licor en el Ecuador, el 30% bebe ocasionalmente y tienen problemas con el alcohol el 60% de los ecuatorianos, de ese 60% el 10% son enfermos alcohólicos. Pero la línea que divide el bebedor problema del alcohólico es muy

frágil. Muchos alcohólicos reconocen no haberse dado cuenta que tenían este problema hasta que fue irreversible.

Con lo que hemos visto en este capítulo podemos concluir que:

1. El **alcoholismo** es el **consumo incontrolado de alcohol que interfiere en todas las áreas del ser humano y a su entorno**.
2. Hay varias teorías psicológicas que explican el alcoholismo, sin embargo, la que a nuestro parecer lo explica profundamente es **la teoría psicoanalítica**, ya que nos da su origen, y **ve al alcoholismo como un síntoma de algo más grande que ocasiona que el sujeto beba**; por esto no se preocupa de que el paciente deje de beber, mas bien, trata de encontrar la razón que lo lleva a beber, su motivo interno para hacerlo.
3. Aunque vemos que existen varios factores para el alcoholismo, notamos que el **Ecuador tiene una cultura que propicia el alcohol, como medio para divertirse y para evadir problemas**, además que el índice de migración y divorcios es alto y esto contribuye a que el alcoholismo vaya en aumento ya que las familias en estas circunstancias se encuentran en su mayoría desorganizadas y no son un medio protector, sino más bien inducen al alcoholismo.

2. EL T.A.T.

En este capítulo vamos a hablar del T.A.T., test proyectivo, en el que nos hemos basado para la evaluación de la dinámica de la personalidad de los pacientes alcohólicos.

Vamos a dar a conocer que son los tests proyectivos, su fundamento teórico, la forma de aplicación, la manera de calificar y la relación que existe entre conflictos, ansiedades y defensas según el T.A.T. (22)

2.1. TESTS PROYECTIVOS

"El TAT (Test de Apercepción Temática) es un test proyectivo que constituye el prototipo de una investigación dinámica y holística de la personalidad.

Etimológicamente el término proyección se lo encuentra en tres sentidos:

El primer sentido denota una acción física, Freud ha designado aquí, una acción física que consiste en expulsar de la conciencia los sentimientos reprensibles para atribuirlos a los demás.

---

(22) Cf. Leopoldo Bellak*, "El uso clínico de las pruebas psicológicas del T.A.T, C.A.T. y S.A.T*". Editorial El Manual Moderno, S.A, 1990, Cap. 1, 2, 4.

El segundo sentido es matemático: La proyección hace corresponder a un punto del espacio un punto de una recta o de una superficie. Parecidamente, los tests proyectivos llevan al sujeto a producir un protocolo de respuestas tal que la estructura de este protocolo corresponde a la estructura de su personalidad.

El tercer sentido, tiene su origen en la óptica. Un test proyectivo es como un rayo X que, atravesando el interior de la personalidad, fija la imagen del núcleo secreto sobre un revelador y permite luego una lectura fácil por agrandamiento, proyección creciente sobre una pantalla.

Lo que esta oculto es, así, puesto a la luz; lo latente deviene manifiesto; lo interior es llevado a la superficie; lo que hay de estable y también de anudado en nosotros se encuentra develado.

El TAT requiere del sujeto el recurso del lenguaje verbal sintáctico, le presenta un tiempo vacío que el sujeto va a organizar a partir de los elementos claves de su historia personal y va a ser remitido a la segunda infancia. Se constituye entonces el drama personal del individuo, que es la puesta en imágenes de su conflicto defensivo.

Los tests proyectivos temáticos, cuyo modelo es el TAT, revelan los contenidos significativos de una personalidad: naturaleza de los conflictos, deseos fundamentales, reacciones al entorno, mecanismos de defensa, momentos claves de la historia vivida; es decir la dinámica del yo." (Didier ANZIEU)

El test de apercepciòn temática es una técnica para la investigación de la dinámica de la personalidad tal y como se manifiesta en las relaciones

interpersonales y en la apercepción o interpretación significativa del medio ambiente.

A los sujetos se les pide relatar historias sobre algunas láminas, con lo cual se supone que revelarán su apercepción personal, individual, de los estímulos propositivamente ambiguos.

Si aceptamos la hipótesis del determinismo de la conducta psicológica, resulta que podemos deducir características de personalidad basándonos para ello en cualquier cosa que haga un individuo. Así las historias que realice el sujeto reflejarán su personalidad.

Dentro de los puntos que nos deja ver el TAT están los conflictos significativos.

"Cuando estudiamos los conflictos significativos de un individuo, no tan solo deseamos conocer la naturaleza del conflicto sino también las defensas que el sujeto usa contra dicho conflicto.

Al designar que tendencia impulsiva o fuerza está en conflicto con el súper yó se especifica también en una o dos palabras la conducta resultante.

Aquí, como en el estudio de las ansiedades y en la estructura general del progreso de la historia(narrada ante las láminas), tenemos una oportunidad excelente para el estudio de la estructura del carácter y del pronóstico del sujeto".

2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO DEL T.A.T.

El T.A.T. es una prueba de contenido, en la que se le pide al sujeto que desempeñe una tarea compleja. Le pedimos que deje correr su mente en forma libre, es decir, le inducimos a cierta autoexclusión del yo; luego continuamos

nuestras instrucciones para que relate una historia acera de la lámina diciéndonos qué está pasando, qué fue lo que condujo a esa situación y cual será el final. Al igual que en las asociaciones libres y en las producciones artísticas, la ejecución del T.A.T. y de otras técnicas proyectivas presupone una función oscilante del yo.

El abandonarse nos da el contenido de las tendencias impulsivas y al observar las funciones oscilantes y las defensas en contra del material impulsivo, podemos inferir la fuerza del yo y observar, el contenido de las tendencias impulsivas que no aparecen a primera vista.

Vemos que en un principio el término **proyección** fue empleado como un mecanismo de defensa, sin embargo la proyección aparece también donde no hay conflictos.

La proyección de las percepciones internas hacia el exterior es un mecanismo primitivo que también influye sobre nuestras sensopercepciones, y es aquí donde tiene su mayor participación para conformar nuestra imagen del mundo exterior. En circunstancias que aún no han sido suficientemente determinadas, se proyectan al exterior las percepciones internas de procesos ideativos y emocionales, de la misma manera que las sensopercepciones.

Lo que proyectamos sobre la realidad exterior, no puede ser otra cosa que nuestro conocimiento de la coexistencia de la percepción y el recuerdo, o de la existencia de procesos psíquicos inconscientes y concientes.

La principal suposición de Freud es la de que los recuerdos de las percepciones influyen sobre la percepción de los estímulos actuales. La interpretación del T.A.T. se basa en esta suposición.

Vamos a hablar por ello de **apercepción** como el proceso mediante el cual la nueva experiencia es asimilada y transformada por el residuo de la experiencia pasada de cualquier individuo para formar una nueva totalidad. El residuo de la experiencia pasada se conoce como masa aperceptiva.

El T.A.T. se basa en algunos principios que son:

El punto de vista organísmico; que dice que cualquier parte es una función del todo, cualquier aspecto de la conducta humana puede utilizarse para examinar, una prueba puede considerarse como una situación muestra que permite hacer inferencias acerca de la personalidad. Sin embargo, la integración de los resultados de las pruebas con otras facetas de la personalidad es un principio esencial.

El determinismo psicológico; se considera que la hipótesis del determinismo psicológico es un acto especial de la ley de la causalidad, es decir, que todo lo dicho o escrito como una respuesta a una situación o estímulo, al igual que cualquier otra producción psicológica, tiene una causa y significado dinámicos. El principio de la determinación múltiple debe ser tomado en cuenta dentro de este contexto, ya que considera que cada parte del material proyectado tiene más de un significado, correspondiendo a diferentes niveles de la organización de la personalidad.

La continuidad de al menos la personalidad básica de una persona; una teoría primariamente genética de la personalidad, como lo es el psicoanálisis, sostiene que el contenido principal de la corriente constituirá la matriz primaria a la que se podrá modificar en mayor o menor grado sólo hasta cierto punto.

Existen otros supuestos que vamos a mostrar, *los que tienen en común el defender que al completar o estructurar una situación incompleta o*

inestructurada, el individuo puede llegar a mostrar sus propias tendencias, disposiciones y conflictos.

•Al crear una historia, el narrador se identifica habitualmente con una persona en el drama y los deseos, tendencias y conflictos de esa persona imaginaria, pueden reflejar los deseos, tendencias y conflictos del narrador.

•Las disposiciones, tendencias y conflictos del narrador a veces están representadas indirecta o simbólicamente.

•No todas las historias tienen igual importancia para hacer el diagnóstico de los impulsos y conflictos.

•Los temas que se originan directamente del material y estimulados por éste son menos significativos que aquellos que no están determinados por éste.

•Son los temas recurrentes los que en especial reflejan los impulsos y conflictos del narrador.

Una cualidad importante para los supuestos básicos antes mencionados es la de que el estilo cognoscitivo del sujeto frecuentemente determina si se expresarán o no y en que forma se expresarán sus necesidades y conflictos en el contenido temático.

2.3. FORMAS DE APLICACIÓN DEL T.A.T.

2.3.1. Aplicación Individual

Para la aplicación se debe buscar la comodidad del sujeto y antes de realizar la aplicación se debe establecer un rapport apropiado. El sujeto se sienta en una silla y se considera que es mejor que el examinador se siente atrás y al lado del sujeto, para que éste no pueda verlo y se pueda tener una

visión completa de las expresiones faciales del sujeto. Esta posición deberá modificarse con pacientes susceptibles y otro tipo de pacientes muy trastornados, así como en los niños.

Las instrucciones para la aplicación del T.A.T. tal y como las propone Murray son:

Forma A; esta forma es apropiada para adolescentes y adultos de inteligencia normal y cierta sofisticación, *"Esta es una prueba de imaginación, una forma de inteligencia. Voy a mostrarte unas láminas, una a la vez; lo que tendrás que hacer es componer una historia tan dramática como te sea posible para cada una de estas láminas. Di qué fue lo que condujo al suceso mostrado en la lámina, describe lo que está pasando en este momento, que es lo que están sintiendo y pensando los personajes y luego di cual va a ser el desenlace. Ve hablando conforme te vengan a la mente los pensamientos. ¿Entendiste? Puesto que tiene 50 minutos para las láminas, puede dedicar más o menos cinco minutos a cada historia. Esta es la primera lámina".*

Forma B; apropiada para niños, adultos de poca educación y psicóticos, *"Esta es una prueba para contar historias. Tengo unas láminas aquí que voy a mostrarte; para cada lámina quiero que hagas una historia. Di qué ha pasado antes y qué está pasando ahora, qué esta sintiendo y pensando la gente que está allá y cómo terminará todo. Puedes hacer la historia que quieras ¿Entendiste? Bien, entonces, aquí está la primera lámina. Tienes cinco minutos para hacer la historia. ¿A ver que tan bien lo haces?. "*

El empleo exacto de palabras de estas instrucciones puede alterarse para que resulten apropiadas a la edad, la inteligencia, la personalidad y a las circunstancias del sujeto. Es recomendable no comenzar con: "Esta es una

oportunidad para la libre imaginación", pues a veces despierta la sospecha en el sujeto de que el examinador intente interpretar el contenido de sus asociaciones libres, como en el psicoanálisis, y esto puede obstaculizar la espontaneidad del pensamiento.

Bellak utiliza las instrucciones de igual manera, solo que omite *"Esta es una prueba de imaginación, una forma de inteligencia",* y en vez de esto dice *"Déjese llevar ligeramente"*, y con esto él busca poder responder a cualquier pregunta en forma no directiva.

Se permite y es útil hacer algunas observaciones al fin de la primera historia para animar al sujeto. Fuera de esto, es mejor para el examinador no decir nada durante la aplicación a menos que el sujeto haya llegado a una historia muy larga y divagante, en estos casos, se puede recordar al sujeto que lo que se desea es una historia acerca de lo que pasa, de lo que pasó antes y de cual será el desenlace. Si el sujeto se queda en un nivel totalmente descriptivo o hace historias muy breves, es útil recordarle que lo que deseamos es la historia de lo que está sucediendo, de lo que la gente está sintiendo y pensando, de lo que pasó antes y de lo que podría ser el resultado de esto.

2.3.2. Auto-Aplicación

En muchos casos resulta bueno el dar las láminas seleccionadas al sujeto con instrucciones escritas u orales, las siguientes instrucciones pueden adjuntarse al conjunto de láminas que se le da al sujeto para la auto-aplicación.

1. Por favor, escriba la historia acerca de cada lámina que está en esta carpeta.
2. No vea las láminas antes que usted esté listo para escribir.

3. Mire solamente una lámina a la vez, en el orden dado y escriba una historia tan dramática como pueda acerca de cada una de ellas. Diga qué es lo que condujo al acontecimiento mostrado en la lámina; diga qué está sucediendo en este momento, qué están pensando y sintiendo los personajes y cuál será el desenlace. Escriba conforme sus pensamientos le vengan a la mente.
4. No será necesario tomar más de 7 minutos, aproximadamente, para cada historia, aunque usted puede tomarse más tiempo si así lo desea.
5. Escriba cerca de 300 palabras para cada historia, más o menos una página si su letra es normal. En la medida de lo posible, por favor mecanografíe en duplicado a doble espacio, una historia por página y sin modificar lo que escribió a mano.
6. Por favor, numere las historias a medida que usted las vaya escribiendo y luego escriba su nombre al frente de la hoja.

La ventaja de este procedimiento es la economía en el tiempo, sin embargo tiene algunas desventajas tales como la posible pérdida de espontaneidad del sujeto, la incapacidad para controlar la extensión de las historias y la falta de oportunidad para intervenir si el sujeto comienza a mostrar falta de cooperación para responder. Sin embargo ha sido utilizado satisfactoriamente en la práctica de consultorios psiquiátricos y psicológicos.

2.3.3. Aplicación Colectiva

El T.A.T. puede ser aplicado en forma colectiva y para ello las láminas se proyectan en una pantalla y a los sujetos se les dan las mismas

instrucciones que para la aplicación individual, pero, se les pide escribir sus historias.

Eron y Ritter hicieron una investigación para buscar las posibles diferencias entre los T.A.T. aplicados en forma individual-oral y los obtenidos en grupo, donde cada uno escribe sus propias historias. Al usar 2 grupos de 30 estudiantes cada uno, observaron que las historias orales eran más extensas, pero que la calidad y cantidad del contenido temático era idéntico. Las historias escritas tenían un algo de tono más alegre y parecían evocar más frivolidad. Sin embargo, los autores pensaron que, dada la similaridad del contenido temático, las historias escritas proporcionaban el mismo material.

2.4. CATEGORÍAS DE CALIFICACIÓN DEL T.A.T.

Para calificar el T.A.T. Bellak utiliza una parrilla de calificación que tiene varias categorías, nosotros hemos utilizado la técnica de Bellak y por ello es preciso dar a conocer cuales son estas categorías de calificación.

Bellak estableció estas categorías de calificación con el fin de llegar a un punto medio y equilibrado de evaluación por medio del T.A.T., ya que se busca obtener la información adecuada, no poca y que se nos escapen detalles importantes, ni demasiada que nos confunda y no nos permita seguir en un análisis dinámico de la personalidad.

Vamos mencionar las categorías de calificación y de que se trata cada una de ellas.

2.4.1. El Tema Principal

Es el contenido substancial de la historia, para no desviarse, se recomienda desglosar el tema en cinco niveles:

-*El nivel descriptivo*, en este nivel se hace un resumen del significado de la historia, se trata de encontrar la tendencia común y se la replantea en forma abreviada y con palabras simples.

-*El nivel interpretativo*, se da un paso más y el sentido de la historia se plantea como una generalización que se basa en el supuesto del significado oculto de la historia.

-*El nivel diagnóstico*, se transforman las impresiones en una afirmación definitiva.

-*El nivel simbólico*, se interpretan los símbolos de acuerdo a las hipótesis psicoanalíticas.

-*El nivel de elaboración*, se trata de obtener las elaboraciones y las asociaciones libres que el sujeto hace de datos específicos.

2.4.2. El Héroe Principal

El héroe principal de la historia es aquel de quien se habla más, cuyos sentimientos e ideas subjetivas son las más discutidas y en general, la figura con quien el examinado parece identificarse. En caso de duda, la figura que se parece más al paciente en edad, sexo y en otras características, es el que debe considerarse como héroe principal.

Por adecuación del héroe queremos dar a entender su habilidad para llevar a cabo tareas en circunstancias de dificultades externas de manera que resulten aceptables social, moral, intelectual y emocionalmente. La adecuación

del héroe frecuentemente sigue una misma pauta a través de las historias y suele estar en relación indirecta con la fuerza del yo del paciente.

Debe mencionarse también que a veces puede haber más de un héroe en una historia.

El concepto de imagen corporal fue creado por Schilder quien afirmó; “La imagen del cuerpo humano es la representación mental que tenemos de nuestro propio cuerpo, la manera en que el cuerpo aparece ante nosotros mismos”.

2.4.3. Necesidades e Impulsos del Héroe

Las necesidades del héroe para actuar de determinada manera constituyen la piedra fundamental de los datos, aunque, en primer lugar, sólo representan necesidades fantaseadas.

Es muy importante ver la relación que existe entre las necesidades latentes que aparecen en el T.A.T. y la conducta real del sujeto al interpretar las historias del T.A.T.

Por otra parte, hay ciertas indicaciones dentro de la prueba misma que nos permite suponer si las necesidades que aparecen en el T.A.T. se manifiestan abiertamente o están latentes.

R.N. Sanford señaló que hay ciertas necesidades que generalmente son intensas en la fantasía pero que se activan poco como; la adquisición, la autonomía, la actividad sexual, el deseo de ser cuidadoso y la necesidad de evitar el daño. Por otra parte hay algunas necesidades que tienen escasa expresión en la fantasía, pero pueden encontrar mucha expresión en la conducta manifiesta como; las necesidades relativas al orden, a la evasión de

la censura social, al aprendizaje. Así mismo, existen necesidades que pueden ser intensas tanto en la fantasía como en la conducta, lo que quiere decir que estas necesidades se permiten y estimulan socialmente y, sin embargo, se frustra su satisfacción en la fantasía, como la necesidad de logro, de amistad y de dominio.

2.4.4. El Concepto del Medio Ambiente

Este concepto, por supuesto, es una mezcla completa de la autopercepción inconsciente y de la deformación aperceptiva de los estímulos provocada por las imágenes del pasado. Cuanto más consistente aparezca en las historias del T.A.T. una imagen del medio ambiente, tanta más razón tendremos para considerar que esta imagen es parte importante de la personalidad de nuestro sujeto y que nos indica cuales son sus reacciones en la vida diaria.

2.4.5. Figuras vistas como.....

El T.A.T. es básicamente un instrumento que permite estudiar las deformaciones aperceptivas de las relaciones sociales y los factores dinámicos básicos de las mismas. Por lo tanto, es indispensable hacer un estudio exhaustivo de las actitudes del héroe hacia los padres, personas de su misma edad, personas más jóvenes que él o personas que se encuentran jerárquicamente, o debajo de él. Este método permite registrar estas apercepciones y las reacciones del sujeto a su percepción.

Cada lámina permite al sujeto crear una situación que plantea como un problema al cual tiene que dar una solución; de esta manera, el T.A.T. pone al

descubierto la habilidad del sujeto para comprometerse con sus propias necesidades; en otras palabras, nos muestra sus defensas.

2.4.6. Conflictos Significativos

Cuando estudiamos los conflictos significativos de un individuo, no tan solo deseamos conocer la naturaleza del conflicto sino también las defensas que el sujeto usa contra dicho conflicto. Es importante al designar qué tendencia impulsiva o fuerza está en conflicto con el superyó, especificar también en una o dos palabras la conducta resultante.

Aquí, como en el estudio de las ansiedades y en la estructura general del progreso de la historia, tenemos una oportunidad excelente para un estudio de la estructura del carácter y del pronóstico del sujeto.

A veces el conflicto puede no estar entre el superyó e impulsos, sino entre dos tendencias.

2.4.7. Naturaleza de las Ansiedades

Es muy importante el determinar la naturaleza de las ansiedades, sin embargo aquí también debemos señalar cuáles son las defensas y ver que forma han tomado.

2.4.8. Principales Defensas contra Conflictos y Temores

En el T.A.T. no debe estudiarse exclusivamente el contenido de los impulsos, sino también las defensas contra estos impulsos. La estructura defensiva suele estar más estrechamente ligada a la conducta manifiesta. Lo

que permite realizar una evaluación más clara de la estructura del carácter del sujeto.

Además de una investigación de los principales mecanismos de defensa resulta valioso estudiar los aspectos medulares de las historias.

2.4.9. Adecuación del Súper Yó tal y como se manifiesta en el "Castigo" a un "Crimen"

La relación que existe entre el tipo de castigo y la magnitud de la ofensa nos proporciona un excelente "insigh" acerca de la severidad del superyó; el héroe de un psicópata sistemáticamente puede no recibir ningún castigo en las historias de asesinatos, mientras que el héroe de un neurótico puede tener historias en las que se mata al héroe accidentalmente o intencionalmente o se le mutila como consecuencia de una mínima infracción o expresión de agresión. Por otra parte también se encuentra en los neuróticos, un superyó no integrado, a veces muy severo y a veces muy indulgente.

2.4.10. Integración del Yó

Esta variable nos dice qué tan bien capacitado está el sujeto para funcionar. Nos dice hasta que punto es capaz de manejar el compromiso que existe entre sus impulsos y las exigencias de la realidad por una parte; y las órdenes de su superyó por otra parte. La adecuación del héroe para manejar los problemas que enfrenta en las láminas y su propia apercepción de ello, nos dice lo que deseamos saber a este respecto.

Podemos juzgar su adecuación, su fuerza del yo y otras variables a partir de su habilidad y manera de cumplir con la tarea. Si se quiere, se puede

también hacer una evaluación de las funciones del yo a partir de la conducta durante la prueba.

2.5. CONFLICTOS, ANSIEDADES Y DEFENSAS EN EL T.A.T.

Vemos que en los conflictos existen fuerzas que se encuentran en lucha, que no se pueden conciliar, puede darse entre una tendencia impulsiva y el superyó que trata de controlarla o también puede darse entre dos tendencias por ejemplo entre autonomía y sumisión, ambas luchan para imponerse sobre la otra.

Ante los conflictos se genera la ansiedad, que puede deberse a varias causas como por ejemplo el miedo a ser abandonado, a ser destruido, etc.

Aunque determinar los conflictos y la naturaleza de las ansiedades es muy importante no es menos importante señalar cuáles son las defensas y ver cómo se manifiestan. Pueden mostrarse como pasividad, huida, agresión, oralidad etc.

Cuando se estudia los impulsos del sujeto también debe investigarse las defensas que se utilizan contra esos impulsos, ya que la estructura defensiva esta muy ligada a la conducta manifiesta. Por ejemplo: ante un conflicto entre la agresividad y el superyó el sujeto puede defenderse reprimiendo su agresividad y su conducta manifiesta puede ser de timidez.

Con lo dicho anteriormente notamos que el estudio de la personalidad del sujeto debe hacerse tomando en cuenta varios puntos, no solo nos interesará señalar cuáles son sus conflictos o cuál es la naturaleza de sus ansiedades, sino que lo veremos de una manera dinámica, investigando sus conflictos, sus ansiedades y las defensas que utiliza ante esto.

Revisando este capítulo concluimos que:

1. El T.A.T. es un test proyectivo que se fundamenta en dos principios básicamente: en la **proyección y la apercepción**. El T.A.T. nos permite conocer el drama personal del examinado, ya que ante unas imágenes ambiguas tiene que narrar una historia que **necesariamente tiene parte del sujeto, el examinado dice mediante sus palabras lo que sucede, da significado a esas imágenes que se le presentan**, y esto no lo puede hacer sin impregnar de su propia historia personal lo que cuenta.
2. Los **conflictos, las ansiedades y las defensas están íntimamente relacionados**, es necesario conocer los conflictos y su origen, pero, también es indispensable conocer las ansiedades del sujeto ante los conflictos y la manera de defenderse ante esto.

3. ESTUDIO DE CONFLICTOS Y DEFENSAS EN PACIENTES ALCOHOLICOS

Después de haber conocido la base teórica de nuestro trabajo, es importante conocer los datos que resultaron de la evaluación realizada en los pacientes alcohólicos del C.R.E.I.A.D., por ello en este capítulo vamos a mostrar los resultados obtenidos en forma cuantitativa y cualitativa, que nos servirán para conocer como se manifiesta la dinámica de la personalidad de estos pacientes.

3.1. METODOLOGÍA

1. Para esta investigación realizamos una visita previa para presentarnos ante el director, personal médico y administrativo del C.R.E.I.A.D. para pedir su apoyo y coordinar los horarios en los que se realizó nuestro trabajo.
2. En una segunda visita procedimos a realizar una reunión con los pacientes para la explicación del estudio. En ésta reunión se trató de lograr la colaboración de todos los pacientes internados en el C.R.E.I.A.D., en esta visita también fijamos fechas para la aplicación del T.A.T.

3. En la tercera visita comenzamos con las entrevistas a los pacientes. Esta entrevista nos sirvió para el enlace, para establecer empatía y para obtener datos de filiación.
4. En la siguiente visita procedimos a llenar la historia clínica del paciente, lo que nos permitió conocer más del paciente, así como para comprobar los resultados que se obtuvieron con este trabajo.
5. En la siguiente entrevista se aplicó el T.A.T al paciente.
6. Después de haber realizado este proceso con todos los pacientes realizamos la interpretación de los tests.
7. Luego de haber interpretado todos los tests realizamos la presentación y el análisis de los datos en forma cuantitativa y cualitativa.
8. Luego daremos a conocer los resultados y presentaremos las conclusiones.

Todo el tiempo que duró este estudio, realizamos además un seguimiento de casos y psicoterapia a los pacientes evaluados.

Debemos decir, que en el periodo de evaluación se encontraban internados 32 pacientes, pero no se pudo trabajar con todos ellos ya que algunos salían a trabajar o a estudiar y por el horario no se pudo coincidir. En otros casos los pacientes no podían acudir a la evaluación por encontrarse en etapa de desintoxicación y no era indicado bajarlos a consulta. Otros pacientes salieron del Centro antes de que en el seguimiento se confirmen todos los datos obtenidos en el T.A.T., por estas razones los datos que se presentarán se basan en 23 pacientes en los que se aplicó el T.A.T. pasando por todos los pasos anteriores y los datos fueron confirmados en las entrevistas.

Es importante mencionar que para la interpretación de los tests y el seguimiento terapéutico de los sujetos sometidos a la prueba utilizamos principalmente teorías psicoanalíticas.

3.2. PRESENTACIÓN Y ANALISIS CUANTITATIVO DE LOS DATOS

Después de haber realizado la aplicación e interpretación del T.A.T. de cada uno de los veintitrés pacientes internados en el Centro de Recuperación e Internamiento para personas con problemas de Alcoholismo y Drogadicción, C.R.E.I.A.D., y luego de haber hecho el seguimiento de los casos, vamos a presentar los resultados obtenidos, en cuanto a **necesidades de los pacientes, conflictos significativos** y **mecanismos de defensa.**

Primero daremos a conocer las necesidades encontradas en los pacientes con el número de pacientes hombres y mujeres que muestran cada necesidad, y ésta cifra la vamos a unir en un total, presentando la suma de los casos que se presentaron en hombres y los que se presentaron en mujeres, luego se realizará el mismo procedimiento con los conflictos significativos y los mecanismos de defensa, indicando el número de pacientes que presentan cada conflicto y los mecanismo de defensa que utilizan, primero divididos según el género y luego agrupados en un total.

Vamos a exponer las necesidades encontradas en los pacientes, ya que ésto ayudará a entender mejor la dinámica de la personalidad de quienes fueron evaluados. Las presentamos en primer lugar porque muchas de éstas necesidades que no han sido satisfechas son las que llevan al paciente al conflicto y ante éste conflicto ellos utilizan mecanismos de defensa.

Debemos recordar que los datos que se obtuvieron se refieren a veintitrés pacientes que se internaron en el C.R.E.I.A.D. en los meses enero, febrero, marzo y abril del año 2006.

Durante éstos meses se realizó la aplicación del T.A.T. a todos los pacientes internados que podían bajar a consulta y durante éste tiempo y en adelante se realizó el seguimiento terapéutico a los pacientes evaluados para la confirmación de los resultados obtenidos.

De los veintitrés pacientes evaluados, siete son mujeres y dieciséis son varones. Las siete mujeres evaluadas corresponden al 30,43% de la población evaluada y los varones son el 69,57% de los pacientes internados en el periodo de evaluación.

3.2.1. Necesidades de los Pacientes:

3.2.1.1. Necesidades Afectivas y Necesidades de Agresión; ambas se presentaron en 22 de los 23 pacientes. Las necesidades afectivas se vieron en 15 de los 16 varones y en 7 de las 7 mujeres. Las necesidades de agresión fueron encontradas en 16 varones y 6 mujeres.

3.2.1.2. Necesidades Orales que se vio en 21 de los 23 pacientes a los que se les aplicó el T.A.T., la oralidad fue vista en 15 de los 16 varones y en 6 de las siete mujeres que se sometieron a la evaluación

3.2.1.3. Las Necesidades de Superación y de Ayuda se encontraron cada una, en 12 pacientes. Ambas se vieron en 9 varones y en 3 mujeres

3.2.1.4. Las Necesidades de Huída y de Perdón se encontraron en 2 pacientes. La necesidad de huída se vio en 1 hombre y 1 mujer. Mientras que la necesidad de perdón se presentó en 2 varones.

Para visualizar los datos dados, veamos un cuadro con los resultados encontrados.

CUADRO Nº 1

NECESIDADES

NECESIDADES	NUMERO DE CASOS EN HOMBRES	NUMERO DE CASOS EN MUJERES	NUMERO TOTAL DE CASOS
NECESIDADES AFECTIVAS	15	7	22
NECESIDADES DE AGRESIÓN	16	6	22
NECESIDADES ORALES	15	6	21
NECESIDADES SUPERACIÓN	9	3	12
NECESIDAD AYUDA	9	3	12
NECESIDAD HUIDA	1	1	2
NECESIDAD PERDON	2	0	2

Fuente :pacientes del C.R.E.I.A.D
Elaboración : autora

3.2.2. Conflictos Significativos:

3.2.2.1. La Agresividad fue encontrada en 22 pacientes, como vemos, éste conflicto se presentó en casi todos los pacientes, de los 22 casos en los que se manifiesta la agresividad 16 fueron varones y 6 fueron mujeres.

3.2.2.2. Los Conflictos Sexuales se presentaron en 20 de los 23 pacientes, en 13 hombres y 7 mujeres. Dentro de éstos conflictos consideramos importante mencionar los rasgos voyeuristas que se presentaron en 3 pacientes de los cuales los 3 eran hombres.

3.2.2.3. Los Conflictos con su Autoimagen que lo notamos en 19 personas de las cuales 14 eran hombres y 5 eran mujeres.

3.2.2.4. Los Rasgos Paranoicos de Personalidad que se observaron en 16 casos, de los cuales 11 eran hombres y 5 eran mujeres.

3.2.2.5. Los Conflictos con la Figura Materna y una posible ***Depresión*** que están presentes en 13 pacientes. En el caso del conflicto con la figura materna se ve en 8 hombres y 5 mujeres. Y en la depresión se presentó en 7 varones y 6 mujeres.

3.2.2.6. Los Conflictos con la Figura Paterna, fueron encontrados en 11 de los 23 casos, encontramos esto en 8 varones y en 3 mujeres.

3.2.2.7. Los Conflictos Edípicos con 7 casos, de los cuales cuatro fueron hombres y tres fueron mujeres.

3.2.2.8. Conflictos con el Súper yó ligados a sentimientos de culpa que se vieron en 6 de los 23 pacientes, en 4 varones y 2 mujeres.

Además vemos rasgos narcisistas y rasgos dependientes marcados, que fueron encontrados en 2 casos. Los rasgos narcisistas se presentaron en 1 varón y 1 mujer. Los rasgos dependientes lo vimos en 2 hombres.

Los rasgos obsesivos y rasgos antisociales se observaron en 1 caso y fueron encontrados en varones.

A continuación se presenta un cuadro que muestra todos los datos obtenidos en cuanto a conflictos significativos, indicando también el número según el género.

CUADRO Nº 2

CONFLICTOS SIGNIFICATIVOS

CONFLICTOS SIGNIFICATIVOS	NUMERO DE CASOS EN HOMBRES	NUMERO DE CASOS EN MUJERES	NUMERO TOTAL DE CASOS
AGRESIVIDAD	16	6	22
CONFLICTOS SEXUALES	13	7	20
CONFLICTO-AUTOIMAGEN	14	5	19
RASGOS PARANOICOS	11	5	16
CONFICTO FIG-MATERNA	8	5	13
DEPRESIÓN	7	6	13
CONFLICTO FIG.PATERNA	8	3	11
CONFLICTO EDIPICO	4	3	7
CONFLICTOS SÚPER YO	4	2	6
RASGOS VOYEURISTAS	3	0	3
RASGOS NARCICISTAS	1	1	2
RASGOS DEPENDIENTES	2	0	2
RASGOS OBSESIVOS	1	0	1
RASGOS ANTISOCIALES	1	0	1

Fuente :pacientes del C.R.E.I.A.D
Elaboración : autora

Ahora que ya hemos presentado los conflictos significativos encontrados, en orden de mayor a menor, según la cantidad encontrada en los pacientes, vamos a presentar los mecanismos de defensa encontrados en los pacientes evaluados. De igual manera, mostraremos primero la cantidad en la

que se encontró cada mecanismo de defensa y la descompondremos según como se encontró en hombres y en mujeres.

3.2.3. Mecanismos de Defensa:

3.2.3.1. La Regresión que la pudimos notar en 22 personas, 15 de los 16 varones evaluados y las 7 mujeres.

3.2.3.2. La Proyección fue vista en 21 casos, de los cuales 15 eran varones y 6 eran mujeres, acordémonos que el estudio fue realizado en 23 pacientes, de los que 7 fueron mujeres y 16 fueron hombres.

3.2.3.3. La Represión, presente en 18 casos, de los cuales 12 eran varones y 6 fueron mujeres.

3.2.3.4. La Formación Reactiva, se encontró en 12 de los 23 pacientes, que divididos por género corresponden a 10 hombres y 2 mujeres.

3.2.3.5. La Racionalización fue encontrada en 5 personas de las cuales 3 fueron hombres y 2 fueron mujeres.

3.2.3.6. El Aislamiento, presente en 2 pacientes, 1 hombre y 1 mujer.

Para aclarar mejor los datos obtenidos se presenta a continuación un cuadro con los mecanismos de defensa, la cantidad en que se presentaron y la cantidad por hombres y por mujeres.

CUADRO Nº 3

MECANISMOS DE DEFENSA

MECANISMOS DE DEFENSA	NUMERO DE CASOS EN HOMBRES	NUMERO DE CASOS EN MUJERES	NUMERO TOTAL DE CASOS
REGRESIÓN	15	7	22
PROYECCION	15	6	21
REPRESION	12	6	18
FORMACION REACTIVA	10	2	12
RACIONALIZACION	3	2	5
AISLAMIENTO	1	1	2

Fuente :pacientes del C.R.E.I.A.D
Elaboración : autora

3.3. PRESENTACIÓN Y ANALISIS CUALITATIVO DE LOS DATOS

Después de haber presentado los datos obtenidos de una manera cuantitativa, creemos que debemos pasar a presentarlos de una manera cualitativa, para ello vamos a indicar los datos obtenidos según el orden de mayor a menor y para ilustrarlos, mostraremos ejemplos en donde se aprecien claramente las necesidades de los pacientes, los conflictos significativos y los mecanismos de defensa.

3.3.1. Necesidades de los Pacientes:

3.3.1.1. Necesidades Afectivas y Necesidades de Agresión: como vimos, ambas se presentaron en 22 de los 23 casos.

3.3.1.1.1. Las Necesidades Afectivas

Para los seres humanos, la satisfacción de las necesidades afectivas es algo de primer orden y que en primera instancia resultan satisfechas, en grados diversos, a través de las relaciones con personas significativas: padres, abuelos, tíos, etc.

Estas necesidades afectivas están siempre presentes en nosotros, en mayor o menor medida, y se expresan con mayor o menor intensidad, en función del nivel de satisfacción que se logró de las mismas durante nuestra niñez.

Así en las relaciones con las demás personas, de alguna manera conciente o inconscientemente, buscamos la satisfacción de estas necesidades afectivas y de manera particular nos sentimos atraídos por aquellos que sentimos satisfacen las mismas en mayor grado.

Estas necesidades afectivas se presentaron en los pacientes evaluados por haber tenido lejos a sus padres física o emocionalmente.

Debemos recalcar la importancia del afecto en toda las etapas de la vida, principalmente en los primeros años. El afecto es algo indispensable para una buena adaptación a la vida. En los niños crea seguridad en si mismos, además al recibir afecto adecuado aprenden a dar afecto de una manera sana.

Los niños que reciben afecto adecuado de sus padres o de las personas a cargo de su crianza, son niños saludables, seguros; a diferencia de éstos niños, los niños que no han recibido afecto son niños que se enferman con mayor facilidad ya que las defensas bajan cuando la persona se encuentra triste. Además los niños con carencia de afecto son niños inseguros, que tienen mas posibilidades de tener problemas académicos, de conducta; a esto

debemos sumarle que son niños que como no recibieron afecto, tampoco saben como dar afecto de una manera apropiada.

Los niños aprenden por imitación y como sabemos su primer grupo social es su familia y con esta aprende como relacionarse, como dar afecto. Si el niño no ha recibido afecto tampoco puede darlo y lo que es más importante, como no recibió afecto de las personas que serían las más indicadas para darlo, llega a pensar que no lo merece, se vuelven personas inseguras, que no saben porque no merecen ser amados de una manera saludable y entonces tratan de llenar ese vacío afectivo de una manera desesperada.

Con este trabajo pudimos notar que las necesidades afectivas de los pacientes no estaban satisfechas, esto se presentó de varias maneras, una forma de presentarse fue: por una manera dependiente de llevar una relación amorosa en la que el paciente no se podía alejar de una relación aunque ésta le haga daño, existe un gran temor a estar solo, a no ser querido y prefiere estar con alguien que lo ignora o le hace sufrir, a estar solo, además esto es reforzado porque en sus primeros años, las figuras materna y paterna se comportaron de igual manera que sus parejas actuales y los pacientes tratan de continuar con éste patrón de comportamiento. Tratan inconscientemente de buscar parejas que se parezcan a sus padres, para encontrar en ellas el afecto que de niños no recibieron, necesitan lograr el afecto de esa pareja que es el sustituto de la figura materna y/o paterna.

También se presentan en el otro extremo, en pacientes que han apartado de sí todo lo afectivo y que rechazan cualquier muestra de cariño, ya que sienten temor a que luego éste cariño les sea retirado, o simplemente, se

dicen a sí mismos, que si no recibieron atención y afecto en el tiempo que lo necesitaban y de quienes lo necesitaban, ahora ya no lo desean.

A continuación presentamos ejemplos, que nos sirven para aclarar, como se presentan las Necesidades Afectivas en los pacientes alcohólicos:

Ejemplo 1:

Historia de la lámina 5 del caso Nº1

Joven soltera de 16 años, proviene de un hogar desorganizado y problemático.

HISTORIA 5: en una casa grande, muy grande, había todo, ahí vivía una señora de edad alta... tenía todo, era la mujer más rica de toda la ciudad, pero era muy amargada, no le gustaba que nadie le moleste, odiaba a los niños, no ayudaba a nadie en la ciudad, se quedó sola porque la familia viajó al extranjero y murieron, solo estaba rodeada de empleadas, pero, toda su vida ha pasado sola, pensaba que el dinero lo podía todo; cuando un día una pelota cayó a un vidrio de esa enorme casa, ella enojada salió a ver quien lo lanzó, era un niño mal vestido, sucio, con unos ojitos dulces que a toda persona hacían sentir un poco de alegría, tenía siete años, pero, a ésta señora no le conmovía nada y le dijo ¡porqué lanzaste la pelota a mi casa! ¡ ¡Sal de aquí antes de que te mande a palazos¡, el niño le dijo con miedo que le devolviera la pelota, la señora le dijo que no, que le iba a golpear!.

El niño le dijo " yo no tengo otra pelota" ella vio sus ojos y algo pasó y ella le hizo pasar a su casa, le hizo sentar en un mueble **y *se puso a platicar sobre su inmensa soledad y sobre todo el amor que le falta***. El niño le dijo que el dinero no es todo en la vida, es necesario sí, pero lo mejor y lo más lindo

es el amor y vivir rodeado de gente, la señora pensó y pidió al niño que venga a jugar con ella todas las tardes.

Es increíble que las palabras de un niño puedan cambiar a la gente.

A continuación presentamos el resumen de la interpretación de esta historia.

HISTORIA 5: el héroe es una señora muy amargada y sola, que tenía mucho dinero, un niño rompe un vidrio de su casa con la pelota y luego terminan conversando de su inmensa soledad y falta de amor, el niño le hace cambiar diciéndole que el dinero no es todo.

De esto podemos ver sentimientos de amargura y soledad en la paciente, además grandes necesidades afectivas que se pueden apreciar en el énfasis del dinero y de la necesidad de amor de la señora.

Por otro lado menciona que su familia estaba en el extranjero y murió; esto nos habla de agresividad hacia su familia.

Debemos mencionar que esta paciente proviene de un hogar muy problemático, sus padres se divorciaron cuando ella tenía 9 años y luego su madre adquiere otro compromiso, esto le hizo sentir muy mal, no amada, ya que ella afirma que sus padres nunca le prestaron atención por estar peleando entre ellos; cuando se divorciaron ella esperó que al menos su madre se dedique a ella, pero, esto no fue así porque su madre se dedicó a su nuevo compromiso y no le prestó la atención deseada.

Cuando la paciente dice que sus padres nunca le hicieron caso, lo que realmente quiere decir, es que ella sintió que nunca le quisieron, mediante el análisis, se determinó, que cuando ella decía que alguien no le hace caso, en verdad quiere decir que siente que esa persona no le quiere y ante esto tiene

una gran necesidad de amor que lo llena con el alcohol o con parejas esporádicas, generalmente se involucra sentimentalmente con mucha facilidad y luego se confunde y los deja.

Esta manera de reaccionar se debe a que siente que nadie la ama de verdad, que solo sirve para que los hombres la utilicen y nada más, además a esto se suma que tuvo un accidente por el cual tiene una cicatriz en la cara, esto le avergüenza mucho y se siente fea lo que le hace pensar que no merece ser amada porque es fea.

Debemos aclarar que el sentirse fea viene de sus primeros años de vida, en que pensó que era fea y por ello sus padres no la querían, en su inconsciente, en un momento trató de competir por el amor de su padre con su madre, pero no logró vencer, en el fondo la niña quería que su padre se ocupara de ella y deje de pelear con su madre. Debemos aclarar que, el pelear, en su familia se volvió la única manera de comunicarse, entonces la niña lo que esperaba era poder molestar tanto a su padre y a su madre para que peleen con ella y no solo entre ellos, por ello ella peleaba con sus compañeras en la escuela, para comunicarse con ellas y para llamar la atención de sus padres, al parecer sus padres no se preocuparon por estos hechos, lo que molestaba mucho a la niña y le confirmaba que aunque se esfuerce mucho, sus padres no la amarán nunca.

Desde esos primeros años de vida la paciente ha tratado de llamar la atención de cualquier manera ya que para ella una muestra de amor es pelear, ella misma a manifestado que es así, que cuando ella se enamora de alguien pelea mucho con él, lo cela. Esta es la manera en que aprendió a amar.

Por ello ha tenido varios enamorados y termina con ellos cuando no responden como ella se lo esperaba, ella espera repetir el patrón de comunicación de su familia en el cual pelear era una muestra de afecto, obviamente sus enamorados buscan no pelear con ella y esto le molesta mucho, entonces llega a pensar que él no la ama de verdad y termina esa relación. Cada vez que termina una relación amorosa siente que no puede ser amada, que nadie le va a llegar a amar como ella quiere, entonces se siente muy triste y trata de aferrarse a su antigua relación de cualquier manera.

Vemos aquí cómo las necesidades afectivas no satisfechas se tratan de llenar de cualquier manera, generalmente un niño aprende la manera de amar de sus padres y si esta manera de amar es poco saludable como la que se dio en la familia de ésta paciente, este patrón se aprende y se busca ser amado en la manera en que lo hicieron sus padres, esto causa problemas ya que es difícil encontrar a alguien que lo ame de esa misma manera poco sana que se vio en casa, además, cuando se encuentra a alguien así, se tienen muchos problemas ya que la forma de demostrar afecto no es funcional.

Ejemplo 2:

Historia de la lámina 4 del caso Nº12

Joven soltera de 15 años, hija de padres divorciados, la relación con ellos es muy mala y esto la llena de resentimiento.

HISTORIA 4: es una ***escena romántica*** de alguna obra de teatro. Está el galán al que le obligan a irse **y *ella trata de conquistarlo*** para que se quede a su lado, la chica es hermosa, súper guapa.

A continuación presentamos el resumen de la interpretación de esta historia.

HISTORIA 4: el héroe es una mujer guapa que trata de conquistar a un hombre. Se ve así misma guapa, hermosa. Necesita conquistar al galán, para que se quede a su lado, lo que implica necesidades afectivas y de compañía. Además existen necesidades afectivas de pareja, un problema sexual y exhibicionismo.

Vemos que necesita conquistar al galán, lo que ve como imposible, como difícil de alcanzar, prohibido y hace todo lo posible para agradarlo, para conquistarlo; éste comportamiento lo pudimos comprobar en las entrevistas, ya que la paciente mencionó varias veces su necesidad de agradar a las personas de su medio, aun sacrificando cosas que le gustan a ella. Sentir que no es reconocida lo suficiente, que no es admirada, le produce mucho malestar, tristeza, sentimientos de inutilidad.

Por medio de las entrevistas de análisis pudimos notar que si no agradaba a todos, si no hacía bien lo que los otros decían que debe hacer, sentía que era muy poca cosa, que no valía nada y que por lo tanto la gente le retiraría su amor.

En su niñez, sintió que se ganaba el amor de sus padres por sus buenos comportamientos y que si se equivocaba, sus padres le querrían menos. Por ello se hizo responsable de sus hermanos menores y era una niña muy responsable, trataba de ser perfecta, de no dar molestias, para que sus padres la quisieran. Sus padres trabajaban y no pasaba mucho tiempo con ella, por lo que ella se sentía culpable, pensaba que se portó mal y por ello sus

padres se iban. La paciente tiene además rasgos narcisistas marcados, que se confirmaron en el análisis.

Notamos como las necesidades afectivas en la paciente son grandes, hasta el punto de sacrificar lo que ella realmente quiere ser, para ser querida por el resto de personas.

Desde pequeña se sacrificó, ya que realmente ella nunca quiso ser la niña ejemplar, ni ser la hermana perfecta, hubiera preferido tener menos presiones sobre si, sin embargo, optó por ser una hija ejemplar, que cuida a sus hermanos, que saca buenas calificaciones, para ver si así lograba el afecto de sus padres. De niña no se sintió amada ya que su padre viajaba mucho y su madre trabajaba y esto le hizo pensar que no le querían y la manera de lograr afecto era no dar molestias, sentía que ella era una molestia, una carga para sus padres, los veía tan cansados y como les escuchaba decir que trabajaban por ella, entonces ella pensó que era su culpa que ellos estén cansados, de mal genio, incluso pensaba que se peleaban por su culpa, por ello, trataba de no molestar.

Muchas veces se negó a pedir afecto a sus padres, porque pensaba que iba a molestarlos, se sentía culpable cuando sentía necesidad de afecto, pensaba que no la debía sentir, ya que eso culpabilizaba a sus padres, los hacía quedar mal.

De niña sus padres eran lo mas preciado para ella y para merecer su amor, sacrificaba mucho de lo que le gustaba.

En la actualidad, ya se cansó de tratar de ganarse el amor de sus padres y se convirtió en todo lo contrario, ahora trata de causar molestias, para ver si así se gana el amor de sus padres.

En la paciente rebelarse, tener conductas inapropiadas es un reclamo de afecto. La paciente creció en un hogar en el que no se le enseño a pedir afecto de una manera adecuada, reclamarlo era mostrar debilidad, por esta razón ella lo pide, por medio de un comportamiento oposicionista.

Ejemplo 3:

Historia de la lámina 18NM del caso Nº20

Mujer divorciada de 21 años. Sus padres se fueron a EEUU cuando ella tenía 4 años de edad y se quedó a cargo de sus abuelos.

HISTORIA 18NM: ..... es una madre con su hija que antes tuvieron una discusión, la hija es enferma del corazón, ***la discusión fue por un chico que ella quería*** y su madre no aceptaba, la hija se desmayó y la madre se asustó, llora y no sabe que hacer, la hija no reacciona, la mamá se siente mal, se acuerda que la hija tiene problemas del corazón, llama a la ambulancia y le pide perdón, ella es una madre soltera, le dice a Dios que porqué fue tan desgraciada, le llevan a su hija a cuidados intensivos, ella le pide a Dios, dice que va a respetar las decisiones de su hija, le implora a Dios, luego regresa al hospital y ruega que sus oraciones hayan dado resultado, el doctor le dice que ya está mejor y le dice que no puede discutir.

La mamá llama al enamorado de su hija, para complacerla. Ella no quiere que a su hija le pase lo que a ella. La hija despierta, ve a su novio y le agradece a la mamá, ella misma quiere resolver sus problemas, ella quiere a esa persona ***y necesita la bendición de la madre para ser feliz***.

El chico promete que va a querer mucho a su hija y si algún día se casan, lo harán pensando, ahora no.

No quieren esconderse, le dan el alta y todo va a marchar bien.

A continuación presentamos el resumen de la interpretación de la historia expuesta.

HISTORIA 18NM: una madre y su hija que es enferma del corazón discuten por un enamorado de la chica, ella se desmaya, va a cuidados intensivos, la madre pide a Dios, la hija se recupera y la madre lleva al enamorado con su hija.

Menciona la enfermedad al corazón lo que indica que se ve a sí misma enferma y que existe agresividad hacia sí misma. La discusión con la madre nos muestra que la agresividad también va al exterior y busca culpabilizarlo de lo que le sucede, busca la lástima.

Las necesidades afectivas y de cuidado están presentes, por un lado habla del enamorado con lo que nos muestra su necesidad afectiva especialmente de pareja y por otro lado al estar enferma, la madre la cuida y trata de darle lo que pide, que era su enamorado, lo que indica que busca satisfacer sus necesidades afectivas por la lástima y la compasión.

En su niñez la paciente tuvo grandes carencias afectivas, se sintió no amada ya que creció sin sus padres, fue criada por su abuela y sintió que existía predilección por sus primos.

Recuerda con mucho dolor que en ocasiones iba donde sus abuelos a que le amarquen o que le abracen y que ellos la ignoraban, o no le prestaban toda la atención que ella necesitaba en ese momento.

De niña pensaba que su abuela era su mamá y no entendía porque su " mamá, no se dedicaba a ella y prefería hacer otras cosas, recuerda también

que de niña no jugaba mucho porque sus abuelos eran personas mayores y no querían jugar con ella.

Cuando fue más grande se dio cuenta que su mamá estaba en el extranjero y entonces deseó estar con ella y pensó que sería feliz cuando su madre regresara, sin embargo, sintió odio hacia ella por haberla dejado sola.

Desde ahí se dedicó a adorar a su padre y a buscar un hombre como él para sí misma. Su padre es una persona fría con su madre, continuamente le dice que no le ama y la madre le ruega para que no le deje.

Esto molesta mucho a la paciente y siempre ha visto a su madre como una tonta, en el fondo desea que sus padres se separen para ella quedarse con su padre, como esto no ha pasado se consigue parejas que al igual que su padre hace con su madre, le abandonan, le tratan mal y ella les ruega y hace todo lo posible para que no se vayan.

Podemos ver como estas necesidades afectivas que no fueron llenadas en la infancia crearon una necesidad de afecto que se trata de llenar a costa de lo que sea, como sus abuelos no fueron personas que dieron amor, ella creció con esa necesidad y con la sensación que solo su padre la ama y por ello trata de buscar un hombre como su padre, aunque para esto tenga que humillarse.

Debemos mencionar que esta paciente es muy insegura y que su apoyo emocional siempre fue su padre, la única cosa que le hace sentir un poco segura es la presencia de su padre, o de su sustituto, sin esta fuente de amor, se siente totalmente vacía y sin importancia.

3.3.1.1.2. Necesidades de Agresión: La necesidad de agresión se presenta de varias formas, puede dirigirse hacia el entorno, a sí mismo, o ser reprimida.

Cuando se dirige al entorno, el comportamiento es agresivo, se puede agredir en palabras, físicamente, etc.

Se dirige a sí mismo cuando el comportamiento agresivo no se dirige a otros, si no que va hacia la propia persona, también hemos observado que gran parte de la agresividad que se reprime, cuando se pone en un nivel un tanto más conciente, ésta es enviada enseguida a sí mismo, ya que los pacientes prefieren enviar esa agresividad a su persona que al entorno, porque en ocasiones ésta agresividad va contra personas que a nivel conciente es imposible dirigir, o está prohibido.

Vemos que varios pacientes no se muestran agresivos con el medio y sin embargo, tienen gran agresividad que por ser reprimida va en contra de ellos y en ocasiones, los lleva a depresión.

Un comportamiento agresivo para consigo mismo es el hecho de consumir alcohol porque de una u otra manera se hace daño la persona que consume, al beber licor se es agresiva consigo misma.

FREUD creía que la agresividad era innata en el ser humano. Sobretodo lo desarrolló en su teoría del Eros y el Tanatos.
Einstein contemporáneo de Freud creía que el ser humano tenía dentro de sí un instinto de odio y destrucción propio de sí.
La teoría psicoanalítica ha dado pie a expresar cierta conducta agresiva, canalizándola.

BANDURA Y LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE dice que ciertos comportamientos agresivos están recompensados socialmente. Lo que consideramos conducta agresiva está reglado socialmente, no es lo mismo ver a una persona con un cuchillo en la carnicería que fuera en la calle.

DOLLARD Y MILLER*;* intentaron integrar conducta y psicoanálisis diciendo que las frustraciones generan agresividad. Aquello que te evita tener, aquello que deseas puede desencadenar en agresividad. Esta agresividad puede ser directa hacia la persona que te genera la frustración ya sea mediante la agresión física o verbal o indirecta desplazando la agresión a una tercera persona, a un objeto, o a sí mismos.

Veamos ejemplos de necesidad de agresión en las historias narradas en el T.A.T.

Ejemplo 1:

Historia de la lámina 8VH del caso Nº1

Joven soltera de 16 años, proveniente de hogar problemático y desorganizado.

HISTORIA 8VH: en una casa del centro, había un niño que vivía con su madre, vivían solo los dos y una tarde que estaban su madre y él hablando toda la tarde hasta que cayó la noche, se despidieron y cada uno se fue a la recámara, cuando de repente, entran dos ladrones, el niño se levantó porque escuchó ruidos y comenzó a gritar mamá ladrones, los ladrones al oír eso atacaron, su madre salió del cuarto y el niño vio ***como le pegaban a su madre, como la violaron*** y lloraba bajo una mesa, los ladrones estaban buscándole a él, pero, no le encontraban, su madre murió porque le

acuchillaron, el niño desesperado salió corriendo de la casa, se fue donde un amigo que él tenía, le contó lo sucedido, el amigo le dio una taza de café y le dijo que se tranquilice que le iba ayudar en todo lo que podía.

Al otro día le enterraron a su mamá, él y su amigo; para él fue muy duro ya que era su única familia.

Después el niño siguió la vida. Los ladrones huyeron con lo que quisieron.

Presentemos ahora lo que consideramos más importante de la interpretación de la historia anterior.

HISTORIA 8VH: el héroe es un niño que ve como pegan, violan y matan a su madre. Esto encierra mucha agresividad hacia la figura materna, una gran necesidad de agresión hacia la madre. Además se ve a sí misma triste, desesperada. La oralidad está presente, así como la agresividad reprimida.

Por el análisis se vio que las necesidades de apoyo se ligan a necesidades afectivas, durante las entrevistas se pudo comprobar que cuando la paciente se refería al apoyo que hubiera necesitado de sus padres a lo que se refería era al afecto que le faltó de ellos, para la paciente apoyo en el fondo significaba afecto, no concebía que alguien que le quiera no la apoye, para ella esto va junto.

Ante la necesidad de apoyo y de afecto que no fue cubierta por su madre, lo que da es agresividad a esta figura que no la llenó del afecto que necesitaba. Al no haber recibido lo que necesitaba ahora lo rechaza y desea verlo destruido.

En los primeros años de vida la paciente deseó el afecto y apoyo de sus padres, especialmente el de su madre, sin embargo, no lo obtuvo y ante ello

decidió ya no buscarlo más y negar esa necesidad de afecto de parte de sus padres y no solo que se negó a esa necesidad, sino, que por no haberlo obtenido en el momento que lo deseó con mayor intensidad, ahora lo rechaza y quiere ver destruidos a quienes no le dieron el amor que necesitaba.

Además debemos mencionar que en la paciente el agredir representa una muestra de amor, si bien en esta historia se desea ver muerta a la madre, él agredirla sería una señal de su amor hacia ella y de la necesidad de que la madre le dé afecto, aunque sea en forma de agresión, la paciente prefiere ser agredida a ser ignorada.

Vemos como la necesidad de agresión viene de la frustración de no haber recibido amor de quien ella lo necesitó, esta manera de obrar se puede ver en la vida de esta paciente, que cuando se siente no amada, trata de agredir a la persona que no le ha demostrado su amor, trata de verla destruida, incluso ha llegado a inventar cosas para meter en problemas a ex - enamorados.

Su necesidad de agresión se ve también en su consumo en donde se hace daño a ella y también a sus padres, ya que necesita agredir para recibir agresión del medio, porque la agresión para la paciente es una muestra de afecto.

Ejemplo 2:

Historia de la lámina 3VH del caso Nº23

Joven de 16 años, soltero, sus padres se divorciaron cuando él tenía 5 años.

HISTORIA 3VH: Lucía era una señora que sufría mucho por los maltratos de su marido, él era alcohólico y cada vez que cobraba su mensual, lo gastaba en alcohol, ***llegaba a casa le pegaba y ella bañada en sangre*** le decía a Octavio que ya no la maltrate, mientras sus hijos Andrés y Juana escondidos en el cuarto lloraban y esperaban que su padre se duerma. Su hijo Andrés cumplió 18 años y tenía en mente los maltratos de su padre a su madre y una noche llegó totalmente borracho y con fuerzas, ***le pegó a su padre hasta que quedó inconsciente***, esa noche Andrés, su madre y su hermana salieron de esa casa y lucharon por ser felices en otro lugar.

Veamos el resumen de la interpretación de la historia.

HISTORIA 3VH: el héroe es una mujer maltratada por su marido alcohólico, cuando su hijo cumple 18 años pega a su padre y la madre y los hijos se van a buscar su felicidad a otro lugar.

Como vemos la necesidad de agresión se encuentra presente, primero hacia su madre a la que golpea su padre y luego hacia el padre al que él mismo golpea. La agresividad está dirigida en todas direcciones, hacia sí mismo, hacia el medio y en parte está reprimida.

Además en esta historia vemos homosexualidad latente, oralidad, necesidad de superación.

La agresividad se esconde detrás de la oralidad, una etapa regresiva que trae consigo la agresividad guardada, reprimida por el paciente, cuando se

está en esta etapa, entonces se puede sacar con libertad todo lo guardado. Además la agresividad contra la figura materna viene al identificarse con el rol femenino y esto le hace presente deseos homosexuales inconscientes que deben ser castigados, cuando es mujer es golpeado, maltratado, por eso debe ser hombre para no ser golpeado.

Esto se confirmó en el análisis, ya que el paciente, descargaba su agresividad cuando estaba bajo efecto del alcohol y era ahí cuando intentaba golpear a su padre.

Además él fue maltratado físicamente por su padre muchas veces, ante esto se sentía débil, inútil y cuando se trató en fondo estos sentimientos, se descubrió que se sentía débil " como una mujer", esto le daba muchas iras y continuamente siente ganas de vengarse por eso.

Esta agresividad se acentuó por el hecho de haber tenido que pasar un tiempo con su padre y otro con su madre, sentía que sus padres no lo querían y que ellos para deshacerse de él lo enviaban de un lado al otro. Era un niño tímido y le causaba mucha dificultad hacer nuevos amigos, pero, por lo dicho anteriormente, a él le tocó hacer nuevos amigos en cada momento. En el fondo guarda mucho resentimiento a sus padres ya que siente que si ellos le hubieran querido no le hubieran hecho pasar por algo tan desagradable para él.

Por ello odia a sus padres y ahora rechaza su afecto y todo lo que para ellos es importante, como medio de venganza a ellos consume alcohol y tiene comportamientos no aceptados por los padres. Además rechaza cualquier tipo de acercamiento afectivo de cualquier persona y se muestra muy molesto cuando alguien le quiere demostrar afecto o preocupación por él.

Siente que la mejor manera de vengarse de sus padres, la mejor agresión a ellos, es rechazar su afecto y el de cualquier persona, es más, en ocasiones trata de aprovecharse de la gente que lo quiere ayudar, como muestra de su necesidad de agresión ya que no le basta con agredir a sus padres y a él mismo, sino que trata de agredir a todos los que le recuerdan a sus padres, a todos los que, como sus padres, quisieran que él se rehabilite, porque rehabilitarse sería una muestra de afecto a sus padres y lo que el quiere es agredirlos no amarlos.

Entonces mientras más tome, o más comportamientos inadecuados tenga, más se venga de sus padres, más los agrede.

Ejemplo 3:

Historia de la lámina 8VH del caso Nº17

Hombre casado de 32 años. Su madre es perfeccionista y sobreprotectora.

HISTORIA 8VH: .....antes de esto un niño, un adolescente, recuerda una escena ***que vio donde mataron o asesinaron a un hombre*** dos individuos, luego lo llevaron a una parte alejada, donde lo mataron con un arma de fuego, posteriormente en la escena que se acuerda***, le querían sacar los órganos para de pronto comercializarlos***, éstas personas huyeron del lugar para no ser vistos por nadie, este recuerdo ha marcado la vida de éste adolescente.

A continuación se muestra el resumen de la interpretación.

HISTORIA 8VH: el héroe es un niño que vio como asesinaron a un hombre y le querían sacar los órganos para comercializarlos, los asesinos huyeron, para no ser vistos por nadie.

Se ve a sí mismo marcado por un hecho desagradable. En esta historia vemos como la agresividad se presenta de una manera bastante clara, no es suficiente que se asesine a un hombre, sino que le quieren sacar los órganos, esto muestra claramente cuanta agresividad guarda este paciente.

También en esta historia podemos ver rasgos voyeuristas.

Este paciente guarda mucho resentimiento hacia sus padres, hacia su madre por haberle exigido mucho cuando era niño y por maltratarlo; con su padre porque nunca lo conoció y nunca se hizo cargo de él.

Trató de ser perfecto por su madre, para ser aceptado por ella, pero, se cansó de esto y como venganza, ahora trata de ser lo peor que pueda para molestarla.

Otra manera en que éste paciente presenta su agresividad es con indiferencia, es muy frió con su madre, con su esposa y con su hijo. Se siente débil cuando demuestra afecto, ya que esto le recuerda todo el afecto que le faltó, por ello intenta ser lo más agresivo posible, para no mostrar debilidad.

El paciente guarda mucho resentimiento con el medio, ya que siempre creyó que era injusto que su padre no se ocupara de él, pensó varias veces, que si su padre estuviera con él, su madre no fuera tan amargada y exigente con él y que todo hubiera sido mejor.

En el fondo piensa que su madre puso toda su atención en él porque no tenía esposo y entonces todo el tiempo se dedicaba a él para llenar el vacío de una pareja.

Para el paciente esta fue una carga muy pesada, ya que se sentía como el hombre de la casa, pero el no quería serlo, sentía demasiada responsabilidad en él, sentía que su madre se apoyaba en él como si fuera su marido.

En un nivel inconsciente guarda rencor a su madre por haberlo obligado a ocupar el lugar de su padre, por haber puesto en él tanta responsabilidad, en el fondo se siente culpable por haber sido el marido de su madre, siente que eso no debía ser así, que estaba mal, se avergüenza ante ello porque esto le retuvo en un afecto no sano hacia su madre, ya que la veía como su esposa, esto le hacia sentir muy culpable y le molesta mucho que haya sido así.

El resentimiento con su padre viene de pensar que si él hubiera estado junto a su madre, ella no le hubiera obligado a él a cumplir con el papel de marido y hubiera podido ser un hijo.

Como podemos notar esta necesidad de agresión se origina de haber tenido que cumplir con algo que no le correspondía y le desagradaba, que incluso le llenó de culpa.

3.3.1.2. Necesidades Orales: se presentaron en 21 casos de los 23 que fueron evaluados.

La fase oral es el período que abarca el primer año de vida. Según Freud, durante esta fase las necesidades, percepciones y modos de expresión

del niño se centran en la boca, a través de la cual obtiene todas sus gratificaciones inmediatas.

Las necesidades orales se refieren a una regresión a la etapa oral, a la que se regresó por ser ésta etapa la que produjo mayor satisfacción o por no haber recibido gratificación en esa etapa y se regresa a ella para buscar la gratificación antes no encontrada.

En la oralidad vemos comprobado el patrón de consumo, ya que el consumo es entre otras conductas, una conducta oral, ya que se bebe por la boca.

Entre ésta conductas orales están: el comer mucho o muy poco, el hablar mucho, los sarcasmos, el beber, el fumar, etc.

Así vemos como siendo la oralidad una de las necesidades más importantes encontradas en los pacientes, se comprueba, que el beber es una regresión a la etapa oral, además que aparezca junto con las necesidades afectivas y la agresividad, habla mucho, ya que justamente para cubrir estas necesidades afectivas y para descargar agresividad y ansiedad, es que se regresa a etapas anteriores como es la etapa oral.

Veamos algunos ejemplos de esta necesidad.

Ejemplo 1:

Historia de la lámina 13HM caso Nº 15

Señor de 33 años, soltero. Proviene de un hogar violento en el que su padre golpeaba a su madre y esto le afectó mucho.

HISTORIA 13VH: está el marido y la mujer, antes de eso han estado descansando o teniendo una relación amorosa, él se levanta para hacer el

trabajo de todos los días, se levanta cuidadosamente para no hacerle levantar a ella, porque le quiere mucho, él se baña, luego ***hace un desayuno: huevos tibios, jugo de naranja, dos tostadas con queso y una taza de leche*** y lleva el desayuno a la cama, le despierta con un beso a la mujer y le dice, que tenga un bonito día, que se sirva el ***desayuno*****,** él le sirve, ella está muy contenta. El se arregla, coge su maletín, sus libros y se va a trabajar despidiéndose de su mujer y ella se siente contenta porque a encontrado un hombre de buenos sentimientos, aunque no sea rico, lo que vale es el amor y ella está contenta y cuando él regresa al almuerzo, la casa está arreglada, con mantel en la mesa, floreros, el cuarto ventilado, ***un hermoso almuerzo***. La pareja vive feliz por el resto de su vida.

Ahora presentamos lo que consideramos lo más importante de la interpretación de la historia.

HISTORIA 13HM: el héroe es un señor que descansa con su esposa o han tenido una relación amorosa, él le prepara el desayuno y se va a trabajar, regresa y la casa está ordenada, almuerzan; viven felices el resto de su vida.

Vemos como la oralidad se presenta como comida, la comida se detalla y se recalca mucho su presencia, con esto vemos que la necesidad de incorporación y satisfacción oral está presente, se da una regresión a la etapa oral. Notamos también necesidad de superación, necesidades afectivas, rasgos obsesivos.

Las necesidades afectivas lo llevan a refugiarse en la oralidad. Para llenar el vacío de la afectividad no recibida, se consume. Vemos como el afecto y la comida van ligados en la historia, la esposa como un acto afectuoso le da

comida al esposo, esto nos muestra claramente como las necesidades afectivas lo llevan a una etapa regresiva, a la oralidad.

Esto fue comprobado en las entrevistas, ya que manifestó en varias ocasiones su necesidad de tener una familia y ser feliz con ella y eso lo ligaba mucho a dejar de consumir, es decir, para el paciente el consumir era un reemplazo del afecto que él quería recibir de una pareja.

El paciente condicionaba el dejar de beber, si es que, consigue una pareja amorosa, casi le parecía imposible dejar de consumir sin necesidad de tener a alguien a su lado.

En el análisis se pudo notar que cuando era niño sentía mucho temor cuando su padre golpeaba a su madre, entonces él corría y abrazaba a su madre o se iba a dormir para tranquilizarse. Siempre ha guardado mucho resentimiento e iras hacia su padre por maltratar a su madre y por lo duro que era con él, este resentimiento se libera cuando consume, ya que se venga del padre al no obedecer sus enseñanzas, al no ser como el padre hubiera querido que sea, además cuando siente muchas iras, se siente identificado con su padre y esto le asusta, entonces se refugia en una etapa anterior, como lo hacía de niño, ya no abraza a su madre, ni se va a dormir, pero, consume y esto le relaja; por una parte libera su agresividad y por otro lado se esconde de ella, se refugia en el alcohol y con esto evita ser responsable de su agresividad.

En el paciente existe mucho miedo de ser un fracaso como marido y como padre, en él existe una identificación con el padre, de la cual se siente culpable y esto es lo que le motiva a buscar una pareja y ser feliz con ella, porque esto le demostraría a sí mismo que no es como el padre, que no es “malo” como el padre. Al parecer esto es en verdad lo que más preocupa al

paciente y este temor es lo que le lleva a refugiarse en la etapa oral, en esta etapa se siente indefenso, incapaz de dañar a nadie, se vuelve un tanto infantil, busca el cuidado de los demás, como buscaba antes el abrazo de su madre.

Ejemplo 2:

Historia de la lámina 9VH del caso Nº 5

Joven soltero de 18 años. Sus padres viajaron a EEUU cuando él tenía 5 años.

HISTORIA 9 VH: el niño ya es un joven (ríe) y trabaja muy duro y trata de esforzarse al máximo en la hacienda que su padre le dejó. El siempre llega cansado, pero, siempre con mucho amor a su madre ya que él valora lo que ella hizo en su niñez, que lo cuidó, que ***le dio de comer***, y le dio todo su amor...

Luego se levanta después de sus largos periodos de trabajo, pero muy orgulloso de ello, se siente muy orgulloso de él y sigue luchando adelante. El mucho anhela y desea tener una familia.

Veamos el resumen de la interpretación

HISTORIA 9VH: el héroe es un joven, se ve así mismo como trabajador, cansado, orgulloso de él.

Como vemos el héroe necesita de una familia que le dé amor, pero, éste amor va ligado a la oralidad, es decir, que tras la necesidad de afecto, viene la oralidad del paciente, cuando no puede obtener amor o no se siente amado, recurre a una regresión de tipo oral.

En las entrevistas confirmamos que el paciente tuvo carencias afectivas grandes en su niñez y adolescencia, se sentía solo y pensaba que debe haber

sido su culpa quedarse solo. Su apoyo emocional fue su hermana mayor, ya que sus padres, no vivían con él.

El paciente siempre guardó iras por no haber tenido a su lado a sus padres, no entendía porque el no podía ser como un niño normal y tener a sus padres junto a él. Esto le llenó de preguntas y reclamos hacia sus padres que cuando era niño nunca pudo expresar.

La primera vez que pudo reclamar a sus padres el haberlo dejado solo, fue cuando un día bebió alcohol con unos amigos y cuando regresó a casa llamó a sus padres y les reclamó todos los años de soledad y la falta que le hicieron.

Desde este hecho el se refugia en el consumo del alcohol para descargar sus iras o frustraciones. Necesita esta regresión oral para poder expresarse, vemos en el paciente que para descargar agresividad regresa a la oralidad.

Al respecto recuerda que en una ocasión de niño hizo un berrinche por la falta que le hacían sus padres y que su hermana y su abuela vinieron a consolarle, pero, en otra ocasión, cuando era un poco mayor lo volvió a hacer y su hermana y su abuela le hablaron y le dijeron que no es un bebé y que tiene que entender. En el análisis se vio que para este paciente el consumir era regresar a esa primera vez en donde era permitido reclamar y llorar por la falta que le hicieron sus padres, la oralidad le justifica para expresar estos sentimientos que no se pudieron expresar en épocas anteriores.

Ejemplo 3:

Historia de la lámina 13HM del caso Nº 2

Hombre de 26 años, casado, su padre es alcohólico.

HISTORIA 13HM: un día llegó don Tenorio a su casa, después de ***haber consumido en muchos días, licor*** y en su locura estranguló a su mujer, al día siguiente al despertarse se encontró con el macabro hecho, no podía creer lo que había hecho.

Entró en un estado de locura y todas las noches dormía junto a ella hasta que por fin tomó su revolver y se mató.

Resumen de la interpretación

HISTORIA 13HM: el héroe es un hombre que mata a su mujer estando borracho y después se mata él.

Esto encierra mucha agresividad hacia el medio y a sí mismo, ésta agresividad se despertó ante la lámina sexual, con lo que notamos que existe un problema sexual.

Además debemos decir, que esta agresividad y este problema sexual va ligado a la oralidad, ya que la oralidad es una etapa regresiva, éste paciente se refugia en ella cuando la agresividad es grande y no la puede controlar, o posiblemente cuando se siente inseguro en cuanto a su sexualidad. Vemos también que la culpa acompaña a la agresividad, se siente culpable por la agresividad manifestada bajo una regresión oral, y como el superyó se impone fuertemente, se mata en la historia.

Mediante el análisis pudimos notar que el paciente se identificaba fuertemente con el padre, esto en parte por ser hombre y por otra parte por poder ser su rival ante su madre.

Si bien la relación con su padre es mala y no quiere parecerse a él a un nivel consciente, inconscientemente desea ser como su padre para lograr el amor de su madre, tras esto existe un Edipo no resuelto que le lleva a una regresión a la oralidad.

Además la agresividad que le despierta la figura paterna es tan grande que le asusta y se siente culpable y para refugiarse lo hace mediante el alcohol, necesita la regresión oral.

Por otra parte la lámina sexual ha puesto en escena una relación sexual con un ser amado, su madre, ante lo que siente que debe matarle porque no es posible que él sea pareja de su madre y ante la culpa de estos sentimientos se mata él. Todo esto lo hace volver a la etapa oral en la que se siente a salvo de todas estas preocupaciones.

3.3.1.3. La Necesidad de Superación y la Necesidad de Ayuda.

3.3.1.3.1. La Necesidad de Superación se refiere a la necesidad de cambio, de rehabilitación, de tener una vida mejor. Varios pacientes están concentrados en su recuperación, en salir del centro recuperados y tener una vida normal. Y hemos visto que en los pacientes que existe ésta necesidad de superación, la terapia da mejores resultados, ellos se muestran mas colaboradores.

A continuación presentamos ejemplos que nos indican claramente esta necesidad.

Ejemplo 1:

Historia de la lámina 1 del caso Nº 3

Joven soltero de 17 años, sufría maltrato físico de sus padres.

HISTORIA 1: Es un joven que busca futuro en la música, ***esmerándose día a día. Está concentrándose para llegar a su objetivo,*** se está refugiando en la música porque la vida ha sido llena de amarguras y soledad. Él va ha llegar a su objetivo porque el pasado le ayuda a seguir madurando.

Veamos el resumen de la interpretación de la historia anterior.

HISTORIA 1: el héroe es un joven que busca futuro en la música, interesado en llegar a su objetivo y refugiarse en la música, esto nos muestra necesidad de superación y refugio.

Se ve a sí mismo esmerándose día a día, para lograr su meta, esto también indica necesidad de superación.

Ve al medio como lleno de amarguras y soledad.

Se esfuerza por conseguir su objetivo, lo que también notamos en su vida diaria, se esfuerza por su rehabilitación, quiere hacer planes para un futuro mejor, constantemente su preocupación es como mejorar su vida, como salir adelante.

Ejemplo 2:

Historia de la lámina 9NM del caso Nº 20

Mujer divorciada de 21 años. Sus padres viajaron a EEUU cuando ella tenía 4 años.

HISTORIA 9NM: están dos hermanas que estuvieron conversando en el patio, les llamó su papá y ellas corren, la una corre más rápido, juegan, el papá

las lleva a pasear. Ellas se llevan bien, pero también pelean, se parecen mucho. A las 6 de la tarde le van a ver a su madre, ellas están contentas. Su papá tiene un negocio de carros. La mamá va a pasear con sus hijas, la una tiene 20 años y la otra 15, ***dan prioridad a sus estudios****,* se van al cine, se encuentran con amistades, luego regresan. Los padres están en la habitación, ***es una familia perfecta****,* las niñas ven novelas, van a dormir y así acaba el día de ellas.

Resumen de la interpretación de la historia del ejemplo.

HISTORIA 9NM: dos hermanas que juegan, dan prioridad a sus estudios, se llevan bien, a veces pelean, tiene amistades, es una familia perfecta, luego se van a dormir.

En esta historia notamos, necesidades de protección ligadas a necesidades afectivas de sus padres, esto fue confirmado en las entrevistas.

Además notamos necesidad de superación, agresividad, rivalidad con su hermano.

Vemos como aunque trata de superarse la agresividad viene de una rivalidad con su hermano, lo que fue comprobado en el análisis.

Su afán de superación le lleva a querer una familia perfecta, lo que es su meta, esto le produce un tanto de ansiedad porque en ocasiones no sabe como va a lograr este cambio, sin embargo, se encuentra muy deseosa de superarse, con metas y planes para ser mejor.

La paciente se muestra colaboradora en las entrevistas y trata de cumplir con los objetivos que se propone. Su mayor preocupación es rehabilitarse y ser una buena madre, desea ser buena madre para que su hija no pase por lo que ella ha pasado.

Ejemplo 3:

Historia de la lámina 10 del caso Nº 16

Joven soltera de 17 años. Sus padres viajaron a EEUU cuando era muy pequeña, hace nueve meses murió un hermano suyo.

HISTORIA 10: esto parece... el señor y la señora se fueron a algún lado, son esposos, se reconocen a los años, se sienten tristes por los recuerdos; se abrazan como si fuera el último abrazo de la vida. Parece que se quieren mucho, con el tiempo van a tratar de ya no separarse porque se aman mucho. ***Enmiendan sus errores y se aman mucho*****.**

Resumen de la interpretación de la historia anterior.

HISTORIA 10: es una pareja que se reencuentran, están tristes por los recuerdos, se quieren mucho y enmiendan sus errores para no separarse más.

Esta historia muestra necesidad de reencontrarse con seres queridos, necesidad de enmienda, de superación, necesidades afectivas.

Se ve reencontrándose con un ser querido, lo que revela su necesidad de encontrarse emocionalmente con un ser querido, de volver a tener una relación afectuosa, de enmendar sus errores y comenzar nuevamente, esto se ve también en su manera de pensar, en la actualidad está muy interesada, en enmendar, en corregir errores de su pasado y de salir adelante.

La separación emocional de sus seres queridos es algo que le ha afectado mucho, por lo que quiere recuperar éste afecto, sin embargo, se siente triste por el tiempo que pasó sin éste afecto tan deseado y está decidida a obtenerlo y ya no perderlo más.

La muerte de su hermano le ha llevado a pensar en todo el cariño que le ha faltado de sus padres y el resentimiento que tiene hacia ellos y ha pensado en que su resentimiento no le ha permitido acercarse a ellos cuando ellos le han buscado.

Ahora que ya no tiene a su hermano, que era su apoyo emocional, trata de enmendar sus errores y acercarse a sus padres.

3.3.1.3.2. La Necesidad de Ayuda está en la misma cantidad que la necesidad de superación, muchas veces va de la mano de la anterior, ya que muchos de los pacientes tras la necesidad de superación, sienten necesidad de ayuda para lograrlo, muchos se refugian en la religión otros en su familia, pero, muchos de ellos sienten que necesitan ser ayudados, protegidos.

Veamos ejemplos de la necesidad de ayuda.

Ejemplo 1:

Historia de la lámina 18VH del caso Nº 19

Hombre casado de 38 años. La relación con su padre es distante.

HISTORIA 18VH: como que el señor está perdido y alguien le coge por atrás y le dice no te vayas, siéntate, no te vayas hasta que soluciones tu problema. Él está con un problema, está confundido y ***alguien le consuela, le ayuda,*** hay alguien que le consuela, él se da la vuelta para escuchar, pero, como que le dijeron algo muy fuerte, una mala noticia que le impresionó mucho.

Resumen de la interpretación

HISTORIA 18VH: el señor está perdido, confundido, con un problema y alguien le consuela, le ayuda, le dice que solucione su problema, al señor le dieron una mala noticia.

El que diga que el señor está perdido, confundido, con problemas; indica lo mismo, él mismo esta confundido, se siente perdido, tiene problemas.

Un señor le consuela, le ayuda, esto nos muestra necesidad de consuelo, de ayuda. Ve como alguien lo ayuda a reflexionar, esto seguramente es lo que necesita, incluso esas palabras que le dice el señor, talvez sean las que él mismo necesita oír.

En las entrevistas se pudo comprobar que el paciente tiene la necesidad de ser ayudado, siente que no puede solo y que si alguien le ayuda, él se recuperará.

Ejemplo 2:

Historia de la lámina 8VH del caso Nº 9

Joven soltero de 21 años, hijo de padres divorciados.

HISTORIA 8VH: un joven llegando a casa, observa como matan a su padre, porque no ha sido una buena persona. De por sí sufrirá mucho el joven, porque para él su padre era como un ídolo, ***la madre está en una iglesia cristiana, al pasar esto el niño acude a la iglesia cristiana y llevan una vida feliz.***

Presentamos el resumen de la interpretación de la historia dada.

HISTORIA 8VH: un joven ve como matan a su padre por no haber sido una buena persona, esto indica agresividad a la figura paterna, posible voyeurismo.

Se refugia en la iglesia cristiana lo que muestra necesidades de ayuda. En las entrevistas vimos que Dios aparece en el paciente como la representación de la figura paterna, un padre que protege; cuando está en algún problema acude a Dios en busca de ayuda y de afecto. Ante la necesidad de agresión hacia su padre, siente la necesidad de refugiarse en algo, para recibir ayuda y lo hace en la iglesia.

Además el refugio en la iglesia lo libera de la culpa que le produce desear la muerte del padre y para reemplazar al padre por Dios y encuentra en él la felicidad que su padre, por no ser una " buena persona ", no le pudo dar. En esta historia además de necesidad de ayuda se ve necesidades afectivas, ya que para el paciente ayudar, es un acto de amor, de afecto.

Ejemplo 3:

Historia de la lámina 4 del caso Nº 20

***Mujer divorciada de 21 años. Sus padres viajaron a EEUU cuando ella tenía 4 años*.**

HISTORIA 4: veo..... antes ellos tuvieron una pelea, él dijo que tiene una amante, que no quiere saber nada de ella, que le deja. Están casados, pero, no tienen hijos, ella le está suplicando porque no le deje. Él está orgulloso, no le quiere a ella. Ella histérica se pone a gritar. Él es un mujeriego, no tiene relaciones estables, se cansa y vota a las mujeres.

Ella piensa que llorando le va a retener. Ella se va a poner de rodillas para que se quede, él dice que no quiere estar por lástima, él empaca y no tiene nada de pena, nada le detiene. Ella llora y habla... él le dice que no le quiere, ella piensa que se va a arrepentir, pero él en ese momento solo piensa en su otra mujer, solo ve lo superficial y no ve que la mujer a la que dañó es la que más lo ama.

Ella va a hacerse amargada, ***pide a Dios que regrese****,* él ya se olvidó de ella, luego se van a encontrar en la calle y él se va a enamorar de ella, ella se va a arreglar más y ***confía en Dios****,* a la larga ella quiere regresar con él y él quiere regresar con ella.

Resumen de la interpretación de la historia anterior.

HISTORIA 4: es una pareja de casados, él la deja y se va con la amante, luego se va a enamorar de ella y van a regresar.

En ésta historia podemos notar agresividad, rasgos paranoicos del tipo de la celotipia, necesidades afectivas.

Se ve a sí misma que ruega, que se humilla, para conseguir amor.

El que mencione que ella se va a hacer amargada indica, que se ve a sí misma amargada, triste, todo esto indicando conflictos con su autoimagen que fueron comprobados en las entrevistas.

Ante la agresividad que viene del medio y va hacia el medio, no sabe como resolver sus problemas y busca ayuda en Dios.

Su autoimagen está deteriorada, por lo que también desconfía del medio, lo cela, siente que debe humillarse para conseguir su amor o al menos su compasión, ante la realidad que le dice que aunque se humille no va a

conseguir nada, intenta un cambio en ella misma, quiere ser mejor y para ello necesita una ayuda externa, que la encuentra en Dios.

Para la paciente Dios no es solo un apoyo, es la base de la ayuda que ella necesita, se siente totalmente inútil e incapaz de resolver sus problemas y de superarse sola, entonces busca ayuda en Dios, que además de ser su ayuda es el sustituto de la figura paterna a la cual ama.

3.3.1.4. La Necesidad de Huída y la Necesidad de Perdón ambas se presentaron en 2 casos de los 23 pacientes.

3.3.1.4.1. La Necesidad de Huída se refiere a la necesidad del paciente de huir de su realidad, de escapar de su situación actual, en vez de enfrentarla, prefiere huir. Muchas veces esta huida se da por medio de la regresión a etapas anteriores de desarrollo.

3.3.1.4.2. La Necesidad de Perdón va ligada a los conflictos con el superyó, en los cuales el superyó lo critica muy duramente, entonces el paciente tiene una necesidad imperiosa de que lo perdonen, sin embargo, lo que más necesita es su propio perdón.

3.3.2. Conflictos Significativos:

3.3.2.1. La agresividad encabeza la lista de conflictos significativos en los pacientes del C.R.E.I.A.D., como vimos, está presente en 22 de los 23 casos evaluados.

La agresividad se puede convertir en un conflicto ya que sin control de ésta, se puede llegar a tener conductas inapropiadas, como reaccionar agresivamente con el medio o consigo mismo.

Además ésta agresividad en muchos casos es la que conduce a sentimientos de culpa, por ser expresada en una manera inapropiada.

La necesidad de agresión fue descrita ya entre las necesidades, ya que la agresividad se presenta como una necesidad de agresión al medio o a sí mismo y como ya dijimos esta necesidad de agresión puede convertirse en un conflicto cuando no se la sabe manejar, en ocasiones esta necesidad de agresión es tan grande que no se la puede controlar y se causa daños al medio o a si mismo.

En algunos casos se vio que esta necesidad de agresión se presentó en conductas inadaptadas como asaltos, asesinatos, maltrato a una persona cercana, etc. Y en otras ocasiones se ve que esta agresividad es dirigida a sí mismo porque es inaceptable descargarla al medio, entonces se bebe, se intenta un suicidio, o incluso se busca parejas que los maltraten y de esa manera ellos no se agreden directamente, pero, buscan agresión de otros.

Los ejemplos que se presentaron en la necesidad de agresión ilustran muy bien la agresividad por ello ahora vamos a presentar un solo ejemplo de la agresividad como conflicto.

Veamos un ejemplo de agresividad en las historias narradas en el T.A.T.

Ejemplo 1:

Historia de la lámina 8VH del caso Nº 2

Hombre casado de 26 años, hijo de padre maltratador y alcohólico. Su relación con su padre es mala. Se encuentra en planes de divorcio.

HISTORIA 8VH: ..... Josua era un niño de 14 años que un día por cosas del destino le tocó ***presenciar un cruel asesinato***, pero lo más doloroso para Josua era saber que el ***asesino era su padre***..... después de un tiempo comenzaron las investigaciones, fue cuando detuvieron a su padre y él manipulaba a su hijo para que intercediera por él, que era un rato de locura, que no sabía lo que hacía y por otro lado estaba la justicia, la sociedad que le decía que haga lo correcto y en el juicio a su padre, él decidió no acusarlo, pero desde ese día decidió huir de su casa y desde entonces Josua se convirtió en uno de los delincuentes más osados de hoy en día.

Veamos lo más importante de la interpretación de la historia anterior

HISTORIA 8VH: el héroe es un niño que vio un asesinato que su padre cometió, no lo denuncia y se va de la casa y se convierte en uno de los delincuentes más osado de hoy en día.

Esto nos indica, agresividad hacia el medio, conflicto con la figura paterna, conflicto con su autoimagen, primacía del ello.

Aquí vemos claramente que el superyó es débil y esto lleva a que el paciente en su vida tenga serios problemas por la agresividad, ya que deja que prime el ello, aquí vemos como la necesidad de agresión se puede convertir en un conflicto.

Como el paciente tiene una mala relación con el padre, se venga de éste al verlo como un asesino, pero, a la vez, se identifica con él y descarga su agresividad por medio de esta identificación. Ante esto se siente culpable y huye, es decir, sufre una regresión posiblemente a la etapa oral y tras esa regresión, se atreve a agredir directamente esto lo vemos en la frase “se convierte en uno de los delincuentes más osados de hoy en día”.

En las entrevistas se confirmó que en el paciente existía un conflicto con la agresividad, ya que esta era grande y no sabía como manejarla ni descargarla adecuadamente. El paciente libera su agresividad en una forma de hablar sarcástica, en un comportamiento burlón, tratando de molestar a sus compañeros o a las personas que estén a su alrededor; por esto decimos que para la descarga de su agresividad el paciente tiene una regresión de tipo oral ya que el hablar de una manera agresiva indica regresión de tipo oral.

En el paciente, esta manera de actuar, le ha traído muchos problemas, ya sea con sus compañeros, con los que no se lleva ni puede conversar sin pelear, o con cualquier persona que se encuentre cerca de él a la que trata de molestar y esto le ha llevado a tener enfrentamientos continuamente y no ser aceptado dentro de ningún grupo.

3.3.2.2. Los Conflictos Sexuales que se ven en 20 de los 23 pacientes evaluados. Dentro de los conflictos sexuales pudimos ver que los pacientes reprimen su sexualidad por no sentirse adecuados o aptos en esta área, o en el otro extremo tratan de probar la mayor cantidad de experiencias sexuales para compensar sentimientos de inferioridad en cuanto a la sexualidad. En varios pacientes se ha visto homosexualidad latente, en otros se ha visto agresividad en el plano sexual y en otros se vio que se apartan totalmente de lo sexual y afectivo.

Además debemos mencionar que dentro de estos conflictos sexuales se encuentra el voyeurismo, que se vio en tres pacientes varones.

Veamos ejemplos en los que se aprecian claramente los conflictos sexuales.

Ejemplo 1:

Historia de la lámina 3VH del caso Nº 6

Joven de 17 años, soltero, sus padres se fueron a vivir en EEUU desde que él tuvo 5 años, estuvo dentro de pandillas.

HISTORIA 3VH: una persona despechada de la vida, talvez agredida por alguien, tiene problemas; *si es mujer* con el marido alcohólico o drogadicto que llega a casa y le agrede y no encuentra otra salida y se da por llorar y resignarse a lo que le hagan.

Sería una persona que no se valora a sí mismo (lo que yo he visto) se deja lo que diga el marido, ***talvez se prostituya o trabajos que ella no desee***.

Interpretación de la historia

HISTORIA 3VH: el héroe es una mujer que es maltratada por el marido alcohólico o drogadicto, no encuentra salida, se resigna. Se prostituye o hace algo que no desea hacer.

Esto indica una pobre autoimagen, se ve maltratado, sin solución a sus problemas, también está presente la oralidad.

Podemos ver también homosexualidad latente en su identificación con una mujer, además en ésta identificación se ve agredido, al punto de ser prostituido, el verse como una prostituta indica en el fondo una necesidad de satisfacción sexual, aunque ante ésta necesidad se siente denigrado, la represión es la que actúa y manifiesta esta necesidad como denigrante, sin embargo, si el paciente la introdujo, es por que es importante para él.

Notamos que en este paciente el conflicto sexual se presenta ya que en un nivel inconsciente existen deseos homosexuales, los cuales son reprimidos por la conciencia por ser inaceptables. Estos deseos reprimidos son los que lo llevan a identificarse con una mujer y que además es prostituida lo que nos muestra claramente cuales son sus deseos; sin embargo, esto es reprimido y visto como algo prohibido y ante lo cual merece castigo, por ello ante la identificación como mujer es maltratado y denigrado al ver que la mujer es prostituida, para el paciente tener estos deseos homosexuales son como ser prostituido.

Ejemplo 2:

Historia de la lámina 18NM del caso Nº 12

Joven soltera de 15 años, sus padres son divorciados, su relación con ellos es mala, especialmente con su madre.

HISTORIA 18NM: son dos mujeres..... ***le va a besar la una a la otra*****,** están en una escena medio el goce, está en un lugar donde no les puede ver nadie, ambas están asustadas. Están asustadas las dos porque se besan.

Veamos lo más importante de la interpretación de la historia dada.

HISTORIA 18NM: el héroe son dos mujeres que se besan y están asustadas. Esto implica necesidades afectivas, culpa, homosexualidad manifiesta.

La homosexualidad en éste caso se ve manifiesta, son dos mujeres que se besan y esto es una necesidad para la paciente, con esto vemos un conflicto sexual claro, a diferencia de otras historias que indican conflicto sexual, en ésta historia la represión no actúa para voltear la historia en otra dirección, la cuenta en pocas palabras, sin embargo, se muestran los deseos de la paciente de una manera clara y muy explícita.

Aunque la historia es muy directa, también notamos que existen sentimientos de culpa al verse asustada, ella misma se sorprende de sus deseos, sin embargo, no los reprime.

La joven que narra esta historia de hecho se encuentra confundida por su orientación sexual y ha tenido experiencias de tipo homosexuales.

Cuando se tocó el tema dentro del análisis, se pudo ver que la paciente no solo se interesaba por su mismo sexo sino que también le atraían las personas de sexo contrario, sin embargo, prefería a las personas de su mismo

sexo como una oposición a sus padres, deseaba ser todo lo que ellos no desean que ella sea, entonces, prefiere dirigir su afecto a las personas de su mismo sexo en oposición a sus padres y en venganza a su padre ya que la paciente tiene mucho resentimiento hacia él.

Debemos aclarar que en todos los seres humanos en los primeros años de vida el afecto se dirige en las dos direcciones, vemos que el niño ama tanto a su madre como a su padre y luego por identificación con el progenitor del mismo sexo dirige su afecto a personas del sexo contrario, sin embargo, en la paciente esto no sucedió ya que no se identificó con su madre – porque para la niña no podía identificarse con alguien que no le dio amor- y además no desea el amor de una pareja del sexo contrario ya que su padre no estuvo cerca de ella cuando fue niña y por ello como venganza decidió no dirigir su amor al padre, sino a cualquier sustituto de la figura materna, por ello busca parejas de su mismo sexo.

Ejemplo 3:

Historia de la lámina 13HM del caso Nº14

Hombre de 63 años, casado, la relación con su esposa es mala, afirma que su esposa lo trata mal.

HISTORIA 13HM: .....puede ser una esposa maltratada por el marido, talvez por la adicción, porque una persona que ha probado drogas puede hacer lo que sea, ***puede matar o matarse***. Después ya puede parar a una cárcel o le lleva al suicidio.

Veamos el resumen de la interpretación de la historia anterior

HISTORIA 13HM: el héroe es un esposo que maltrata a su mujer, porque es adicto. Puede matar o matarse y luego va a la cárcel o se suicida.

En ésta historia vemos mucha agresividad, que en primer lugar se dirige al medio y luego va hacia él, esto puede llevarlo a una depresión, a deseos de morir por un gran sentimiento de culpa, el superyó pide castigo por sus malas acciones, mostrando necesidad de ser castigado.

Además en esta historia vemos que lo sexual es reprimido, siendo ésta una lámina sexual, no se menciona nada sexual, se omite el desnudo de la mujer y esto provoca, verla muerta, es decir, ésta represión sexual, origina la agresividad.

Ve a la sexualidad como un acto de agresión, ante el cual se debe tener un castigo, esto nos explica como se da su conflicto sexual.

Primero lo sexual es visto como algo tan negativo que es reprimido, luego, para negar el acto sexual, se lo reemplaza, pero, se lo reemplaza por un acto de agresión a tal punto que lleva a la muerte; esto se da porque el superyó dice que merece ser castigado ante lo sexual.

Además esta agresividad es despertada por lo sexual ya que el paciente se siente inadecuado sexualmente, entonces el tema sexual le despierta iras y frustración, ante lo cual se defiende agrediendo, matando o matándose.

3.3.2.3. Los Conflictos con el Autoimagen, esto incluye, sentimientos de inferioridad, visión negativa de sí mismo, sentimientos de inadecuación, etc.

Este conflicto está muy presente en los pacientes ya que por ser alcohólicos se sienten responsables del sufrimiento de los suyos, sienten que

no pueden salir de la adicción, además como por el alcohol han perdido mucho dinero, trabajo, etc., se sienten incapaces de salir adelante.

A esto se le suma que muchos de ellos han cometido delitos llevados por el alcohol y esto les hace sentir peor y mas el sufrimiento que causan a su familia les lleva a sentirse muy mal y a apreciarse de una manera extremadamente negativa, casi no son capaces de mencionar sus virtudes.

Son personas que generalmente no pueden describirse, no se conocen a sí mismos, especialmente sus virtudes, sus capacidades. Ven partes suyas, pero, no su totalidad, generalmente se enfocan en sus partes negativas.

A continuación se presentan ejemplos en donde se puede ver claramente los conflictos con el autoimagen.

Ejemplo 1:

Historia de la lámina 9VH del caso Nº 2

Hombre de 26 años, casado, su padre es alcohólico y su relación con él es mala. Tiene relaciones amorosas fuera del matrimonio.

HISTORIA 9VH: ***(esos borrachos***)..... (1 min)..... una vez hubo una gran fuga en una prisión, de la cual se escaparon un grupo de 4 amigos, decidieron tomar tal hazaña porque les culparon por un crimen que no cometieron, vivían escapando pueblo tras pueblo, descansaban cuando podían..... al verse obligados por tanta presión y sin dinero, decidieron ahora si, volverse unos delincuentes, pasaron los años y conformaron una banda muy extensa, tenían tanto poder que ya no lo podían manejar y decidieron

eliminarse unos a otros, pero, en el momento de la euforia recordaron que eran buenos amigos y escapaban por algo justo y ***se habían convertido en las personas que no querían ser.....***

Resumen de la interpretación de la historia.

HISTORIA 9VH: los héroes son unos presos que se escapan de la cárcel por que estaban ahí por injusticia, luego se convierten en delincuentes.

Esto nos indica un concepto de sí mismo y de sus pares muy negativo, además ve al medio como injusto.

Muestra oralidad y ante ella viene un concepto muy negativo de sí mismo, siendo la oralidad una regresión, éste paciente la ve como algo de que avergonzarse. Ve al medio como injusto, en definitiva tiene un mal concepto del medio, pero esto puede deberse a un acto de proyección.

Su oralidad lo lleva a sentirse mal consigo mismo, a verse muy negativamente, además en esta regresión él comete errores de los que luego se arrepiente, sin embargo, esto no es suficiente para sentirse mejor y se critica de una manera muy dura, por lo que su autoimagen está muy deteriorada.

Una de las frases que emplea describe muy bien como se siente, siente que se ha convertido en la persona que no quiso ser. Siente como un fracaso el haber caído en el alcohol y se ve de una manera muy negativa.

Ejemplo 2:

Historia de la lámina 4 del caso Nº6

Joven soltero de 17 años. Sus padres viajaron a EEUU cuando él tuvo 5 años, se involucró en pandillas, la relación con sus padres es mala.

HISTORIA 4: una mujer que le ruega, o una moza, ***mujerzuela****;* y él le desprecia y ella le ruega, el chantaje del hombre a la mujer, ***talvez, él la prostituya para sacarle dinero****,* o que le dé cosas y siempre le va a utilizar a ella.

Ella le ruega para tener relaciones o para que no le deje, o por que él se va a enfrentar a alguien y ella le detiene.

Resumen de la interpretación de la historia dada.

HISTORIA 4: el héroe es una mujer -mujerzuela-que ruega a un hombre para que no le deje, para tener relaciones o para que no se enfrente a alguien, ella es chantajeada o prostituida.

Esto nos dice que hay necesidades afectivas, un autoconcepto pobre, negativo, homosexualidad latente, rasgos paranoicos, conflicto sexual.

Todo esto va ligado a necesidades afectivas no satisfechas, pero, como no se siente merecedor de afecto, piensa que tiene que rogar por él, incluso denigrarse, se ve así mismo muy poca cosa como para merecer afecto.

Además una homosexualidad latente refuerza esta visión negativa de sí mismo y para castigarse a sí mismo por estos deseos, su autoimagen es sacrificada.

La necesidad de ser castigado por deseos indeseables lo lleva a proyectar su deseo de castigo y ve que es el medio quien lo maltrata, ve al medio como agresor, dañino.

Sus deseos homosexuales causan el conflicto, ya que estos no son aceptados y se avergüenza de tenerlos, por ello se castiga o busca castigo en el medio.

Ejemplo 3:

Historia de la lámina 9VH del caso Nº 23

Joven soltero de 16 años. Sus padres se separaron cuando él tenía 5 años. Ha vivido temporadas con su padre y temporadas con su madre.

HISTORIA 9VH: era en un pueblo, una cantina donde ***habían demasiados borrachos problemáticos,*** todas las noches no dejaban descansar a la gente del pueblo, viendo esto toda la comunidad quemó la cantina y a los borrachos que habitaban ahí, los sacaron afuera y así pudieron dormir tranquilos.

Veamos el resumen de la interpretación de la historia anterior.

HISTORIA 9VH: eran unos borrachos de una cantina, el pueblo quemó la cantina y les mandó del pueblo a los borrachos.

El verse como uno mas de los borrachos problemáticos, nos muestra como su autoimagen está deteriorada, ante una conducta oral, se ve a sí mismo problemático, que necesita ser alejado del medio para no molestar mas, existe en esto agresividad a sí mismo y al medio.

Esto se comprobó en las entrevistas en donde se notó que el paciente se sentía mejor en el Centro que fuera de él y no porque no extrañara salir o a su familia, sino, porque pensaba que él era la causa de todos los problemas de su familia y creía que si estaba lejos de ellos no los podría dañar ni avergonzar.

En su interior se avergonzaba de sí mismo, se veía inútil, un problema, existen en el paciente muchas iras hacia sí mismo.

3.3.2.4. Los rasgos Paranoicos, que se encontraron en 16 de los 23 casos evaluados.

Los rasgos paranoicos se presentaron en desconfianza al medio, ven al medio como agresor, que les hace daño y ante el cual tienen que defenderse.

Esto es reforzado por el medio en el que han vivido, el vivir en las calles por el consumo, refuerza esto, ya que en verdad sí han recibido agresión.

Otra manera en que se presentaron los rasgos paranoicos fue como celotipia, es decir, celos de su pareja, desconfianza, piensan a menudo que ésta le es infiel, incluso con sus amigos.

Todo esto se explica ya que, como vimos, varios pacientes presentan conflictos sexuales y por ello piensan que su pareja le es infiel, además muchos de los pacientes han sido o son infieles con sus parejas y por medio de la proyección envían su infidelidad al exterior y perciben que su pareja le es infiel.

A continuación se muestran ejemplos de este conflicto.

Ejemplo 1:

Historia de la lámina 18VH del caso Nº 22

Hombre de 37 años, divorciado. Su padre es alcohólico.

HISTORIA 18VH: un hombre totalmente borracho, en esa oscuridad de la noche su esposa le sostiene, ella le dijo que no beba, él no hizo caso, nos sentimos dueños de la verdad **y *nunca falta un amigo que ofrece ayuda a la esposa con fines íntimos*** y nos sentimos traicionados, lo mejor es el amor de una mujer y lo perdemos por el alcohol.

Resumen de la interpretación de la historia.

HISTORIA 18VH: un hombre borracho que es sostenido por la esposa, un amigo le ayuda a la mujer con fines íntimos, nos sentimos traicionados.

Aquí vemos claramente como se siente un alcohólico con respecto a sus amigos y a su pareja, se sienten amenazados ante un ligero acercamiento de un amigo suyo a su pareja, generalmente sienten que su amigo lo ayuda por su esposa y no por él mismo, en ésta historia vemos además la oralidad y necesidades afectivas.

Ante la necesidad de afecto, se regresa a una etapa anterior de desarrollo, a la etapa oral, en la cual se siente gratificación.

La celotipia se explica por un amor no aceptado hacia el amigo del mismo sexo, en donde vemos que no es a la mujer a quien se cela sino al amigo, el miedo no es que el amigo busque a su esposa con fines íntimos, sino que su esposa acepte a su amigo, que ya no sea su amigo, sino la pareja de su esposa, tiene celos de que ella lo tenga, al ella tenerlo, ya no sería de él,

sino de su esposa. Es decir, no se tiene miedo de perder a la esposa por el amigo, si no, el perder al amigo por la esposa, ve como rival no al amigo, sino a la esposa.

Esto se confirmó en el análisis en donde vimos que el paciente celaba a personas con las que salía, ya que él pensaba que ellas estaban interesadas en sus amigos y no en él. Lo que le molestaba en realidad al paciente era el pensar que sus amigos se interesaran en una de sus parejas y entonces perdería a su amigo.

Ejemplo 2:

Historia de la lámina 18VH del caso Nº 21

Hombre de 47 años, casado, en planes de divorcio.

HISTORIA 18VH: aquí solo veo unas manos, puedo ser yo, que me estén deteniendo, o me están metiendo en la casa, o ***un ladrón que me quiere asaltar,*** parece que en la cintura veo una botella, se deduce que este hombre está borracho o sea yo.

O sino me detiene y me han traído para acá, para que no siga, puede ser mi hermano o alguna otra persona que me quiere. Otra mano me abraza, me detienen entre dos, no me dejan ir a consumir, puedo tener una última oportunidad.

Resumen de la interpretación de la historia anterior.

HISTORIA 18VH: unas manos de dos personas detienen al héroe, para ayudarlo para que deje de beber alcohol o para asaltarlo.

En esta historia vemos como se manifiesta la paranoia, vemos como el mismo paciente relaciona a su hermano en la historia donde también puede

estar un asaltante, un amor no aceptado por ser imposible, no permitido por la moral, es negado e invertido a su contrario en la misma historia, un hermano que ayuda, luego puede hacer pensar en un asaltante, ya que no puede reconocer la necesidad de amor por parte de su hermano, se cambia por su contrario, no se le ama, se le teme, porque éste lo quiere asaltar, pero, como su hermano es muy bueno, no puede ser él quien lo dañe, entonces, la figura del hermano se cambia por la de un asaltante, que justificaría su miedo. Todo esto fue confirmado en las entrevistas.

En la historia vemos también oralidad, necesidad de ayuda.

Ejemplo 3:

Historia de la lámina 9NM del caso Nº 16

Joven de 17 años, soltera, la relación con sus padres es mala, su hermano muere hace nueve meses.

HISTORIA 9NM: está corriendo, parecen hermanas, corren por una playa (hay palmas) ***se quieren esconder porque parece que alguien las persigue****,* no saben a donde van.

En la playa no hay lugar en donde esconderse, luchan para llegar a un lugar salvo, talvez se tropiecen, la una se cae y muere, pero ellas quieren hacerle perder para que no les vea y estar a salvo.

Resumen de la interpretación de la historia.

HISTORIA 9NM: dos hermanas corriendo porque alguien las persigue, la una muere.

El huir de alguien que las persigue, indica rasgos paranoicos. Pero veamos de quién huye, se huye de alguien que las persigue, como se huye de

un deseo inconsciente no deseado, la una hermana muere ante la persecución, de lo que notamos un duelo no resuelto, ya que el hermano de la paciente murió hace unos meses.

En el análisis se pudo notar que en parte esta paranoia viene por un deseo de castigo, de sufrimiento, por desear a éste miembro de la familia que murió – su hermano- y como no era posible, se pensaba que mejor sería que muera, como este ser querido en realidad murió, la paciente se llenó de culpa ya que se siente agresora, culpable de esta muerte, entonces como es insoportable reconocer éstos deseos, se los envía al exterior, por formación reactiva y el medio en vez de su amor, le devuelve persecución, muerte.

3.3.2.5. Los conflictos con la Figura Materna y una posible Depresión. Ambas presentan 13 casos de los 23 atendidos.

3.3.2.5.1. Los Conflictos con la Figura Materna se refieren a conflictos con la figura que representó para el paciente a la madre, puede ser la madre o cualquier persona que hizo de madre, se vio que existe agresividad hacia la figura de la madre y también existen sentimientos de culpa por la madre, se sienten culpables de ser alcohólicos y haber lastimado a su madre, o también se sienten culpables por guardar resentimientos hacia ésta figura.

Estos resentimientos en su mayoría se originaron por no haber estado junto a ellos en su niñez, ya sea física o emocionalmente. Además en algunas pacientes este conflicto viene de un Edipo no resuelto y por ello guardan iras a su rival, a su madre.

Veamos ejemplos de este conflicto.

Ejemplo 1:

Historia de la lámina 7NM del caso Nº 16

Joven soltera de 17 años, la relación con sus padres es mala, su hermano murió hace nueve meses.

HISTORIA 7NM: ésta es una niña que está con una muñeca porque tenía una hermana o un hermano y ellos no están en casa porque murieron o algo, ***la otra es la empleada*** y la tranquiliza, pero ***a ella no le importa lo que le diga esa empleada*** y se siente sola y triste, ella no le para bola a la empleada y talvez con el tiempo lo supere y ya no se sienta mal porque hay muchas otras personas que le quieren.

A continuación presentamos el resumen de la interpretación de la historia anterior.

HISTORIA 7NM: es una niña a la que se le murió su hermano(a), la empleada la tranquiliza y a ella no le importa nada, se siente triste y sola, talvez luego lo supere.

Esto indica sentimientos de soledad y tristeza.

Si tenemos en cuenta que ésta historia la narra una paciente a la cual se le murió su hermano vemos que su duelo no ha sido superado aún, ante esto se siente muy triste y sola ya que veía en éste hermano todo su apoyo emocional.

La figura materna es vista como empleada, es denigrada, bajada de rango, esto muestra la agresividad hacia la madre y el concepto negativo que la paciente tiene hacia esta figura, además ante ésta muestra indiferencia, la

desobedece y no encuentra consuelo en ella, mas bien la ignora, le es indiferente.

Ejemplo 2:

Historia de la lámina 7NM del caso Nº 1

Joven soltera de 16 años, proveniente de un hogar problemático y desorganizado.

HISTORIA 7NM: (ésta si me gustó) en una parroquia había una familia donde vivía una chica de 15 años, esta chica comenzó a salir a la calle con malas amistades, tuvo una ilusión, era una simple ilusión, el enamorado de ella era cinco años mayor, muy vivido y era un borracho.

Su madre le decía que no esté con él, pero a ella no le importaba, siguió saliendo y se embarazó de él, él lo único que quería era sexo, pero ella decía que no, que cuando se casen.

En una de las tantas borracheras de él, él abusó de ella y de esto hubo un fruto que era su hijo que no pidió venir al mundo, ella se dio cuenta que estaba embarazada a los dos meses.

Fue un escándalo en su casa, ***su mamá se enfermó y fue al hospital,*** ella lloraba desesperada ¡porque no hice caso! El enamorado de ella huyó de esa parroquia y ella no sabía el paradero de él, no sabía que hacer con su niño porque ella también era una niña, pasaron los nueve meses y dio a luz, era un niño tan hermoso, pero ella lo rechazaba, no le quería le odiaba porque en él veía el reflejo del hombre que le hizo tanto daño.

***Un viernes decidió abandonar al niño con su madre**,* ella se fue, el otro día su madre le buscó y encontró una carta ¡ cuida a ese niño o regálalo, me voy porque no aguanto, te quiero mamá!

La mamá tomó en brazos a la criatura y le dijo “no te preocupes porque yo te voy a cuidar como un hijo”.

La abuela le cuidó al niño porque la madre nunca apareció.

La chica se fue porque no quiere al niño, huye de ese lugar con malos y buenos recuerdos.

Resumen de la interpretación de la historia.

HISTORIA 7NM: el héroe es una chica que fue abusada por su enamorado y de esto tuvo un hijo, lo abandona con la abuela y se va porque lo odiaba. La madre se enferma cuando sabe que su hija esta embarazada.

En esta historia vemos necesidades afectivas, sentimientos de abandono, de maltrato, agresividad hacia sí misma y al medio, así como conflictos con la figura materna, agresividad hacia ella.

La chica se queda embarazada y la madre a causa de eso se enferma y va al hospital, se ve como la chica desobedece a la madre y como acto de venganza se queda embarazada y provoca la enfermedad de su madre, además la deja con todo el peso del bebé.

Esto muestra con claridad el conflicto con la madre, como no la puede ofender abiertamente por que esto no es aceptado por la conciencia, busca ser castigada por estos sentimientos, es abusada, con esto ella paga su culpa de sentir algo negativo hacia su madre y a la vez desobedece y castiga a la madre.

Existen necesidades afectivas que no se han llenado, estas necesidades afectivas vienen principalmente por parte de su madre y la mejor manera de vengarse, es desobedeciéndole y además le deja con el hijo fruto del abuso para que lo críe, obligándole a dar a una parte de ella -su hijo-el afecto que ella necesita.

Ejemplo 3:

Historia de la lámina 6VH del caso Nº 8

Joven de 20 años soltero, sus padres son muy exigentes y perfeccionistas.

HISTORIA 6VH: es madre e hijo, ***ésta es una señora muy posesiva*** que a pesar que su hijo ya es mayor le quiere tener a su lado y le reprocha todo, como él le quiere tanto, hace todo por ella, él si es casado le va a traer problemas, porque hace todo por agradar a su madre y encima ella le recrimina, ella todavía le habla y le dice lo que tiene que hacer y como no le gustó una decisión que él ha tomado, ella le da la espalda y él pide perdón para agradar.

Él va a sufrir de mamitis toda la vida, la señora va a hacer lo mismo, ***el matrimonio se destruye por su culpa y viven ambos juntos.***

Resumen de la interpretación de la historia dada.

HISTORIA 6VH: es una madre y su hijo que terminan viviendo juntos porque la madre destruyó el matrimonio de su hijo, esto implica Edipo no resuelto, necesidades afectivas.

Además el ver a su madre posesiva, que acaba con su matrimonio, que le recrimina, indica visión negativa de la madre, conflicto con la figura materna.

El se queda con su madre porque su madre acaba con su matrimonio, aunque su deseo es quedarse a vivir con su madre esto le es inaceptable, entonces la culpa de sentir lo que siente por ella. Culpa a su madre de ser posesiva, de retenerlo a su lado, cuando en su interior él mismo desea estar junto a ella, existe un conflicto con la figura materna originado por un Edipo no resuelto ante el cual se siente mal y por ésta razón necesita que la responsabilidad de quedarse junto a su madre no sea suya, sino de ella..

3.3.2.5.2. Depresión*.* Como ya dijimos se presenta también en sexto lugar, ésta se vio, por una parte cuando la agresividad fue reprimida, en éste caso la agresividad es dirigido hacia sí mismo, siendo el blanco de su agresividad la propia persona, también esta depresión se presentó como lo hace comúnmente; con tristeza, sentimientos profundos de soledad, de inutilidad, deseo de morir, etc.

Vamos a presentar ejemplos que aclaran este conflicto.

Ejemplo 1:

Historia de la lámina 17NM del caso Nº7

Joven soltera, de 17 años. Proviene de un hogar violento en el que su padre alcohólico golpeaba a su madre y a ella.

HISTORIA 17NM: una niña llorando, tratando de suicidarse, tratando de saltar al río porque piensa que su vida no vale la pena lo suficiente como para salir adelante y llora con un dolor muy grande, sabiendo que hay personas que si le quieren, ***pero ella decide matarse y se bota al río.***

Vamos a mostrar el resumen de la interpretación de la historia anterior.

HISTORIA 17NM: una niña se suicida porque piensa que no vale la pena lo suficiente como para salir adelante.

Esto indica depresión y pensamientos suicidas, conflicto con la autoimagen. La depresión comienza con una autoimagen muy pobre, considerar que no vale la pena como para poder salir adelante nos indica el deterioro de su autoimagen, esto le motiva a pensar que la vida no vale la pena y le lleva a un pensamiento suicida.

En realidad, la joven si ha pensado en suicidarse, nunca lo ha llevado a cabo, sin embargo, en ocasiones si lo ha planeado y ha pensado como hacerlo. Su gran agresividad hacia su padre le lleva a dirigirla hacia sí misma ya que le da mucho temor dirigir agresividad hacia el padre, se siente impotente ante ello y por esa razón llega a pensar que quitarse la vida sería lo mejor.

Ejemplo 2:

Historia de la lámina 3VH del caso Nº 17

Hombre de 32 años, casado, está en planes de divorcio, su madre es exigente, perfeccionista, sobreprotectora.

HISTORIA 3VH: .....antes de este cuadro, escena, una mujer cometió algún crimen y después lo llevó a la cárcel éste crimen, actualmente está en la cárcel y ***se siente deprimida, angustiada***, con incertidumbre de su vida y piensa que no sabe cuando saldrá de esa prisión. Y tiene la esperanza que posteriormente algún día saldrá libre.

Resumen de la interpretación.

HISTORIA 3VH: el héroe es una mujer que cometió un crimen y está en la cárcel, angustiada, deprimida, esperando salir libre algún día.

Se ve así mismo angustiado, deprimido, con incertidumbre. Espera salir algún día de su situación actual.

También notamos homosexualidad latente, agresividad a sí mismo, vista como una necesidad de castigo, también existe agresividad reprimida, se encuentra muy triste, con una visión muy negativa de sí mismo, se ve como un criminal, ante lo que necesita ser castigado, necesita sufrimiento por su crimen, todo esto explica su depresión. Además la agresividad que se reprime se queda en la persona y la lastima, va en contra de ella.

Uno de los principales motivos por los que el paciente siente necesitar de castigo y se desvaloriza, es por sus deseos homosexuales inconscientes, esto fue visto por medio del análisis, en donde se aclaró que tras estos deseos se sentía como un criminal y por ello debía ser castigado lo que le llevaba a una profunda tristeza.

Ejemplo 3:

Historia de la lámina 3VH del caso Nº 11

Hombre divorciado de 28 años. Su consumo comienza al casarse.

HISTORIA 3VH: (mmmmm.....) esa persona tuvo que haber tenido un problema. ¿Es una arma?..... no voy a decir eso.....

O es agotamiento físico, ***se ve cansada, frustrada, está deprimido***, bajo, se siente sin ánimos, derrotado por completo, se ve una persona sin ánimos de lucha, está cansado, es un estado de ánimo claro.

Después depende de ella, si quiere o no encarar un problema, todo en esta vida tiene solución, menos la muerte, resbalón no es caída.

***Puede que también sea que desee matarse así mismo o a otro*.**

Resumen de la interpretación de la historia dada.

HISTORIA 3VH: el héroe es una persona que tuvo un problema, esta deprimida y que talvez se quiere matar.

Se ve a sí mismo como deprimido, frustrado, derrotado.

El héroe desea matarse o matar a alguien, esto implica agresividad contra sí mismo y contra el medio, en el análisis se comprobó que esta agresividad era una expresión de su depresión.

Esta agresividad hacia el medio y a sí mismo es lo suficiententemente fuerte como para desear la muerte de otro o la suya propia, el sentirse derrotado, frustrado, le lleva a pensar que una salida sería matarse, si no puede matar a alguien que le ha lastimado, entonces puede matarse a sí mismo, ya que lo considera menos reprochable que matar a otro.

3.3.2.6. Los Conflictos con la Figura Paterna, éstos conflictos se refieren a los problemas que pueden haber con la figura que para el paciente fue la figura del padre, de autoridad de protección.

En varios casos estos conflictos aparecen con agresividad al padre, por haber estado ausentes física o emocionalmente o por haber sido una figura negativa para el paciente.

También existen conflictos con esta imagen por un Edipo no resuelto, en el que se ve al padre como rival y por ello se lo odia.

Hay algunos ejemplos que nos pueden indicar mejor como se presentan estos conflictos.

Ejemplo 1:

Historia de la lámina 8VH del caso Nº 3

Joven soltero de 17 años, sus padres son divorciados, recibió maltrato físico de sus padres y por ello la relación con ellos es mala, especialmente con su padre.

HISTORIA 8VH: él con el tiempo, llegó a ser un profesional con mucho éxito con lo cual quiso saber que pasó con su padre y se decidió ir a verlo, en lo cual ***encontró a dos personas que le estaban apuñalando*****.**

Al ver a su padre tendido en el suelo con mucha sangre él lo único que hizo es cogerlo, abrazarle y llorar, ya que su padre no pudo ver el verdadero caballero en el que se había convertido aquel hijo que se fugó de la cárcel en busca de cumplir su sueño, por lo cual en su corazón hay mucha tristeza y melancolía que le acompañarán por muchos años.

Él sabe que su padre desde el cielo se sentirá orgulloso al ver que su hijo se ha convertido en todo un ejemplo para aquellas personas que luchan día a día por un sueño.

Resumen de la interpretación de la historia.

HISTORIA 8VH: el héroe es el joven que va en busca de su verdadero padre. Se ve a sí mismo exitoso, triste y melancólico.

Aquí vemos necesidades afectivas, de aceptación de la figura paterna, agresividad al padre.

Necesita que el padre se muera, aunque con esto él tenga que sufrir, como castigo por desear la muerte del progenitor.

Las necesidades afectivas no cubiertas por la figura paterna le han dejado lleno de iras, de agresividad hacia el padre, de resentimiento y aunque siente que también tendría que sufrir por la muerte de su padre como castigo por desear su muerte, igual desea verlo muerto por no haberle dado el afecto que necesitaba de niño.

Ejemplo 2:

Historia de la lámina 7VH del caso Nº 8

Joven soltero de 20 años. Sus padres son perfeccionistas, exigentes. Su padre es alcohólico y la relación con él es mala.

HISTORIA 7VH: ..... un padre cariñoso le preocupa la situación de su hijo, está mas preocupado que él, ***le aconseja pero él no hace caso*****,** es mas tiene un gesto de molestia, que no le gustan los consejos que le dé a él. Pero en el fondo sabe que es por su bien, ***guarda algún rencor que no le permite aceptar lo que dice su padre,*** **el** ***padre sufre una enfermedad*** y en la enfermedad como es hijo único va a estar ahí y le va a aprender a valorar y quiere pasar mas tiempo con él, el padre tiene una enfermedad terminal, el hijo va a vivir arrepentido y talvez se lamente por el resto de su vida por eso.

Al final cuando él tenga su familia va a ser un amargado y su familia va a dar otro sentido a la vida y va a querer pasar todo el tiempo con ellos, va a querer hacer lo que nunca hizo su padre con él.

Resumen de la interpretación de la historia anterior.

HISTORIA 7VH: es un padre y su hijo, el padre tiene una enfermedad terminal lo que indica agresividad a la figura paterna, conflicto con esta figura.

Vemos como existe también necesidad de ayuda, sentimientos de culpa por desear el mal al padre y por rebelarse ante él, se siente culpable amargado por estos deseos, sin embargo, la agresividad hacia la figura paterna es tan fuerte que igual el padre muere y aunque él se siente triste, para recibir el castigo necesario por desear la muerte del padre, luego da a sus hijos lo que su padre no le dio a él y con esto vuelve a vengarse del padre, después de que éste ya murió en su historia, se venga haciéndole quedar mal, como un mal padre, que no le dio lo que él necesitaba y así limpia su sentimiento de culpa por desear su muerte.

Podemos notar como el conflicto con la figura paterna llega hasta el punto de desear la muerte del padre e incluso luego de este estar muerto se sigue vengando, le hace quedar mal y con esto logra disculparse por desear su muerte. En la niñez este niño sintió mucho la ausencia emocional del padre y además lo odia porque el se identifica con él y odia en su padre lo que odia de sí mismo, el ser alcohólico.

Ejemplo 3:

Historia de la lámina 8VH del caso Nº 5

Joven soltero de 19 años. Sus padres viajaron a EEUU cuando él tenía 5 años.

HISTORIA 8VH: su padre salió a..... ir de casería con él, pero, en el trayecto sucede un accidente, por lo cual ***a su padre lo internan en***

emergencia**,** los doctores dicen que esta muy grave. Steve comienza a orar con mucha fe y esperanza, porque él piensa que Dios si le va a cumplir.

Después de unas horas el padre por su vejez le dice al niño" Dios sabe como hace las cosas", ***que ahora él va a ser el señor de la casa y que cuide mucho de su madre*** ya que está pronto la partida de él para el otro lado (mundo), el hijo no se siente mal por un lado ya que las enseñanzas de su padre en él se reflejan y le dice que va a hacer todo lo correcto porque si no fuera por él, él no estaría aquí.

Resumen de la interpretación.

HISTORIA 8VH: el héroe es un niño, que necesita que su padre no muera lo que guarda una agresividad reprimida a la figura paterna.

El que introduzca la enfermedad al padre indica agresividad a esta figura, conflictos con la figura paterna.

Al mencionar a Dios podemos ver como se refugia en algo, en un Dios que representa a la figura paterna, en la que busca ayuda protección, cubrir necesidades afectivas.

Vemos como después que ha muerto el padre él se queda con su madre, esto nos indica cual es la fuente del conflicto con la figura paterna, la base de éste conflicto, es un Edipo no resuelto, que para quedarse con la madre, resuelve que sería mejor que el padre muriera y rápido encuentra un sustituto del padre en Dios.

3.3.2.7. Conflicto Edípico

Que como sabemos se da por un amor al progenitor del sexo contrario, por el cual se ve como rival al progenitor del mismo sexo. Esto se vio en 7

personas de las 23 que fueron evaluadas, por ello no lo vamos a mostrar con ejemplos, además entre los ejemplos anteriores podemos apreciar algo de este conflicto.

3.3.2.8. Conflictos con el Súper Yó, éste conflicto va ligado a sentimientos de culpa y se presentó en 6 casos, este sentimiento de culpa viene por pensar que por su adicción se ha lastimado a un ser querido y también viene de sentir resentimiento u odio hacia un ser querido, lo que les hace sentir muy culpables, así también en algunos pacientes se presentó ésta culpa ligada al sexo, ante lo cual se sienten culpables y entonces necesitan castigo.

Además están ***rasgos narcisistas y rasgos dependientes*** marcados, encontrados en 2 casos de los atendidos. Los rasgos narcisistas se encontraron en 1 mujer y 1 hombre. Los rasgos dependientes fueron encontrados en 2 hombres.

También encontramos ***rasgos obsesivos y antisociales,*** los cuales fueron encontrados en 1 caso cada conflicto, de los cuales ambos rasgos fueron hallados en hombres.

3.3.3. Mecanismos de Defensa:

3.3.3.1 La Regresión fue el mecanismo de defensa más utilizado, se vio en 22 casos, se refiere a regresar a estados anteriores de evolución para refugiarse, esto se ve en la oralidad por ejemplo, en donde se regresa a la etapa oral, este tipo de regresión fue la más común.

Veamos un ejemplo:

Historia de la lámina 13HM del caso Nº 6

***Joven soltero de 17 años, sus padres viajaron a EEUU cuando él tenía 5 años, se involucró en pandillas, la relación con sus padres es mala*.**

HISTORIA 13VH: esto si creo que es un acto sexual, estaba donde la moza, se despierta y se decide a regresar, se da cuenta que a estado con ella. Va a regresar a su casa o ***va seguir consumiendo licor***, depende de la persona que es.

Resumen de la interpretación

HISTORIA 13VH: el héroe es un hombre que estuvo con su amante y luego talvez vaya a consumir.

Esto muestra oralidad, primacía del principio del placer, necesidades afectivas y sexuales

Ve al medio como engañado.

Las defensas son: la regresión, proyección.

Aquí la regresión a la etapa oral que se puede ver en el consumo de licor que fue introducido y también en la primacía del principio de placer en el que se regresó a una etapa de satisfacción en la que no hay superyó.

3.3.3.2. La Proyección fue visto en 21 casos de los 23 atendidos, consiste, justamente en proyectar lo que existe en el interior de uno, en el otro, ver como si viniera de afuera, eso que viene de adentro, esto se lo hace porque

talvez lo que se ve en uno mismo es muy reprochable a la conciencia o desagradable y por ello se prefiere proyectar en el exterior.

Veamos un ejemplo:

Historia de la lámina 1 del caso Nº 9

***Joven soltero de 21 años. Hijo de padres divorciados*.**

HISTORIA 1*: **desde pequeño era así y escribía lo que le gustaba y no le gustaba**.* Veo en él mucha tristeza, soledad, a la larga crecerá, madurará y se dará cuenta que no está solo.

Resumen de la interpretación

HISTORIA 1: un niño solo, que escribe lo que le gusta y lo que no le gusta, esto indica sentimiento de soledad, necesidad de autoanalizarse.

También notamos represión sexual o conflicto con su autoimagen.

Las defensas son: la represión, la proyección.

La proyección se ve aquí en los sentimientos de soledad que son suyos y los proyecta en la lámina como si fueran del niño, además al paciente le gusta escribir todo lo que le pasa, tiene un diario en el que escribe todo y esto lo proyecta en el niño de la lámina al decir que escribe lo que le gusta y lo que no le gusta.

3.3.3.3. La Represión, que fue vista en 18 casos, de los 23 pacientes que se atendieron. La represión se vio en historias muy cortas, o en omisión de detalles importantes que por ser difíciles de aceptar para el paciente, se reprimieron.

Veamos un ejemplo:

Historia de la lámina 1 del caso Nº 2

Hombre casado de 26 años, su padre es alcohólico y la relación con él es mala.

HISTORIA 1: un niño muy aplicado, estudia mucho, sale adelante, proviene de una familia muy pobre, tiene que trabajar para mantenerse, trabaja por las mañanas, tiene hermanos menores y tiene que ayudarlos a mantenerse, al pasar de los años siguió teniendo frustraciones, pero, nunca dio su brazo a torcer. Nunca dio su brazo a torcer.

Resumen de la interpretación

HISTORIA 1: el héroe es un niño que trabaja, tiene frustraciones y es muy pobre, esto nos indica que se ve a sí mismo como trabajador, frustrado.

Vemos también necesidades afectivas, conflicto con su autoimagen o un problema sexual, represión, frustración.

Ve al medio como desprotegido, a su cargo, pobre.

Los mecanismos de defensa más usados son: la proyección, represión.

La represión se ve en al omisión del violín que debe haber significado un choque por lo que lo omitió, reprimió el concepto de sí mismo a sí como su sexualidad, esto lo hizo porque existen conflictos con su autoimagen y con su sexualidad y para defenderse de estos conflictos reprime lo que le causa ansiedad, lo omite, no permite que lleguen a la conciencia.

3.3.3.4. La Formación Reactiva que se presentó en 12 pacientes ésta se refiere a convertir un sentimiento propio en su contrario por la negación y luego proyectarlo en el exterior.

Veamos un ejemplo de este mecanismo.

Historia de la lámina 6VH del caso Nº 18

Joven soltero de 18 años. Cuando era niño sus padres viajan a EEUU, roba desde la escuela, la relación con sus padres es mala.

HISTORIA 6VH: .....esto es que la **mamá ha tenido una discusión con el hijo el** hijo no ha querido tener esa discusión la mamá se siente mal y se va más allá **el hijo va a pedir disculpas** pero la mamá ya no quiere saber nada.

Veamos lo más importante de la interpretación de la historia anterior.

HISTORIA 6VH: es una discusión entre madre e hijo la mamá se siente mal, él quiere pedir disculpas pero ella no quiere saber nada.

Notamos en la discusión con la madre, un conflicto con la figura materna, agresividad, también está presente la necesidad de perdón, sentimientos de culpa.

Ve al medio como que no quiere saber nada de él, que no lo disculpa.

Para enfrentar estos conflictos se defiende por medio de la represión, la proyección, la formación reactiva.

La formación reactiva se ve en que en la realidad el paciente es muy renuente a conversar con su madre, él provoca las discusiones y jamás le ha pedido disculpas y ante cualquier aproximación de la madre él reacciona muy

mal, con insultos, casi no quiere hablar a su madre y en ésta historia, se presenta como si él pidiera perdón y que no busca enfrentamientos cuando en realidad es todo lo contrario.

3.3.3.5. La Racionalización que se vio en 5 casos, éste mecanismo se refiere a dar razones lógicas a las cosas que le pasan.

3.3.3.6. El Aislamiento que se encontró en 2 casos, el aislamiento se refiere a aislar las emociones de las situaciones vividas, así una persona puede contar un hecho doloroso de su vida, sin sentir dolor, aísla el dolor del hecho doloroso.

3. 4. RESULTADOS

Después de haber presentado los datos y haberlos analizado, creemos adecuado unir todo lo visto y presentar los resultados de éste trabajo, lo que nos servirá para entender mejor la dinámica de la personalidad de un paciente alcohólico.

1. Notamos que en veinte casos los **pacientes provienen de hogares desorganizados y problemáticos**, en los que los **padres** estaban lejos física o emocionalmente, en los primeros años de vida de sus hijos, o incluso lo siguen estando, ya sea porque estaban en el **extranjero** lo cual se vio **en ocho casos**, en otros por diversos motivos vivían a cargo de otro familiar sin sus padres, o incluso viviendo juntos se encontraban muy distantes emocionalmente.
2. El tener algún **familiar alcohólico**, principalmente el padre, quien maltrataba al paciente y al resto de la familia, se vio como un desencadenante en **ocho de los casos** estudiados.

3. El provenir de hogares en donde **se los sobreprotegió** y al mismo tiempo se exigía mucho de ellos, al parecer también es un disparador para que el paciente busque su refugio en el alcohol, esto se dio **en once casos**.
4. Notamos que un modo de **crianza inestable**, en el que las reglas se contradicen, en donde el paciente no tenía la certeza de una regla que cumplir, contribuyó a la inestabilidad emocional que tienen los pacientes alcohólicos. Este modo de crianza se dio en todos los casos estudiados.
5. Si tenemos que decir cosas que tienen en común los pacientes alcohólicos, podemos decir, que tienen un gran vacío afectivo, como ya mencionamos en el análisis cuantitativo las **necesidades afectivas** se presentaron en veintidós pacientes, vemos, que estas necesidades no satisfechas provienen principalmente por parte de las figuras materna y paterna que permanecieron distantes física y/o emocionalmente.
6. **La soledad que sufrieron en su niñez les lleva a demandar atención de varias maneras**; algunos con comportamientos inapropiados, para ganarse atención aunque sean castigados, otros, trataban de llegar a la perfección para ganarse el afecto de las personas que lo rodeaban. En estos casos los pacientes se encuentran muy inseguros de sí mismos y por ellos tratan de lograr seguridad de las personas que lo rodean en cada momento.
7. **Ante esta necesidad de afecto no satisfecha, los paciente tratan de llenarla con cada persona que llega a su vida**, quieren desesperadamente conseguir el amor de las personas que los rodean,

se involucran en relaciones muy dependientes, algunas muy dañinas ya que inconscientemente buscan a alguien tan distante como las figuras de las que no recibieron amor en sus primeros años de vida, esto lo hacen para al fin demostrarse que pudieron conquistar el amor que antes les fue negado, sin embargo, esto no sucede y se sienten cada vez más solos y con menos derecho a ser amados.

8. **Otras personas ante éste vacío rechazan todo lo referente al afecto**, se niegan a sentir afecto por alguien y recibirlo, además tienen necesidad de agresión hacia las personas que no les dieron el afecto que necesitaban. Esta necesidad de agresión, luego se dirige al medio por el mecanismo de la proyección, y en varios casos, ésta agresión se dirige a sí mismo ya que es más aceptable para la conciencia que esta agresividad sea dirigida a ellos mismos que a otros.
9. Esta **necesidad de agresión se da como una venganza hacia las personas que lo rechazaron**, entonces se vuelve rebelde con los padres, y encuentra que una buena manera de vengarse es consumiendo alcohol, ya que los padres se preocupan por este comportamiento, además los desprestigian ante los demás.
10. Además pudimos notar que el **volverse alcohólico es un acto agresivo** dirigido a la persona que bebe, ya que talvez el más perjudicado sea la persona que consume. Vemos que en los pacientes alcohólicos existe gran agresividad hacia sí mismos, ya que se sienten responsables por no haber sabido ganarse el afecto de sus seres queridos. Esta agresividad a sí mismos los lleva en ocasiones a depresión, ya que existe un deseo de autodestrucción en su interior.

11. Las **Necesidades Afectivas no cubiertas lleva al paciente a consumir alcohol**, a muy temprana edad se refugia en el alcohol y se da cuenta que no solo le sirve como descarga de agresividad, sino que le sirve para evadir sus problemas, para llenar sus necesidades afectivas, entonces cada vez consume más y con mayor frecuencia hasta volverse adicto al alcohol.
12. El regresar a la **fase oral mediante el alcohol** sirve al alcohólico como medio para evadir sus problemas, le regresa a la paz del seno materno, el beber alcohol es una búsqueda del **seno de la madre**.
13. Los pacientes se ven afectados en todos sus aspectos, y uno de ellos es la sexualidad, encontramos que la mayoría de los pacientes alcohólicos **(20 pacientes) tienen conflictos sexuales** y esto viene muy ligado a los conflictos con el autoimagen ya por estar deteriorada, afecta a su desempeño sexual; no se sienten adecuados sexualmente, esto, sumado a que el alcohol disminuye el desempeño sexual, hace que los pacientes sufran conflictos sexuales.
14. En los **conflictos sexuales** podemos ver además, que muchos de ellos vienen de una **homosexualidad latente**, que los persigue y les llena de ansiedad, la cual algunos tratan de calmar involucrándose en muchas relaciones amorosas, para demostrarse que no tienen deseos homosexuales, debemos mencionar que estos deseos son inconscientes.
15. En los pacientes alcohólicos pudimos ver que se encuentran presentes **rasgos paranoicos** en gran parte de los casos, esto viene en parte por proyectar lo que él mismo hace, también se da por sentir que como

tiene conflictos sexuales su pareja le será infiel, y cuando seguimos el análisis hasta el fondo vemos, que estos rasgos paranoicos vienen de celar no a su pareja si no a su supuesto rival, es decir, no sienten celos de su pareja, sino, de su rival, en el fondo se ama a ese supuesto rival, pero, como esto no puede ser aceptado por la conciencia, se cambia el sentimiento a su contrario, por medio del mecanismo de defensa formación reactiva, entonces no se le ama sino que se le odia, éste odio se lo proyecta y entonces se piensa que ese ser amado en el inconsciente, le quiere hacer algún daño.

16. Pudimos comprobar también que en algunos pacientes el **conflicto con las figuras materna y paterna se agravaba por un Edipo no resuelto**, en el que se odiaba a su rival, es decir, el padre del sexo contrario.
17. Ante la agresividad, las necesidades orales, los conflictos con las figuras materna y paterna, en algunos casos el **superyó** de los pacientes pedían **castigo por su mal comportamiento**, en éstos casos la culpa era muy grande, y existían grandes necesidades de ser perdonados, aunque en verdad lo que más necesitaban es su propio perdón.
18. **El que en las historias se presenten necesidades de superación y ayuda fue un factor positivo para su recuperación**. En los doce casos en los que existían estas necesidades, los pacientes se esforzaban más para su recuperación, su colaboración fue mucho mayor que la que existió en los casos en los que no existían estas necesidades.

19. El **mecanismo de defensa más usado fue la regresión**, lo que comprueba que el alcohólico sufre una regresión de tipo oral, al seno materno.

4. ESTUDIO DE CASO

En esta tesis hemos presentado la parte teórica del alcoholismo y del T.A.T., que nos sirvió como instrumento para conocer mejor la dinámica de la personalidad de los pacientes alcohólicos del C.R.E.I.A.D., también se presentaron los resultados obtenidos en este estudio, ahora creemos apropiado exponer el análisis de un caso, para mostrar como se trabajó con todos los pacientes que colaboraron para la realización de este trabajo.

El análisis consta de: el historial clínico, que nos ayudará a entender este caso al conocer la vida del paciente, luego presentaremos los resultados obtenidos mediante el T.A.T. para después pasar al análisis de este caso relacionando la vida del paciente, los resultados obtenidos en el T.A.T. y los datos obtenidos en las entrevistas.

4.1. HISTORIAL CLÍNICO

CASO “Anabel”

Antes de presentar los datos biográficos del caso es importante que expliquemos como se va a manejar este caso, cómo lo llamaremos y por qué.

Este caso lo vamos ha llamar caso “Anabel” ya que para proteger la identidad de la persona a la que se realizó este análisis, creemos conveniente ocultar su nombre, y por ello, para nombrarla de alguna manera hemos

escogido llamarla “Anabel”, obviamente también ocultaremos los nombres de familiares y personas cercanas a “Anabel” y que se encuentran en el análisis, por ello al padre de “Anabel” lo llamaremos “Bruno” a la madre la llamaremos señora “Cecilia”, al ex-esposo de “Anabel” lo llamaremos “Armando”, al último enamorado de “Anabel” lo vamos a nombrar “Francisco”, también en el análisis aparece la abuela de “Anabel” a la que llamaremos “Dunia” y por último llamaremos “Fernando” y “Gabriela” a los primos de “Anabel”, “Fernando” al primo y “Gabriela” a la prima. Con esto lo que pretendemos es que el análisis resulte claro y no exista confusión.

Después de estas aclaraciones vamos a pasar a dar a conocer los datos más importantes de este análisis, comenzando por el historial clínico de “Anabel”.

“Anabel” es una mujer de 21 años, divorciada, de religión católica, que actualmente cursa el segundo año de universidad y vive en el Centro CREIAD, se encuentra en el Centro, por consumo de alcohol.

No refiere ningún antecedente familiar de alcoholismo. Comienza su consumo de alcohol a los diecisiete años y luego aumenta.

La paciente tiene una condición económica muy buena, nunca ha sufrido de carencias económicas.

Dice padecer de gastritis desde hace mucho tiempo, se ha tratado médicamente, sin embargo esta enfermedad vuelve a presentarse.

Es la primera de dos hermanos, su hermano menor tiene 20 años. Cuando tenía cuatro años sus padres viajan a Estados Unidos y se quedan a cargo de sus abuelos, esto la afectó mucho ya que afirma que sus abuelos no

eran como sus padres, nunca se acostumbró a ellos, además piensa que ellos no le querían o que no les importaba.

Fue una niña tímida, no le gustaba hablar en público, sin embargo, tenía buenas calificaciones, era una buena estudiante, jamás tubo problemas con amigas ni profesoras.

En sus primeros años se llevaba bien con su padre y no muy bien con su madre, cuando ellos regresaron a los seis años, “Anabel” le confiaba todo a su padre “Bruno” y mostraba desconfianza hacia su madre “Cecilia”, incluso dice haber sentido odio hacia ésta hasta el punto de tener serios enfrentamientos con ella, incluso le ha dicho que le odia.

La paciente refiere que hasta segundo curso era tímida, luego le cambiaron de colegio y en este colegio comenzó a ser un poco más sociable.

A los catorce años conoce al que luego será el padre de su hija (Armando), para “Anabel” él es el hombre de su vida, comenzó un noviazgo con él, sin embargo, tenía muchos problemas en esta relación, afirma que él no le daba importancia, que no le demostraba afecto, ni se preocupaba por ella, *“yo siempre tenía que ser la que le llamaba, si no, “Armando” no se preocupaba, incluso a veces se molestaba cuando yo le llamaba”.*

A los dieciséis se queda embarazada y sus padres la obligan a casarse con “Armando”, su matrimonio duró apenas un año, este año fue lleno de peleas, *“ él se portaba muy mal, conmigo, me gritaba, me decía que no me quería, me insultaba, me decía que no valgo nada, por eso nos divorciamos”.*

Luego de su separación conoce a un nuevo amor, que es primo de su ex -marido, llamado “Francisco”. Con este también mantiene una relación

amorosa, pero esta es más tormentosa que la anterior, pelean continuamente, lo que les lleva a terminar y regresar varias veces.

Es en esta época de su vida que comienza a consumir alcohol, tenía diecisiete años y cada pelea con “Francisco” la lleva a beber alcohol. *“ Yo le llamaba borracha y él me decía que ya no me quiere que solo jugaba conmigo, que ya no le moleste” “ yo me sentía muy mal y me iba a tomar más”.*

Esta relación era cada vez peor, incluso este enamorado le pegaba, y ella le rogaba que no le *deje “ yo pensaba que él me pegaba porque yo le molestaba, pero si no le molestaba le iba a perder, no me importaba que me pegue”.* Estas peleas le llevaban a sentirse muy mal, triste, después de algunas de estas peleas intentó suicidarse, por pensar que mejor sería morir a seguir sufriendo tanto *“ yo me sentía súper mal después de pelear y que él se vaya, yo sentía que no valía para nada y que no iba a poder vivir sin él, entonces me ponía llorar y en algunas ocasiones estaba tan triste después de que él me dejaba que prefería la muerte para no seguir sufriendo así, yo intenté suicidarme algunas veces, pero siempre llegaba alguien y me ayudaba, me llevaban a la clínica o traían a un doctor y nunca pude matarme.”*

En diciembre del año siguiente “Francisco” viaja a Estados Unidos, y su familia, habla mal de ella, él le pide tiempo, y entonces ella comienza a tomar a diario, se tomaba pastillas para suicidarse, y se cortó las venas.

Además como “Francisco” le decía que es *“ una gorda fea”* intenta bajar de peso sin ningún logro, en la actualidad ha estado tomando pastillas para bajar de peso sin prescripción médica. Lo que según la paciente la hace sentirse más ansiosa y deprimida.

La relación con sus padres ha cambiado, ahora teme a “Bruno” por que le pegaba y tiene mas confianza con su madre, “Cecilia”. Afirma que su padre sí toma en las fiestas, pero que no es alcohólico, sin embargo eso molesta mucho a su madre.

La relación de sus padres es exactamente igual a la que ella a llevado con “Armando” y “Francisco”, el padre pega a la madre, le quiere dejar, la madre lo evita, la relación es muy mala, no duermen juntos, sin embargo “Anabel” dice que los últimos tiempos su padre ya no golpea a su madre.

“Anabel” ya tiene una hija de cinco años, se lleva bien con ella, sin embargo dice que no ha sido buena madre porque por estar deprimida y borracha casi no a podido cuidarla, la cuida ”Cecilia”. La paciente tiene mucho miedo de ser una mala madre, es una de las cosas que más le preocupan. Se muestra muy deprimida y ansiosa en la primera entrevista.

Para la evaluación de la paciente se utilizó como reactivo el T.A.T., cuyos resultados se presentan a continuación.

4.2. RESULTADOS DEL T.A.T.

Ahora presentaremos los resultados obtenidos mediante el T.A.T. en la paciente escogida para este análisis.

“Anabel” presenta, necesidad de castigo, proveniente de la culpa se avergüenza de haber fracasado como hija, como madre, y también como pareja, no ha tenido relaciones estables, sus relaciones amorosas han sido dolorosas, siente que ha fallado a sus padres por ser alcohólica y además por su consumo a abandonado a su hija, por todo esto, siente una gran necesidad de ser castigada, de sufrir, esto fue confirmado en entrevistas en donde

manifestaba, su descontento consigo misma y la necesidad de ser castigada por sus errores, incluso justifica los maltratos que ha sufrido, afirmando que es por culpa de ella. Este deseo de ser castigada viene en parte de una agresividad que no puede manifestarse en el exterior y por ello es enviada a sí misma por ello busca lastimarse o que la lastimen, esto le lleva a sentirse muy triste, ya que reprime esa agresividad y la envía hacia ella. Vemos: necesidad de castigo, culpa, vergüenza, tristeza que se pueden confirmar en las historias: 1, 7NM, 8VH.

Por esto lo que más quiere, es superarse, existe en la paciente necesidad de superación, de cambio, de comenzar una nueva vida, de ser dueña de su vida, sin embargo, en ocasiones pierde la confianza de lograrlo.
Vemos: necesidad de superación que se confirma en las historias: 1, 2, 9NM, 11, 13HM.

Además existen problemas sexuales y de autoimagen, que se relacionan entre sí, su autoimagen es muy negativa, no se considera digna de ser amada, ni merecedora de nada bueno, cree merecer castigo y nada más, esto le lleva a no aceptarse tal y como es, es muy dura en su autocrítica, se ve fracasada, sin derecho a aspirar nada, que solo vale para ser maltratada o para objeto sexual, esto obviamente genera problemas sexuales, en las entrevistas pudimos comprobar esto, además de conocer que para la paciente el tener relaciones sexuales no representa ningún agrado. A esto se suma que se encontraron indicadores de homosexualidad latente. Esto lo comprobamos en las historias: 1, 5, 8VH, 11 para los problemas sexuales y homosexualidad latente.

Y el Conflicto con su autoimagen se ve en: 1, 3VH, 4, 13HM.

La paciente tiene celos de su hermano, de su madre y notamos que también de su hija, estos celos vienen de una rivalidad de pensar que el amor que se dirige a estas personas, es más grande que el amor hacia ella, esto se refuerza por el hecho que se siente culpable y piensa que no merece ser amada, además en entrevistas se descubrió que es celosa con su padre, y a su vez el padre es muy celoso y posesivo con ella, lo que nos explica que esta rivalidad se da también por un Edipo no resuelto.

Como vemos existen celos, rasgos de celotipia, rivalidad(hermano, madre, hija)que se ven en las historias: 2, 4, 9NM.

La agresividad acompaña a “Anabel” aunque en su mayoría de una manera encubierta o reprimida, no se manifiesta generalmente hacia el medio, si no hacia sí misma, esto lo comprobamos en su manera de verse, en su consumo de alcohol, esta agresividad por ser enviada a sí misma se presenta como tristeza, depresión.

La agresividad la vemos claramente en: 3VH, 4, 5, 6NM, 7NM, 8VH, 9NM, 10, 18NM.

Las necesidades afectivas también se encuentran presentes, se ven en las historias y en las entrevistas, en las que mostró una gran necesidad de afecto y de ser aceptada. Además esto va ligado a una necesidad de reconciliación, como sabemos en la actualidad se encuentra un tanto distanciada de su padre y esto le duele mucho, por ello necesita reconciliarse con su padre y con toda su famílla en general, ya que siente que por sus errores todos están enojados con ella. Además recordemos que de niña no recibió el amor que necesitaba y por ello trata a cada momento de llenar este vació con las personas que tiene a su alrededor.

Estas necesidades se ven en: 2, 3VH, 4, 5, 6NM, 7NM, 9NM, 10, 11, 13hm,18NM.

Vemos también la oralidad que está muy presente, por un lado en las historias y por otro lado en las entrevistas, cuando menciona que no quiere comer para no engordar, existe una gran preocupación y ansiedad por no engordar, por no comer, sin embargo esto le produce tanta ansiedad que tiene atracones y la hace sentirse más culpable. La oralidad la vemos en las historias: 3VH, 5, 7NM, 10, 13HM.

Ante su situación se ve indefensa, incapaz de salir de todo esto sola, y por ello tiene necesidad de ayuda, de apoyarse en algo para salir, además como tiene una autoimagen muy pobre, no confía en ella para salir de esta situación. La necesidad de ayuda se ve en las historias: 4, 8VH, 11, 13HM,18NM.

En el fondo de esto existe conflictos con la figura materna y paterna, originado por un problema edípico, ve a su padre como su pareja, por lo que siente celos por él, iras a su madre, y también iras a su padre por no estar tan cerca de ella como ella lo quisiera, esto lo pudimos comprobar en una entrevista cuando mencionó que le disgustaba mucho que no le presten atención.

Estos conflictos con figura paterna y materna por problema edípico, lo vemos en: 5, 6NM, 7NM.

4.3. ANÁLISIS DEL CASO

Luego de presentar el Historial Clínico de la paciente y los Resultados obtenidos en el T.A.T. debemos presentar el Análisis del Caso para entender mejor los resultados obtenidos con el T.A.T.

En este análisis vamos a presentar los datos que consideramos más importantes para entender este caso, para ello vamos a relacionar su vida con los resultados de T.A.T. y las entrevistas que se realizaron.

Ya presentamos lo más importante de la vida de “Anabel” y los resultados que se obtuvieron en el T.A.T., ya no vamos a decir como se manejó el T.A.T. ya que esta explicación se encuentra en la parte teórica, pero consideramos necesario explicar como se llevaron las entrevistas.

Luego de realizar el Historial Clínico con la paciente, aplicamos el T.A.T. y luego en las siguientes sesiones se fue interpretando datos del T.A.T. junto con la paciente ya que esto resultó muy provechoso dentro de la terapia, debemos decir, que ningún dato fue interpretado antes de que “Anabel” esté preparada para la interpretación.

Para las entrevistas se le dijo a la paciente que hablara libremente de lo que se le viniera a la mente, sin importarle lo disparatado que le parezca, es decir, se utilizó el método de la asociación libre del psicoanálisis.

Además en algunas ocasiones se tuvo que instruir a la paciente en algunos aspectos que desconocía para que entienda la terapia y la manera de trabajar.

En varias ocasiones los datos obtenidos en el T.A.T no fueron interpretados directamente sino por medio de datos que salieron en las entrevistas y confirmaban los resultados en el test.

Teniendo en cuenta todas estas aclaraciones vamos a comenzar a presentar los datos que creemos más importantes del análisis de este caso.

Cuando se comenzó las entrevistas con “Anabel” ésta se mostraba preocupada, un tanto ansiosa, se veía triste. En las primeras entrevistas se enfocó en su alcoholismo y en como llegó a él, para ella este fue consecuencia de su ruptura con “Francisco “, *“yo comencé a tomar como loca cuando “Francisco” se fue a Estados Unidos y la familia de él hablaba muy mal de mí, ahí comencé a tomar más.”*

“Anabel” dice que no entiende porque ella es tan infeliz *“primero “Armando” con el que me casé pensando que él era el hombre de mi vida y me hizo sufrir tanto, yo le quería y él solo me maltrataba, no se imagina cuanto le rogué para que no me deje para que me quiera, pero nada le importó; y luego “Francisco” del que me enamoré más todavía y este fue peor, él me pegaba me decía que soy una gorda fea y yo no sabía que hacer, hasta he intentado bajar de peso tomando unas pastillas pero no puedo; no sé porque yo soy tan infeliz”.*

Cuando se le preguntó a que atribuía su infelicidad dice: *“ debo merecerlo, soy mala, ningún hombre me va a aguantar así, es que de verdad si soy gorda y fea, y además soy tonta y les hago tener iras, les hago enojar, es como cuando yo era niña y mi mamá o mi papá me pegaban, era porque yo me portaba mal, yo hacía cosas que les molestaba y ellos me pegaban; con*

mis enamorados es igual, yo hago cosas que no les gusta y por eso me tratan mal, me gritan o me pegan."

En esta parte descubrimos que en "Anabel" existe una necesidad de ser castigada por ser mala, inadecuada. Desde niña le quedó claro que no existían actos buenos o malos, sino que era ella la "buena" o "mala", se sintió fracasada tratando de ser buena, nunca fue lo suficientemente buena para sus padres, entonces asumió que era mala, que algo en ella estaba mal, y comenzó a apreciarse de una manera muy pobre, se considera tonta, gorda, que no puede ser amada por ningún hombre.

En una parte de las entrevistas se llegó al punto de preguntar ***porque ella nunca hizo nada para evitar los maltratos de sus parejas***, ella mencionó primero que en cierta parte ellos tenían razón de maltratarle porque ella se lo merecía, y también porque ella siempre ha evitado los problemas, recordó que en la escuela era así *" yo nunca reclamaba nada, de niña era una niña tímida, tranquila no daba problemas en nada y me gustaba estar callada, aunque me molesten otras niñas yo no decía nada, evitaba los problemas, no me gusta pelear, porque tengo miedo"* cuando se llegó al fondo de este miedo se pudo notar que el miedo venía de ser ***avergonzada*** *" tenía miedo de que me avergüencen, que me digan algo delante de todos y yo me iba a morir de vergüenza, yo no puedo reaccionar rápido y me sé poner a llorar y entonces la gente se burla más de mí, si me pongo a defenderme, de ley salgo perdiendo, porque soy tonta y no me salen las palabras, me da tanto miedo, que me quedo bloqueada, me sudan las manos y no se que hacer, y lo único que me sale es llorar, y así no saco nada, por eso mejor me quedo callada y evito cualquier problema."*

Cuando se le hizo retroceder a la primera vez que calló algo que le molestaba, comenzó a recordar muchos hechos en la escuela en que fue víctima de abusos por parte de sus compañeras *“ mis compañeras me quitaban mis cosas, me quitaban los deberes y yo no decía nada, me quedaba callada, yo era buena alumna y no quería decir nada para evitarme problemas con la profesora, ella me quería y yo no quería que me deje de querer por ser* ***problemática****”*, luego recordó que incluso en su casa se callaba muchas cosas *“ sí en mi casa también me callé muchas cosas, recuerdo que mis abuelos no me trataban bien, ellos me hacían a un lado, como nosotros con mi hermano no teníamos a nuestros padres cerca, mis abuelos se hacían a mis primos que sí tenían a sus papás, porque si no mis tíos se enojaban con ellos, yo si me acuerdo que cuando yo era chiquita como a los 5 años o 6 tenía bastantes problemas con mis primos, ellos peleaban o me quitaban mis juguetes y yo les quería quitar o me quejaba, pero siempre terminaba mal y me hablaban a mi, porque mis tíos me decían que soy egoísta que debo compartir y me hacían que les de mis juguetes, cuando ellos me pegaban en los juegos yo quería defenderme pero, siempre estaban cerca los papás de ellos y me gritaban si yo me quería defender, o me pegaban, y mis abuelos para no tener problemas no decían nada y una vez incluso ellos se pusieron de lado de ellos y me castigaron a mi.”*

“Anabel” recuerda este hecho con mucho dolor y dice que debido a ello ya no intentó nunca más defenderse. La ausencia de sus padres creó en ella mucha inseguridad, y no quería arriesgarse a ser culpada o avergonzada y prefirió callar para no tener problemas con nadie.

Recuerda que en una ocasión su abuela, la señora “Dunia” le dijo que era muy problemática y esas palabras las recuerda siempre *“ que problemática que eres, de todo haces lío, de todo te quejas, ¿no puedes quedarte callada y no dar mas problemas? Ya es suficiente hacernos cargo de ustedes y tu solo das problemas, ¿qué quieres que tus papás se peleen con tus tíos por tu culpa?”* la paciente lo recuerda como un hecho muy doloroso que sucedió cuando ella tenía entre seis y siete años, se sintió muy culpable por quejarse con su padre porque un primo le quito un juguete y no le quería devolver, entonces su padre le pidió el juguete a su primo y su tío se enojó con su padre y fue entonces cuando “Dunia” le dijo esas palabras.

Desde entonces ella asoció que reclamar o defenderse era un sinónimo de meterse en problemas y causar malestar a otras personas, y lo que más le asusta de esto es pensar que es una mala persona que causa malestar en otras personas, que provoca problemas. Desde entonces evita reclamar o enfrentarse a algo ya que piensa que esto es malo, siempre ha pensado que es mejor quedarse callada, que así la gente la va a apreciar más.

Conforme pasaron las entrevistas y ahondamos en este tema pudo decir que la primera vez que algo le molestó y calló para evitar problemas, fue la ausencia de sus padres, no pudo reclamar por la falta que le hacían porque sus abuelos le decían que ellos se fueron para darles algo mejor y que no podía ser tan malagradecida de no valorar lo que ellos hacen, además sus abuelos le decían a ella y a su hermano que si les reclaman a su papás por su ausencia ellos se iban a poner muy tristes y eso iba a ser por su culpa.

“Anabel” recuerda que en algunas ocasiones ella lloraba por la ausencia de sus padres y que su abuela le hacía callar y le decía que no llore que sus

padres se fueron para darles una vida mejor, y cuando ya no podía tranquilizarla enseguida su abuela, la señora “Dunia”, se quejaba de que ella era una niña muy problemática y llorona, entonces, la niña aprendió que llorar también da problemas al resto, y que entonces si quería ser una niña buena tampoco tenía que llorar.

La paciente aprendió que para ganarse el afecto de los demás ella tiene que ser ***“buena”*** de lo contrario pierde el cariño. ***Ser buena implica hacer lo que el resto diga, no quejarse, no reclamar, no llorar, quedarse callada*****.** Esto es lo que ha hecho todo el tiempo desde niña, en la escuela, en el colegio, con sus enamorados, con su familia, con todos se ha callado. En una entrevista mencionó que el hablar en público le causaba mucho desagrado, que no le salía la voz, que le sudaban las manos y se ponía muy nerviosa, temía ser avergonzada, temía decir algo mal, equivocarse, y que se burlen de ella, que ya no le quieran más.

Como vemos la paciente va siempre en busca de afecto y cuando no lo consigue piensa que ella debe haber hecho algo malo, que seguramente se equivocó o que hay algo mal en ella; se avergüenza mucho por ello, siente que debe ser muy mala para que nadie la quiera y merece que la castiguen o la maltraten, ya que se lo ha ganado por ser ***“mala”.***

Existe en “Anabel” un gran conflicto con su autoimagen, ésta se encuentra muy deteriorada, ya que aprendió a que si la gente no respondía como ella lo deseaba es por culpa suya, cree que seguramente debe haber hecho algo malo para que el resto se porte así con ella. Existen sentimientos de inadecuación en la paciente, se siente incapaz de ser feliz y de hacer feliz a alguien, piensa que es demasiado ***tonta*** como para hacer feliz a un hombre y

mantenerlo a su lado, por eso ellos se alejan y le maltratan, porque ella se lo merece.

De niña soñaba mucho con que sus padres regresaran y le dieran todo el amor que le hacía falta, cuando sus padres regresaron ella se aferró a ellos con mucha fuerza, principalmente a “Bruno” el que según nos comenta “Anabel” le entendía mucho más que su madre “Cecilia”. Siempre ha sido muy apegada a su padre, le cuenta todo a él y la relación con su madre no era buena.

“ Mi padre era todo para mí, lo que él decía yo hacía, él me entendía y también yo era su confidente, él me contaba todo a mí, cosas que ni siquiera a mi mami le contaba, por eso no me llevaba muy bien con mi mami, ella me veía con envidia de que yo me lleve tan bien con él y me decía que yo soy la alcahueta de mi padre en todo lo que él hace”.

La paciente dice con un tanto de orgullo que sus padres se llevan mal, pero que su padre, a ella, si le hace caso y le cuenta todo *“ mis padres se llevaron siempre muy mal, mi papá le decía siempre a mi mamá que ya no le quiere que se va a ir y ella le rogaba para que no se vaya y él no le hacía caso, pero, yo le llevaba a mi papá a conversar y entonces le pedía que se quede y el me hacia caso, nosotros nos queríamos mucho, mi papá incluso le pegaba a mi mamá y mi mamá tonta le aguantaba todo para que él no se vaya, me daba iras que ella le aguante tanto y se deje, me parece la mujer más tonta del mundo, no debe aguantar tanto.”*

Cuando llegó a darse cuenta que ella repite esta manera de actuar de su madre son sus parejas, por un momento se quedó callada y luego dijo que sí, que ella también era una tonta como “Cecilia”, y cuando se hizo evidente que

“Bruno”, que para ella es un héroe, era como sus parejas que le hacían sufrir tanto a ella, se quedó callada por más tiempo y no lo aceptó, dijo que “Bruno” era un hombre bueno no como esos que a ella le han tocado, *“ no mi papá no es como ellos, él si le pega a mi mamá pero, es diferente, mis parejas son malos, me han hecho sufrir mucho, ellos..... de una manera mi mamá a tenido la culpa porque provoca a mi papá ella sabe que a él no le gusta que le reclame por la hora que llega o por alguna cosa y ella lo primero que hace es reclamarle y llorar como si así solucionara las cosas, por eso mi papá se enoja él me ha dicho que ya no aguanta mas a mi mamá por que es una histérica y eso es cierto ella grita por todo y llora y ya con eso quiere que mi papá se quede, él se porta así por culpa de mi mamá ella tiene la culpa.”*

Después de un gran silencio la paciente dijo *“ yo debo ser tan tonta como mi mamá que les hago enojar tanto a mis parejas”.* Cuando llegamos al punto de reflexionar que si ella es como su mamá entonces talvez busca a alguien como su papá “Anabel” dijo *“talvez sí, yo adoro a mi papá, él es lo mejor de mi vida”.*

Por algunas sesiones la paciente pasó hablando de sus tristeza y de lo mal que se siente y evitó el tema familiar, al parecer el reconocer la similitud entre la manera como funciona su familia y como ella maneja sus relaciones amorosas le sorprendió mucho y se vio afectada.

Después de unas dos semanas al hablar de sus parejas y lo mal que se sintió con ellos “Anabel” dijo *“ mi madre debe sentirse igual de mal con mi padre, pobre, ella también sufre como yo, es que nosotras no sabemos como tener contento a un hombre, yo al menos no sé y creo que mi mamá tampoco. Mi papá siempre me ha dicho que no es bueno hostigar a nadie que no se le*

debe rogar a un hombre, pero, yo no puedo, yo hago de todo para retener a alguien que amo, y sí me siento mal de rogar, pero no tengo otro remedio, si no me dejan sola, yo quisiera decirle a mi mamá que ya no le ruegue más a mi papá que tenga dignidad, que a él no le gusta eso, pero en cambio esas son conversaciones entre mi papá y yo, y no puedo decirle nada a ella eso sería como delatar a mi papá y perdería su confianza."

En esta ocasión "Anabel" se muestra aceptando su identificación con su madre y también revela un conflicto de lealtad hacia "Bruno", por lo que no puede decir nada a "Cecilia", y mediante unas entrevistas más logramos descubrir que incluso este conflicto de lealtad le impedía sentir cariño hacia "Cecilia", sentía que no debía querer a la madre porque traicionaría al padre, además esto es reforzado por algo que luego explicaremos.

Mientras seguían las entrevistas íbamos notando que este conflicto de lealtad era muy grande, "Anabel" se veía totalmente incapaz de traicionar a su padre reconociéndolo como una mala pareja de su madre, sin embargo mencionó que actualmente su relación con él es muy mala ya que le pegaba por que ella tomaba y además después de ella quedar embarazada de su hija, su padre "Bruno" le retiró todo el cariño.

Esto fue muy duro para "Anabel" ya que para ella su padre siempre fue su apoyo emocional, cuando "Anabel" tenía 16 años y dijo a sus padres que estaba embarazada estos se enfurecieron y todo cambió en su casa *" yo me acuerdo clarito, yo ya sospechaba que estaba embarazada y entonces yo le dije al papá de mi hija que lo estaba, él no quiso saber nada al principio, pero, yo le dije que iba a hablar con mis padres y así hice, les hice sentar y casi me muero cuando les cuento, y les dije que estaba embarazada, mi papá me pegó*

y me dijo que era lo peor, que como había sido capaz de hacerles eso, que nunca se hubiera esperado eso de mí, y me dijo también que yo ya no soy la hija y que me vaya de la casa. Mi mamá se puso a llorar y también me gritó desde ese momento todo cambió, mi papá casi no me habla, ahora si un poco, pero solo los saludos nada mas, pero antes ni siquiera me contestaba el saludo, mi mamá fue la que le convenció a mi papá que no me mande de la casa y entonces él le obligó a mi enamorado que se case conmigo, y estuvimos casados solo un año".

La paciente lo recuerda entre lágrimas, para ella fue terrible la separación emocional de "Bruno" *" yo me arrepiento todo el tiempo de haberles hecho eso a mis padres, si no fuera por eso, yo seguiría siendo la mejor amiga de mi papá, seguiría siendo parte de la familia, ahora ya no es así, yo soy como una extraña, yo vivo ahí pero nadie me habla normalmente, es como si estuvieran incómodos con mi presencia, cuando yo llego todos se callan, al menos mi papá no habla, antes incluso cuando yo llegaba el se iba, no quería ni verme. Me duele que mi hija pase por eso, a mi hija también le hacen a lado, no le quieren, yo un día le dije a mi mamá que porque no es cariñosa con mi hija, que porque nadie le quiere y no le tratan como a los otros niños de la casa"* la madre le dijo *" esa niña no es como el resto de niños, el resto de niños son frutos dentro del matrimonio y tu hija no lo es."*

Para "Anabel" la vida dentro de su casa es muy dura ya que el ambiente se ha vuelto tenso y culpabilizante todo el tiempo, la paciente se atormenta a menudo por sus acciones del pasado. Además notamos en esta parte que "Anabel" se identifica con su hija y no quiere que le pase lo mismo que a ella, debemos decir que la paciente a menudo se preocupa por el bienestar de su

hija y de no ser una mala madre, y no quiere que su hija pase por lo que ella ha pasado, es como si al evitarle un dolor a su hija, también curaría su dolor, por ello esto se le ha convertido en un tema muy importante y constantemente piensa en eso.

Lo que más le duele a “Anabel” es haber defraudado a su padre y que por eso él no le hable y que su relación haya cambiado tanto, después de unas sesiones comenzamos a notar algo más tras toda esta culpa de haber defraudado a su padre, en una ocasión refiriéndose a la relación tan estrecha que tenía con “Bruno”, recuerda que era muy celoso con ella, y, que ella también es muy celosa con “Bruno”, “Anabel” menciona que a ella le desagrada que su ***padre*** sea ***celoso***, pero, que su padre lo es y no puede hacer nada *“ yo era muy apegada a mi padre, él y yo nos contábamos todo, el sabía todo de mí, hasta mis novios, quienes me iban a ver, todo, aunque eso no le gustaba y era bien celoso, pero igual, yo le contaba todo, yo creo que eso es normal, son* ***celos de padre****, como yo también tengo* ***celos de hija****, yo también soy celosa de mi papi si él tuviera algo con otra mujer se acaba para mí”.*

Fue difícil llegar al fondo de esto, sin embargo, luego de algunas sesiones “Anabel” dijo algo muy interesante dijo que lo peor de que su padre tuviera otra mujer era que sería un engaño y que ella no lo perdonaría, cuando se le pidió una aclaración de hacia quien era el engaño, “Anabel” dijo que a su madre, pero que igual no le perdonaría porque ella es su mejor amiga, que a ella le ha contado siempre todo, que con “Cecilia” no se llevan bien, y ni siquiera duermen juntos, que la que más sabe de su padre es ella, por ello su madre ni siquiera sufriría mucho con eso porque ella no sabe nada de él, pero, ella lo sabe todo y sería una traición también a ella si el padre tiene otra mujer “

yo no confiaría más en mi papá si él me hiciera eso, sería traicionar mi confianza y mi cariño, se acabaría para mí."

Después de estas palabras nos quedamos en silencio y la paciente quiso justificar todo lo que dijo, con varios argumentos, se mostró muy descontrolada se podría decir que hasta avergonzada al decir todo esto; estaba por primera vez hablando en un tono de voz más alto y más rápido, talvez por primera vez se la vio defendiendo algo suyo.

Ante el silencio que obtenía, no pudo seguir argumentando más y comenzó a llorar hasta el fin de la sesión.

Al parecer llegamos a un punto muy importante del análisis de "Anabel", en donde ella ante el silencio no puede seguir argumentando más, ya no se puede justificar por lo dicho y termina llorando. Después de revelar que se sentiría traicionada si es que "Bruno" tuviera otra mujer, después de defender sus derechos de sentirse traicionada, ella misma se sorprende por lo que dijo y se avergüenza de ello.

Debemos notar también que el tema de la traición de su padre apareció de su imaginación, no existe ningún hecho real que lo compruebe, fue algo que salió de la conversación libre acerca de "Bruno" y de su estrecha relación con él, cuando de repente, de ella salió el miedo a ser engañada por su padre, a que este tuviera otra mujer; de alguna manera teme que su padre la reemplace por otra mujer, talvez por ello el que "Bruno" ya no le hable y que su relación este tan deteriorada le afecta tanto.

En las siguientes sesiones se habla sobre su hija y lo mucho que la quiere, sin embargo notamos un tono que no correspondía con el cariño que quería aparentar "Anabel" y no es que la paciente no quisiera a su hija, pero,

notamos cierta rivalidad con esta, ya que “Bruno” quiere mucho a la hija de “Anabel” y al parecer la paciente envidia a su hija por el cariño que le da el “Bruno”, pero es mejor que ame a su hija que al final es algo suyo que no amar a nada de ella, veamos lo que dice “Anabel” *“ mi hija es todo para mí y yo quisiera ser una buena madre y no quiero que ella pase por lo que yo pasé, yo no quiero que a ella le hagan al lado como a mí, pero a veces si es así, mi mamá no le hace mucho caso, pero mi papá sí, él a ella si le hace caso, y ella le quiere mucho a mi papá le dice a él papá”*

Cuando después de algún rato de conversar sobre el tema “Anabel” nota que si la niña le dice papá a su abuelo, ella sería como la pareja de su padre, se ve muy afectada y se mantiene en silencio, luego lo justifica diciendo que la niña sabe que no es así y que todos lo saben que solo es por cariño, y que además ella no fue la que le enseñó a la niña a llamar así a su abuelo, si no que fue “ Bruno”, quien le enseñó eso a la niña.

“Bueno yo no le enseñé que le diga papá a mi papi, mi papi fue el que le enseñó a mi hija que le diga así, además es por cariño.”

Después de algún tiempo de pasar sobre este tema se le interpretó a “Anabel” que ella en el fondo deseaba que lo que la niña dice fuera verdad y ser ella pareja de su padre “Bruno”, que debido a ello vienen los celos hacia él, y también con esto vemos como se identifica con su hija, la hija de “Anabel” es ella misma en relación a su madre “Cecilia” y con esto repite la historia, por ello teme que su hija pase por lo mismo que ella a pasado, porque de alguna manera lo desea y ocurre esto en su mente. Al contrario de lo que “Anabel” dice, le gusta que “Bruno” la cele, porque así siente que él le demuestra su amor.

Para “Anabel” esto fue muy duro y al principio lo negó y hasta le pareció gracioso, hasta el unto de reír, sin embargo al final de esta sesión, dijo que talvez lo que ella desea es un hombre como su padre y que por eso siempre se enamora de los hombres que se comportan con ella como su padre lo hace con su madre.

Debemos decir que durante todo el análisis del caso, se educó a la paciente en cuanto a la normalidad de estos deseos y se le enseñó a decir todo lo que se le viene a la mente sin censura y aceptándolas como algo normal, de lo cual no debe avergonzarse, y se le interpretó el amor a su padre, luego de que se creyó que ella misma estaba dando muchas vueltas alrededor de esta interpretación.

Luego de esta sesión la paciente salió muy pensativa, pero me atrevería a decir que hasta un poco aliviada, al regresar para la próxima sesión menciona que su estado de ánimo se encuentra mejor, ya no se siente tan triste y dejó de tomar las pastillas para adelgazar ya que piensa que no las necesita, se ve un tanto más segura.

En esta sesión la paciente reconoce que talvez de una manera *“involuntaria”*, para decirlo con sus propias palabras, si ama a “Bruno” al punto de celarlo, pero, agrega que nunca pensó en quitárselo a “Cecilia”, que lo que dijo: que ellos no duermen juntos y que no se llevan bien era como aclaración, que jamás se alegró de esto.

Cuando se le dice que eso jamás fue interpretado, se pone muy nerviosa, dice *“ yo pensé que eso también me dijo, porque yo dije lo de mis padres, lo que ellos no duermen juntos y como parece que si es verdad que yo*

amo a mi papá, pero no concientemente, lo normal sería pensar que quiero quitarle el esposo a mi mamá, pero no es así."

Después de esta aclaración siguió argumentando el porqué de su confusión al pensar que oyó esa parte de la interpretación que no había sido todavía dicha, se gastó toda la hora justificando su falla y al parecer no se fue conforme, cuando se dio por terminada la sesión ya que se acabó la hora, dijo que quería seguir hablando que no había terminado todavía, se le dijo que su hora ya terminó y que tendremos más sesiones para hablar, sin embargo, dijo necesitar aclarar mejor lo de su padre. En la sesión que le siguió a esta, continuó aclarando el porque de su confusión y negando cada vez más que ella realmente deseara eso para su madre, pero al final, se dijo, "*talvez estoy hablando mucho de esto"*, cuando se le dijo que debe ser algo importante para ella dijo *" talvez en el fondo si desee eso para mi mamá..... ya estoy cansada..."* después de esto se dio por terminada la sesión.

Vemos como la paciente se imagina escuchar algo más en la interpretación que se le hizo, y luego cuando se le hace saber que esa parte no se dijo, pelea contra ella y se defiende negando que saliera de ella, de sus deseos reales, necesita mas de dos sesiones para luego de hablar y hablar y no encontrar en esto algo que la justifique totalmente, entonces se da por vencida, baja sus defensas y reconoce que justo lo que negaba era lo que más deseaba.

Seguramente el inconsciente habló y le hizo escuchar esta parte de la interpretación que no fue dicha, luego la resistencia actuó defendiéndose por medio de la negación, sin embargo, en los silencios no se convencía que sus palabras la justifiquen y la resistencia terminó por vencerse y ya no se defendió

más, y aceptó que su inconsciente habló y que lo que tanto negó era lo que deseaba.

Deseaba ser la pareja de su padre y además quitarle el esposo a su madre, le alegraba que ellos no durmieran juntos y que “Bruno” le contara todo esto a ella, para ella, esto significaba que el también la amaba y que no deseaba a “Cecilia” sino a ella, por ello lo celaba y además le gusta que él la cele, con esto ella siente que su padre se interesa por ella como mujer.

Este deseo era inaceptable para la conciencia y por ello lo ocultó y lo reprimió por mucho tiempo, además este deseo despertaba en la paciente mucho malestar, culpa, y ante esto ira, ira por desear a “Bruno” y no poder tenerlo, querer quitarle el esposo a “Cecilia”, lo que provocaba en ella mucha ira y culpa, por ello la ira que se dirigía a “Cecilia” es desviada a sí misma en forma de tristeza, de depresión; por ello al liberar esa parte inconsciente, su estado de ánimo mejoró un poco, no vamos a ver total mejoría ya que queda mucho de la paciente por analizar, hay muchas partes del análisis que no las hemos expuesto todavía.

Es importante decir que la paciente era una mujer muy celosa en sus relaciones amorosas lo cual le ocasionaba muchos problemas *“ yo sí soy celosa, lo fui con mis dos hombres, yo les celaba porque ellos no me contaban todo y eso me da muchas iras y además como ellos se enojaban por mis celos, yo sufría mucho y lloraba y gritaba y les rogaba que no me dejen, pero parece que era peor.”*

Este relato a todos nos recordará a la manera de actuar de su madre con su padre, inconscientemente buscaba “Bruno” en sus parejas y los provocaba para que ellos se porten como lo hacía su padre con su madre,

pero, de donde viene este deseo de ser como la madre si es que ella misma dice que esta es tonta y que así no hace feliz a su padre, ***¿porque desearía "Anabel" hacer infeliz a alguien y hacerse infeliz a sí misma?***

Cuando se le dice esto a la paciente ella recuerda que siempre fue celosa, porque piensa que ella es fea y gorda y que sus rivales siempre son mejores que ella, *"son más bonitas".*

Cuando se va hacia atrás en el tiempo, la paciente reconoce que la primera rival de su vida fue "Cecilia", su madre, a la cual, no admira por su comportamiento, sin embargo reconoce en ella una mujer muy guapa, *" mi mamá podrá ser muy tonta y gritona, es hasta histérica, pero es súper guapa, talvez por eso mi papá le aguanta tanto, ella no es como yo, ella es bonita y eso que es mayor, es súper guapa".*

Vemos con esto una admiración grande hacia su madre, ahora notamos que a pesar de su distanciamiento emocional, existe mucha admiración. Su madre fue su primera rival, y ante ella perdió a "Bruno", aunque trata de tenerlo como su mejor amigo y confidente y con ello siente superioridad sobre su madre, al decir que ellos no duermen juntos, manifestó su triunfo sobre su hermosa madre, a la cual admira y ante la que se siente inferior.

Luchar contra una mujer tan hermosa no fue fácil para la niña, a menudo se comparaba con ella y se sentía menos, por ello trató de parecerse a su madre al menos en su comportamiento para poder ser competidora de ésta. "Anabel" recuerda que su madre siempre le dijo a ella que se debe cuidar, que no coma tanto, que se va a hacer fea, y siempre a criticado la figura de su hija, por ello la paciente trata de bajar de peso, su madre la presiona mucho para esto.

Todo lo dicho explica más este caso, una chica que siente como rival a su madre, quiere quitarle el marido a esta rival, y, el marido de esa rival es su padre, “Bruno”, sin embargo, esto no solo que es inadmisible para la conciencia, si no que, es imposible, porque su padre esta junto a su madre y no la deja; ante esto la joven se identifica con la madre para conquistar a alguien que sea como su padre, actúa para ello como su madre, “Cecilia”, pero, siente que no puede mantener a un hombre a su lado, no se lo merece, ya que no es tan bonita como su primera rival, como su madre, la joven se explica que talvez la única razón por la cual su padre está junto a su madre es por que ésta es muy bonita, pero no cree lo mismo de sí misma y entonces es fácil pensar que ella no tendrá la misma suerte con sus parejas; está destinada a que la dejen.

Por eso cuando la joven dice con orgullo que sus padres no duermen juntos, es una venganza y un aliciente para ella, esto quiere decir, que ella le está quitando de alguna manera el esposo a su madre, éste ya no duerme con ella y no le cuenta sus cosas, pero, a “Anabel” sí, a ella le cuenta todo y con esto “Anabel” gana a su padre ante su madre; y siente que ya no debe luchar por otro hombre como lo hizo con su padre, porque ya lo tiene, entonces con los otros hombres se comporta así porque inconscientemente sabe que esa es una manera de alejarlos de ella.

Ahora que su padre no le habla y su relación ha cambiado tanto, si siente necesidad de un hombre, porque siente que lo perdió a él y entonces sufre por los otros como disfraz a su verdadero sufrimiento, la pérdida del amor de “Bruno”. Entonces se identifica con “Cecilia”, se une más a ella.

Continuando con el análisis de la paciente, se hace cada vez más notoria la profunda admiración que “Anabel” siente hacia su madre y su amor

hacia ella que en un principio se trató de disfrazar por odio, la paciente llevó una mala relación con su madre, hasta había llegado al punto de decirle que le odia, pero al seguir con este análisis, parece que este odio en realidad guarda todo lo contrario, un gran amor hacia “Cecilia”, que nunca pudo manifestarse por verla como rival, y por que esta era más cariñosa con su hermano *“ yo nunca me llevé bien con mi mamá yo hasta le odiaba y yo le decía eso, ella era más cariñosa con mi hermano y no mismo nos entendíamos, mas bien ahora nos llevamos bien, yo le he podido entender, como yo también he pasado por lo mismo que ella, yo sé cuanto sufre.”*

Pensemos por un momento que mayor prueba de amor es más grande, que pasar por los mismos sufrimientos de la madre, para poder tener algo en común con ésta, cuando se le aclaró esta posibilidad a la paciente, ella no lo afirmó abiertamente, pero manifestó que siempre deseo tener un tema en común con la madre*, “ el problema con mi mamá era que no sabíamos como hablar no teníamos ningún tema, yo deseaba conversar con ella de cosas de mujeres pero ella, no se interesaba con eso, ella solo se preocupaba por donde esta mi papá y que hace él, y no le interesaba nada mío. Cuando se acercaba a mí era para que yo le cuente algo de mi padre, pero, como yo no le decía, entonces se enojaba conmigo y no me hacía caso. Recién ahora después de tantos años tenemos temas en común, nuestro sufrimiento nos ha unido.”*

Esto si bien no es una aceptación directa de lo que se le interpretó, es una manera de reconocerlo como cierto, la manera que encontró la joven para acercarse a su madre fue, acercándose al hombre que la madre tanto deseaba con esto, ellas tenían algo en común y de alguna maneta llamaba su atención, aunque sea para ser rivales en el amor de ese hombre, eso la unía a ella. Por

otra parte, se procuró una vida parecida a su madre, para ello actúa como ella con sus parejas amorosas y el resultado es muy parecido, aunque se diferencia en que “Anabel” no se siente capaz de tener un hombre a su lado por mucho tiempo, ya que ella no es tan bonita como su madre.

Al fin de tanto sufrimiento tiene algo en común con “Cecilia”, ahora pueden hablar y ser como siempre soñó una hija que se lleva bien con su madre, que tiene cosas en común con ella.

Se habló como tres sesiones más de este tema, ya que la paciente se mostró sorprendida de esta parte de su análisis y deseaba hablar sobre ello. Debemos decir que poco a poco su ánimo fue mejorando y ya no caía en estados profundos de depresión.

Al hablar del amor a su madre y a su padre, se preguntó si era normal todo eso que había sentido y pensado, luego de una aclaración de la normalidad de estos sentimientos y deseos en las primeras etapas de vida, y una explicación de cómo se produce a veces un estancamiento en estas etapas, la paciente se sintió más tranquila y recordó algo de su niñez que luego veremos su importancia.

“ Cuando yo era niña siempre “Dunia” me decía que yo era una niña traviesa y mal criada que por mi culpa ella no podía dormir, no sabía porque era eso, solo sabía que era mal criada y ella me hacía sentir muy culpable son esos primeros recuerdos que tengo.”

La paciente no sabe porque “Dunia” le decía eso, pero recuerda esas palabras con mucha precisión y se ve atormentada al tratar de recordar el porque de esas palabras.

Tras algunas sesiones en búsqueda de una explicación, “Anabel” recuerda que más tarde cuando ella tenía nueve años jugaba a la mamá y al papá con un primo suyo “Fernando” y se daban besos y reconoce con gran vergüenza que sentía satisfacción con esos besos.

“ Cuando tenía como 9 años jugábamos con mis primos y primas a la mamá y al papá y yo era la mamá y mi primo era el papá, nos dábamos besos y si sentía agrado, sí me gustaba, un día mi abuela nos vio y me habló, me dijo que era una mal criada, que no debía hacer esas cochinadas con mi primo que soy una sucia, yo me sentí muy mal.”

Al contar esto “Anabel” se ve muy afectada se siente de nuevo culpable y dice sentirse muy mal, siente que realmente su abuela tiene razón, porque a ella le agradaban esos besos.

Luego se le preguntó del porque de ese recuerdo, entonces la paciente manifestó que piensa que ya antes había tenido eso juegos, y por eso “Dunia” le decía mal criada y traviesa de pequeña, y que talvez por eso “Dunia”, no podía dormir.

Cuando se le pregunta si realmente piensa que fueron así las cosas, dice con toda certeza, “*sí, seguramente fue así, yo debo haber jugado a eso antes, estoy segura.*” Sin embargo el que “Dunia” no haya podido dormir por las noches no podía deberse a que ella tenga juegos con su primo, ya que por la noche no dormía con ningún primo, no dormía con nadie, entonces, porqué ese recuerdo, porqué su abuela no podía dormir por culpa suya.

Luego de varias vueltas alrededor de este tema, la paciente manifestó que hay juegos que uno los puede hacer a solas, y que talvez eso era lo que no le dejaba dormir a su abuela; se le preguntó si ha realizado *“esos juegos a*

solas” (masturbación) y la paciente dijo que sí lo ha hecho y que piensa que de niña talvez sí lo hizo también y eso era lo que no le dejaba dormir a “Dunia”.

Demoró mucho tiempo para que la paciente vea esta etapa de su vida sin sentir culpa y recriminarse por ello, sin embargo, lo logró luego de varias sesiones y luego de haber aceptado este punto de su análisis pudo decir algo que no estaba del todo olvidado, sino que, no lo había podido decir por ser un hecho que la llenó de culpa y malestar.

“No sé si esto sea normal, pero, me ha atormentado todo el tiempo, cuando yo era niña ya le dije que jugábamos a la mamá y al papá con mis primos y rimas, y nos dábamos besos con un primo mío “Fernando”, pero en una ocasión nos dimos un beso con mi prima “Gabriela”, era cuando yo tenía 10 años, de eso nadie sabe, nunca se lo he dicho a nadie y mi abuela no se enteró, pero, yo siempre me he sentido mal, no se si tengo algo malo, si soy rara o algo, no se si soy lesbiana por eso que pasó con mi prima.”

El resto de la sesión se la pasó en preguntas de sí debía haberlo hecho o no y de que pensar sobre ese hecho, ahora que ya es grande y que gracias al análisis a aclarado muchas cosas de su vida; se ve muy atormentada, talvez es la ocasión en que se le ve más ansiosa, con tantas preguntas que debe responder, por una parte recuerda a “Dunia”, que seguramente le habría dicho que el beso con su prima “Gabriela” es peor todavía que el beso que se dio con su primo “Fernando” y que es imperdonable, sin embargo acepta que no le disgustó ese beso y que se siente confundida por aceptar eso.

“ Debo estar loca o no, no sé porque yo soy así, y es que no sé ni siquiera que pensar, mi abuela ya sé lo que me diría, pero no sé que me digo yo misma, no sé si eso estuvo bien o mal.”

Después de algunas sesiones cuando la paciente estaba reconociendo esos deseos como normales, se le aclaró que los niños en sus primeros años de vida no distinguen el amor por género y que aman igual al padre como a la madre, como lo que le sucedió a ella con sus padres, entonces ella respondió, que ella no había superado lo de sus padres hasta esos años cuando se dieron los hechos con sus primos, entonces sintió gran alivio y dijo, *"yo siento que no estuvo mal, era solo un juego, a mi me gustan los hombres, era un juego de niña y como mi abuela era una mujer tan cerrada me hizo sentir muy mal, pero, ahora veo, las cosas sin tanta culpa, yo estaba atormentada por éste hecho de mi vida y ahora yo creo que eso no fue tan importante."*

En este punto de análisis la paciente comienza a colaborar con mucho material, sin tanto esfuerzo como le costaba antes, se ve más relajada y más libre de decir lo que quiere.

Entonces comienza a asociar que realmente para ella no es placentero tener relaciones sexuales, le cuesta mantenerlas, con sus parejas lo hacía para complacerlos, sin embargo reconoce que no sentía ningún placer en ello y que por lo contrario luego de tener relaciones sexuales se sentía sucia y muy mal, se sentía como una prostituta que daba su cuerpo a cambio de que los hombres no le dejen.

Ella misma prosigue y dice que las palabras de su abuela le enseñaron a ver la sexualidad como algo sucio de lo que se avergüenza y que por ello nunca pudo disfrutar de la unión sexual con sus parejas. Dice que sentía asco ante ello y que ese ha sido un gran problema con sus parejas, ya que se siente muy mal al estar manteniendo relaciones sexuales, y con su marido casi no lo quería tener y ese era un motivo de discusión entre los dos.

En uno de los puntos del análisis en el T.A.T. menciona que la heroína esta enferma del corazón, ella se identifica con ésta, cuando habla sobre esto asocia, que una persona enferma del corazón no puede recibir emociones fuertes porque se puede morir, no puede sufrir, no puede tener mucha alegría, no puede comer mucho no puede hacer ejercicios por que se agita y no puede hace nada que la agite, luego de un momento más, dice que tampoco puede tener relaciones sexuales.

Podemos ver como en esta parte de una historia del T.A.T. se identifica con la heroína y justifica todo lo que le pasa a ella, le gustaría tener una enfermedad al corazón, para no tener emociones fuertes, no poder agitarse que implica tener relaciones sexuales, que como ya dijimos le desagrada mucho ya que se siente culpable, y no puede comer mucho que es lo que le haría adelgazar y sentirse mejor.

Pero ***¿porque tanta culpa al tener relaciones sexuales?,*** de dónde viene esto, hasta ahora sabemos que su abuela le dijo que eso era algo muy sucio y que no lo debía hacer, sin embargo parece existir algo más.

A partir de todo esto que hemos analizado, la paciente mejora su estado de ánimo y al parecer su ansiedad ha disminuido, ya no tiene atracones; sin embargo insiste en hablar sobre esas palabras que escuchó de su abuela, y nos preguntamos por qué esas palabras pudieron afectar tanto a “Anabel”, cuando se pregunta esto a la paciente, ella duda y dice no saber pero se queda muy preocupada y habla mucho más, dando vueltas alrededor de lo que le afecta mucho, al finalizar la sesión dice algo interesante que nos acerca a la respuesta, “Anabel” dice *“es que no sé porqué mi abuela me pudo decir eso, siendo yo una niña tan pequeña, y, además no sabía lo que hacía, era mi primo*

y estábamos jugando sin malicia ella vio malicia donde no había y siempre que estoy con alguna pareja recuerdo eso y no puedo seguir."

Pero que es eso que recordaba "Anabel", o cómo lo recordaba que no le permite tener una vida sexual satisfactoria, en las sesiones siguientes esto se aclara más, "Anabel" no solo recuerda las palabras de su abuela, sino que recordaba todo lo sucedido, recuerda el ***beso con su primo*** **"Fernando"** y luego lo que le dijo "Dunia", al parecer el beso con "Fernando" le seguía atormentando, cuando lo recuerda se ve insegura, se siente culpable. Luego de esto asocia el tener relaciones sexuales con ese beso con "Fernando", es decir, para "Anabel" tener relaciones sexuales con sus parejas le recuerda a su primo *" es como si yo tuviera relaciones con mi primo y eso es terrible, me siento mal y ya no puedo seguir, imagínese como voy a pensar siquiera en tener relaciones con mi primo eso es terrible, es asqueroso."*

"Anabel" se ve aterrada por la idea de tener relaciones con "Fernando", sin embargo recordemos que esto salió de la paciente sin necesidad de interpretarle nada, se trabajó mucho en esto, cuando, luego de unas sesiones se le recordó que en su niñez le había gustado ese beso y que talvez todavía lo añora, esto sorprendió mucho a la paciente, y, se defendió como si se sintiera atacada *" no para nada, como va a ser posible, que me guste todavía mi primo o que añore ese beso, no, eso sería imperdonable, eso no puede ser así."*

Después de algún tiempo, la paciente reconoció que en ella existía un cariño muy especial hacia ese primo con el que tuvo su primer beso, pero no entendía el porqué por ello no podía disfrutar de una relación sexual, y, ella misma dice en tono irónico *" sí le tengo un cariño especial a ese primo, le tengo mucha confianza, siempre fue así, de niña pensaba que me iba a casar con él,*

pero no veo ¿como eso puede interferir en que yo pueda disfrutar de tener relaciones sexuales? ***Solo que yo estuviera pensando en tenerlas con él para que no pueda concentrarme con mis parejas.....”***

Cuando se le pide una aclaración de lo dicho la paciente se avergüenza y se justifica *“ solo fue un decir, no era en serio”*, en esa sesión se mantuvo silencio para ayudar a la paciente a vencer la resistencia, ante este silencio, se mostró muy ansiosa como hace tiempo no lo estaba y al finalizar dijo *“ eso sí que ya seria el colmo de mi parte.”*

Le costó mucho, sin embargo, en una de las sesiones reconoció abiertamente este amor hacia “Fernando”, y pudimos descubrir que lo que le atormentaba y no le permitía disfrutar de sus relaciones sexuales era no solo el amor hacia “Fernando” y su deseo hacia él, sino que el recuerdo de su primo encubría otro, que era el del beso con su prima “Gabriela”, el que según la paciente también le gustó y amaba a “Gabriela” tanto como a “Fernando”, como amó a “Bruno” y a “Cecilia”, confirmando con esto la homosexualidad latente que apareció en el T.A.T.

Después de estas aclaraciones y de aceptarlas lo cual le costó mucho trabajo, la paciente mejora notablemente, pero falta un punto que no hemos analizado y es la oralidad, todavía no hemos explicado como se da esta regresión a la fase oral en esta paciente.

Debemos decir para comenzar que la paciente tenía atracones y luego tenía mucha culpa por ello, se veía atormentada por bajar de peso y para ello no quería comer, sin embargo, no podía lograrlo y tras mucha ansiedad, se atracaba de comida, es importante recalcar que la comida es un factor de tipo oral, la oralidad se manifiesta al beber mucho, como en el caso de los

alcohólicos, al comer mucho o muy poco, al hablar mucho, es decir, todas las actividades en las que se utilice la boca como medio, es una conducta de tipo oral ya que se encuentra satisfacción en estas actividades, como antes se encontraba en lactar del pecho de la madre.

Vemos que “Anabel” estuvo en esta etapa de lactancia junto a su madre, la cual luego se iría a Estados Unidos y la dejaría con su abuela, esto afectó mucho a la paciente, y, no sería raro que la paciente desee regresar a esa primera etapa de su vida en la que fue feliz lactando del pecho de su madre, en esa época eran las dos muy unidas, no tenía que buscar cosas en común para estar junto a su madre, como lo haría en años posteriores, en esa época estaba conectada a ella sin ningún esfuerzo.

Por ello para la paciente tiene tanta importancia los besos que se dio de niña con sus primos, sintió satisfacción y esa satisfacción vino de la boca, es decir, que fue una satisfacción de tipo oral, que para la paciente es la más profunda ya que le recuerda la seguridad y la plenitud del pecho materno.

El comer o no comer es una parte de lo mismo, ella desea no comer, se niega a tomar del pecho materno en venganza hacia la madre, hacia esa madre que la dejó en sus primeros años de vida y a la cual extrañó y extraña tanto, y sin embargo ante la presión sede a la tentación y regresa simbólicamente a esa etapa de felicidad junto a su madre.

“Anabel” era una mujer muy insegura y ante la presión del medio, ante sus problemas, lo que hacía era refugiarse en una regresión de tipo oral, que le recordaba sus primeros años, esto fue plenamente comprobado en las entrevistas. Una de las preocupaciones de la paciente era ser una buena madre para su hija, para que no pasara por lo que ella pasó, y cuando

menciona el amor y el cariño que le hizo falta de niña, lo relaciona con comida directamente o con alcohol *" a mí me hizo falta mucho cariño, pero yo no quiero eso para mi hija yo quiero que ella se sienta muy querida, por eso siempre le llevo su comida con mucho amor, para que cuando sea grande no caiga en el alcohol."*

Como si fuera una regla que la falta de amor y de cariño en la niña va a provocar que ésta se vuelva alcohólica, nos explica cómo se dio su alcoholismo, el beber alcohol sustituyó a comer con amor, reemplazó al amor que necesitaba, entonces regresaba a la etapa oral ya no comiendo sino, bebiendo, pero, ***¿porque escogió esta manera de regresar a la etapa oral?***

Vemos que al beber de una u otra manera la persona que consume se hace daño, es decir, se trata de destruir, descarga agresividad a sí misma, y también al medio que sufre por su adicción.

En "Anabel" existía mucha agresividad que no podía ser dirigida al medio, por ser inaceptable por la conciencia, no podía expresar la ira que tenía hacia "Dunia" quien fue la que le prohibió a su amado primo "Fernando", esto no solo le dio iras por que era pequeña y le pareció injusto, si no que por "Dunia", ella tuvo que aceptar que "Fernando" le era imposible, que no era para ella y no lo podrá ser jamás, y, con esto también tuvo que entender que si "Fernando" no era permitido por ser miembro de su familia, habían otros que tampoco eran permitidos, su madre, su padre, tampoco su prima "Gabriela".

Además todos los reclamos hacia su madre y su padre por la distancia que le tocó vivir, se quedaron en silencio y esto se dirigió hacia ella, y en todo esto, prefirió ser ella la *culpable* de todo y se envió a sí misma toda esta ira, se volvió agresiva consigo misma, y se agrede no solo en su manera de

percibirse, sino que se lastima bebiendo sin mesura, se castiga y se agrede buscando a parejas que le hagan daño y le recuerden a “Bruno”, y con todo esto no solo que se castiga ella si no a su familia, ya que **el alcoholismo es algo que hace sufrir a toda la familia de “Anabel”, los avergüenza como ellos la avergonzaron a ella antes.**

Ante esta ira, “Anabel” se siente muy confundida y es algo que le costó mucho reconocer en si misma, sin embargo, cuando lo reconoció pudo descargarla libremente, y, se vio la cantidad de agresividad que guardaba, llora de iras por algunas sesiones, antes de poder hablar libremente de ellas, *“ ¡sí tengo iras, claro que tengo iras, como no iba a tenerlas, si me dejaron sola cuando era pequeña, si me dejaron con gente que no estaba preparada para criarme, me dejaron con una mujer vieja llena de prejuicios que me lastimó mucho y me llenó de culpa, gracias a eso, siempre he tenido miedo, miedo a equivocarme, a estar mal, y luego todo lo de mi familia, yo tenía que estar lidiando con mi padre para que no le deje a mi madre y eso era muy feo, aunque, me gustaba que mi padre hable conmigo, no era de mi agrado enterarme de cosas que me dolían, y además si no le convencía a mi papá que se quede, mi mamá se iba a enojar conmigo, eso es demasiada presión para cualquiera, como no iba a tener iras, y yo que por tonta me he dejado de todo esto, también tengo iras conmigo y muchas!”*

La paciente descargó sus iras en varias sesiones, pero, esto fue liberador para ella, vemos que para la paciente, ante la ira que no podía descargar sentía mucha culpa y miedo de ser una *“ mala persona”* y era mejor enviar esa ira hacia ella misma y la mejor manera de agredirse fue bebiendo, ya que con esto no solo se agredía sino que regresaba a esa etapa de su vida

en la que fue feliz y se sintió segura, además evadía los problemas de esta manera.

Analizando todos estos puntos, hemos analizado las partes más importantes del caso “Anabel”, luego de esto la paciente mejora, su estado de ánimo se presenta más estable, deja de automedicarse para bajar de peso y comienza a hacer ejercicios, ya no tiene atracones y al parecer tiene más seguridad para solucionar problemas dentro del Centro.

La relación con su familia mejora, “Anabel” propicio una conversación con sus padres y al parecer se aclararon muchas cosas, se disculparon tanto sus padres como ella y se entienden mejor.

Los últimos temas a tratar son los que se relacionan con su hija, por la que se preocupa y quiso aprender a comunicarse de una manera adecuada con ella, luego se dio por terminado el seguimiento terapéutico.

La paciente salió del Centro una semana después de terminar el seguimiento ya que se cumplió su tiempo de internamiento, lo que se conoce de “Anabel” es que no ha regresado por recaídas hasta el momento.

De todo lo que hemos analizado podemos concluir que:

1. El **Edipo no resuelto** de “Anabel” le llevaba a **buscar un hombre como su padre**.
2. La **homosexualidad latente** de “Anabel” se pudo confirmar, en su recuerdo del **beso con su prima**.
3. La **oralidad** se dio por una **regresión a la etapa en que se sintió amada por su madre** y en la que no necesitaba ganarse el afecto de ella, ya que lo tenía.

4. Los **conflictos sexuales** de la paciente fueron originados por la **culpa de deseos inconscientes** a sus primos principalmente.
5. La **depresión** de “Anabel” se dio **por reprimir la ira** que sentía ante su situación y dirigirla a sí misma.
6. Las **necesidades afectivas no satisfechas** de “Anabel” le llevaron a **refugiarse en la oralidad**.

Con este análisis queremos mostrar cómo se originan las principales necesidades, conflictos y defensas en los pacientes alcohólicos. Dar una explicación más profunda de sus padecimientos y de su origen. Sabemos que no hemos dado a conocer todo el análisis de la paciente, pero, los puntos más importantes del análisis están descritos aquí.

CONCLUSIONES

1. El **alcoholismo** es el **consumo incontrolado de alcohol que interfiere en todas las áreas del ser humano y a su entorno**.
2. Hay varias teorías psicológicas que explican el alcoholismo, sin embargo, la que a nuestro parecer lo explica profundamente es **la teoría psicoanalítica**, ya que nos da su origen, y **ve al alcoholismo como un síntoma de algo más grande que ocasiona que el sujeto beba**; por esto no se preocupa de que el paciente deje de beber, mas bien, trata de encontrar la razón que lo lleva a beber, su motivo interno para hacerlo.
3. Aunque vemos que existen varios factores para el alcoholismo, notamos que el **Ecuador tiene una cultura que propicia el alcohol, como medio para divertirse y para evadir problemas**, además que el índice de migración y divorcios es alto y esto contribuye a que el alcoholismo vaya en aumento ya que las familias en estas circunstancias se encuentran en su mayoría desorganizadas y no son un medio protector, sino más bien inducen al alcoholismo.
4. El **T.A.T**. nos permite conocer el drama personal del examinado, ya que ante unas imágenes ambiguas tiene que narrar una historia que necesariamente tiene parte del sujeto, **el examinado dice mediante**

sus palabras lo que sucede, **da significado a esas imágenes que se le presentan**, y esto no lo puede hacer sin impregnar de su propia historia personal lo que cuenta.

5. Notamos que en **veinte casos los pacientes provienen de hogares desorganizados y problemáticos**, en los que los padres estaban lejos física o emocionalmente, en los primeros años de vida de sus hijos, o incluso lo siguen estando, ya sea porque **estaban en el extranjero lo cual se vio en ocho casos**, en otros por diversos motivos vivían a cargo de otro familiar sin sus padres, o incluso viviendo juntos se encontraban muy distantes emocionalmente.
6. El tener algún **familiar alcohólico**, principalmente el padre, quien maltrataba al paciente y al resto de la familia, se vio como un desencadenante en **ocho de los casos estudiados**.
7. El provenir de hogares en donde **se los sobreprotegió** y al mismo tiempo se exigía mucho de ellos, al parecer también es un disparador para que el paciente busque refugio en el alcohol, esto se dio **en once casos**.
8. Notamos que **un modo de crianza inestable**, en el que las reglas se contradicen, en donde el paciente no tenía la certeza de una regla que cumplir, **contribuyó a la inestabilidad emocional** que tienen los pacientes alcohólicos. Este modo de crianza se dio en todos los casos estudiados.
9. Si tenemos que decir cosas que tienen en común los pacientes alcohólicos, podemos decir, que tienen un gran vacío afectivo, como ya mencionamos en el análisis cuantitativo las **necesidades afectivas se**

presentaron en veintidós pacientes, vemos, que estas necesidades no satisfechas provienen principalmente de las figuras materna y paterna.

10. **La soledad que sufrieron en su niñez les lleva a demandar atención de varias maneras**; algunos con comportamientos inapropiados, para ganarse atención aunque sean castigados, otros, trataban de llegar a la perfección para ganarse el afecto de las personas que lo rodeaban. En estos casos los pacientes se encuentran muy inseguros de sí mismos y por ello tratan de lograr seguridad de las personas que lo rodean en cada momento.
11. **Ante esta necesidad de afecto no satisfecha, los pacientes tratan de llenarla con cada persona que llega a su vida**, quieren desesperadamente conseguir el amor de las personas que los rodean, **se involucran en relaciones muy dependientes**, algunas muy dañinas ya que inconscientemente buscan a alguien tan distante como las figuras de las que no recibieron amor en sus primeros años de vida, esto lo hacen para al fin demostrarse que pudieron conquistar el amor que antes les fue negado, sin embargo, esto no sucede y se sienten cada vez más solos y con menos derecho a ser amados.
12. **Otras personas ante éste vacío rechazan todo lo referente al afecto**, se niegan a sentir afecto por alguien y recibirlo, además tienen **necesidad de agresión hacia las personas que no les dieron el afecto que necesitaban**. Esta necesidad de agresión, luego se dirige al medio por el mecanismo de la proyección, y en varios casos, ésta

agresión se dirige a sí mismo ya que es más aceptable para la conciencia que esta agresividad sea dirigida a ellos mismos que a otros.

13. **Esta necesidad de agresión se da como una venganza hacia las personas que lo rechazaron**, entonces se vuelve rebelde con los padres, y encuentra que una buena manera de vengarse es consumiendo alcohol, ya que los padres se preocupan por este comportamiento, y los desprestigian ante los demás.
14. Además pudimos notar que **el volverse alcohólico es un acto agresivo** dirigido a la propia persona, ya que talvez el más perjudicado sea la persona que consume. Vemos que en los pacientes alcohólicos existe gran agresividad hacia sí mismos, ya que se sienten responsables por no haber sabido ganarse el afecto de sus seres queridos. Esta agresividad a sí mismos los lleva en ocasiones a depresión, ya que existe un deseo de autodestrucción en su interior.
15. El **regresar a la fase oral mediante el alcohol** sirve al alcohólico como medio para evadir sus problemas, le **regresa a la paz del seno materno**, el beber alcohol es una búsqueda del seno de la madre.
16. Los pacientes se ven afectados en todos sus aspectos, y uno de ellos es la sexualidad, encontramos que la mayoría de los pacientes alcohólicos **(20 pacientes) tienen conflictos sexuales** y esto viene **muy ligado a los conflictos con el autoimagen ya por estar deteriorada, afecta a su desempeño sexual**; no se sienten adecuados sexualmente, esto, sumado a que el alcohol disminuye el desempeño sexual, hace que los pacientes sufran conflictos sexuales.

17. En los **conflictos sexuales podemos ver además, que muchos de ellos vienen de una homosexualidad latente**, que los persigue y les llena de ansiedad, la cual algunos tratan de calmar involucrándose en muchas relaciones amorosas, para demostrarse que no tienen deseos homosexuales, debemos mencionar que estos deseos son inconscientes.
18. En los pacientes alcohólicos pudimos ver que se encuentran **presentes rasgos paranoicos** en gran parte de los casos, esto se dio por proyectar lo que él mismo hace, también se da por sentir que como tiene conflictos sexuales su pareja le será infiel, piensa que su pareja buscará a alguien mejor que él (al cual admira mucho) y cuando seguimos el análisis hasta el fondo vemos, que estos rasgos paranoicos vienen de celar no a su pareja si no a su supuesto rival.
19. **Pudimos comprobar también que en algunos pacientes el conflicto con las figuras materna y paterna se agravaba por un Edipo no resuelto**, en el que se odiaba a su rival, es decir, el padre del sexo contrario.
20. Ante la agresividad, las necesidades orales, los conflictos con las figuras materna y paterna, **en algunos casos el superyó de los pacientes pedía castigo por su mal comportamiento**, en éstos casos la culpa era muy grande, y existían grandes necesidades de ser perdonados, aunque en verdad lo que más necesitaban es su propio perdón.
21. **El que en las historias se presenten necesidades de superación y ayuda fue un factor positivo para su recuperación**. En los **doce casos** en los que existían estas necesidades, los pacientes se

esforzaban más para su recuperación, su colaboración fue mucho mayor que la que existió en los casos en los que no existían estas necesidades.

22. **El mecanismo de defensa más usado fue la regresión**, lo que comprueba que el alcohólico sufre una regresión de tipo oral, al seno materno.
23. En el caso **"Anabel" el Edipo no resuelto le llevaba a buscar un hombre como su padre**.
24. La **homosexualidad latente de "Anabel"** se pudo confirmar, en su recuerdo del **beso con su prima**.
25. **La oralidad se dio por una regresión a la etapa en que se sintió amada por su madre** y en la que no necesitaba ganarse el afecto de ella, ya que lo tenía.
26. Los **conflictos sexuales** de la paciente fueron originados por la culpa de **deseos inconscientes** a sus primos principalmente.
27. La **depresión de "Anabel" se dio por reprimir la ira** que sentía ante su situación y dirigirla a sí misma.
28. **Las necesidades afectivas no satisfechas de "Anabel" le llevaron a refugiarse en la oralidad**.

Con este trabajo hemos querido presentar de una forma dinámica la personalidad de un paciente alcohólico, para ello hemos utilizado como medio de investigación el T.A.T. y para comprobar los datos obtenidos hemos realizado un seguimiento terapéutico en el que hemos interpretado junto con el paciente las historias del T.A.T. esta interpretación no se la hizo directamente

sino que se la daba cuando el paciente estaba muy cerca de la interpretación y estaba preparado para recibirla, además lo más interesante fue que ellos mismos llegaban a la interpretación del T.A.T y cuando este se interpretaba completamente se daba por terminada la terapia. Es así que los resultados que se presentaron fueron completamente comprobados en las entrevistas.

BIBLIOGRAFÍA:

-ANDOLFI Mauricio, ZWERLING Israel, *Dimensiones de la Terapia Familiar,* ediciones Paidos, Barcelona, Buenos Aires México, (sin año de publicación.)

-ANZIEU Didier, *Les Méthodes Projectives*, PUF, Paris, 1973, Traducido al español por Gerardo PEÑA CASTRO, para uso interno de los alumnos de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, Cuenca 2000.

-BELLAK Leopoldo, *El uso clínico de las pruebas psicológicas del T.A.T, C.A.T, S.A.T*, editorial El Manual Moderno, S.A, 1990.

- *DSMlV-TR*. *(Trastornos Relacionados con sustancias),* Mason, S.A, Barcelona, España, 2001.

- *El alcoholismo 1*, www.monografías.com, 2006.

- *El alcoholismo 2*, www.monografías.com, 2006.

-*El Alcoholismo, Explicaciones Psicológicas del Alcoholismo,* www.rincondelvago.com, 2006.

- FADIMAN James, FRAGER Robert, *Teorías de la personalidad,* Oxford University press, México, 2001.

- MARTÍN Francisco Ramón, MD, *Explicación Psicoanalítica del Alcoholismo,* www.alfinal.com, 2006.

- TORO GREIFFENSTEIN Ricardo José y YEPES ROLDÁN Luis Eduardo, *Fundamentos de Medicina, Psiquiatría*, Corporación para investigaciones biológicas, Medellín, Colombia, 2004.

-TORRES DE LUGEA, Susana-Ruso, Susana Laura. *Test de Apercepción Temática TAT una lectura Psicoanalìtica*. Editorial Biblios, (sin año de publicación.)

- www.consep.gov.ec/comunicacion, 2006.

ANEXOS

Página

Anexo 1: Guía de la Historia Clínica..... 1

Anexo 2: Láminas del T.A.T. utilizadas..... 4

Anexo 3: Categorías de Calificación..... 21

ANEXO 1.GUÍA DE LA HISTORIA CLÍNICA

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

1. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos:

Sexo:

Edad:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Estado civil:

Religión :

Instrucción:

Profesión / Ocupación:

Domicilio:

Responsable:

2. MOTIVO DE CONSULTA O INGRESO

3. FUENTE DE INFORMACIÓN.

4. **PADECIMIENTO ACTUAL.**

5. **INTERROGATORIO DEL ESTADO ACTUAL DE APARATOS Y SISTEMAS.**

6. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

7. ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES.

8. CONDICION SOCIOECONÓMICA.

9. PSICOBIOGRAFIA.

Niñez, adolescencia, edad adulta, relación con los padres, relación con los hermanos, relación con los profesores o figuras de autoridad, relación con pares, vida sexual, relaciones sentimentales, relación con Esposa (o)(de existir), relación con Hijos (de existir), edad y motivo de inicio de consumo de alcohol, enfermedades, accidentes o hechos importantes.

FAMILIOGRAMA

10. EXAMEN PSICOLÓGICO.

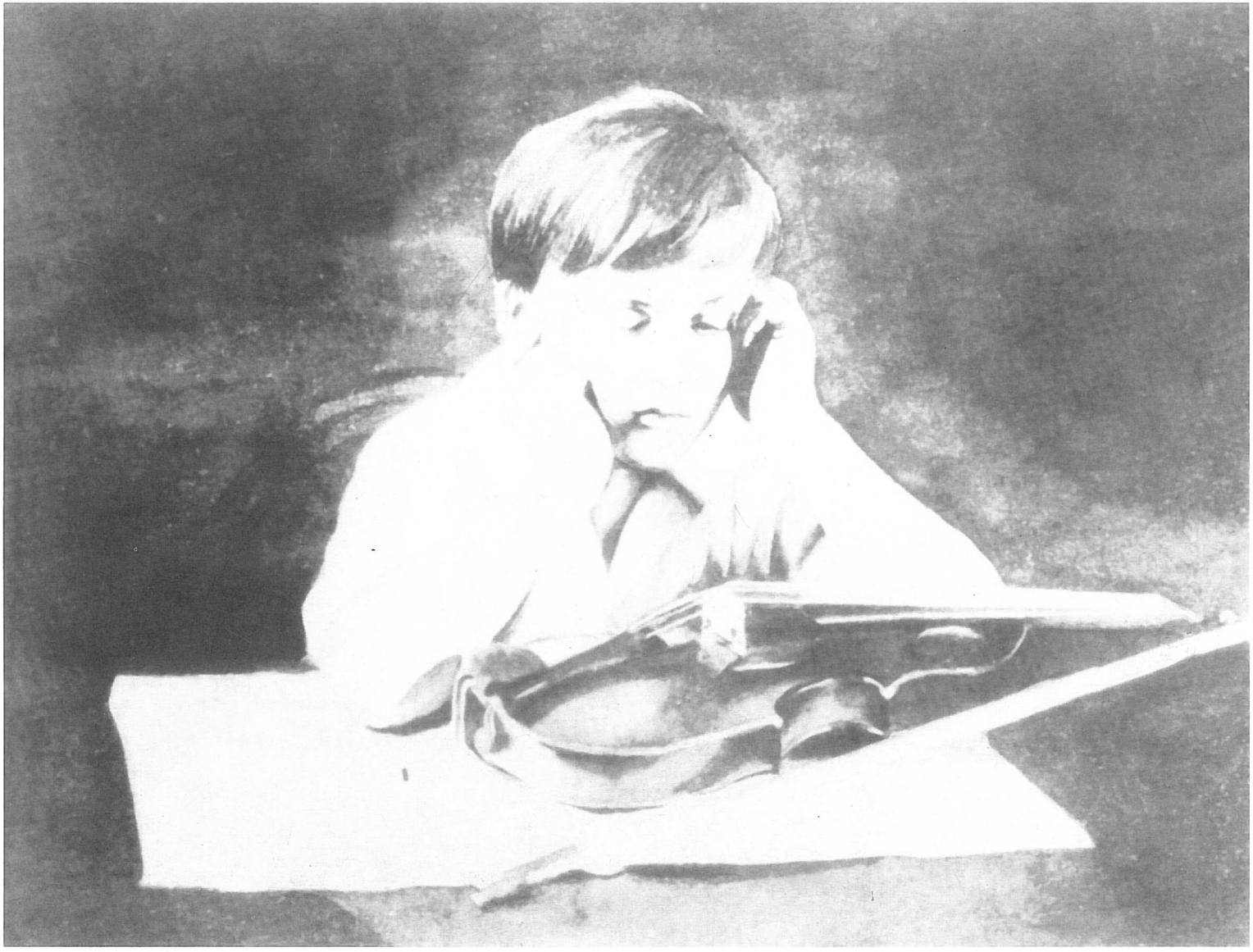
Su estado de conciencia, su memoria, atención, concentración, comprensión, su inteligencia, su lenguaje, tono de voz, su pensamiento, ilusiones, alucinaciones, o cualquier otro trastorno de la sensopercepción, sueño, autoestima, juicio de autocrítica y de heterocrítica.

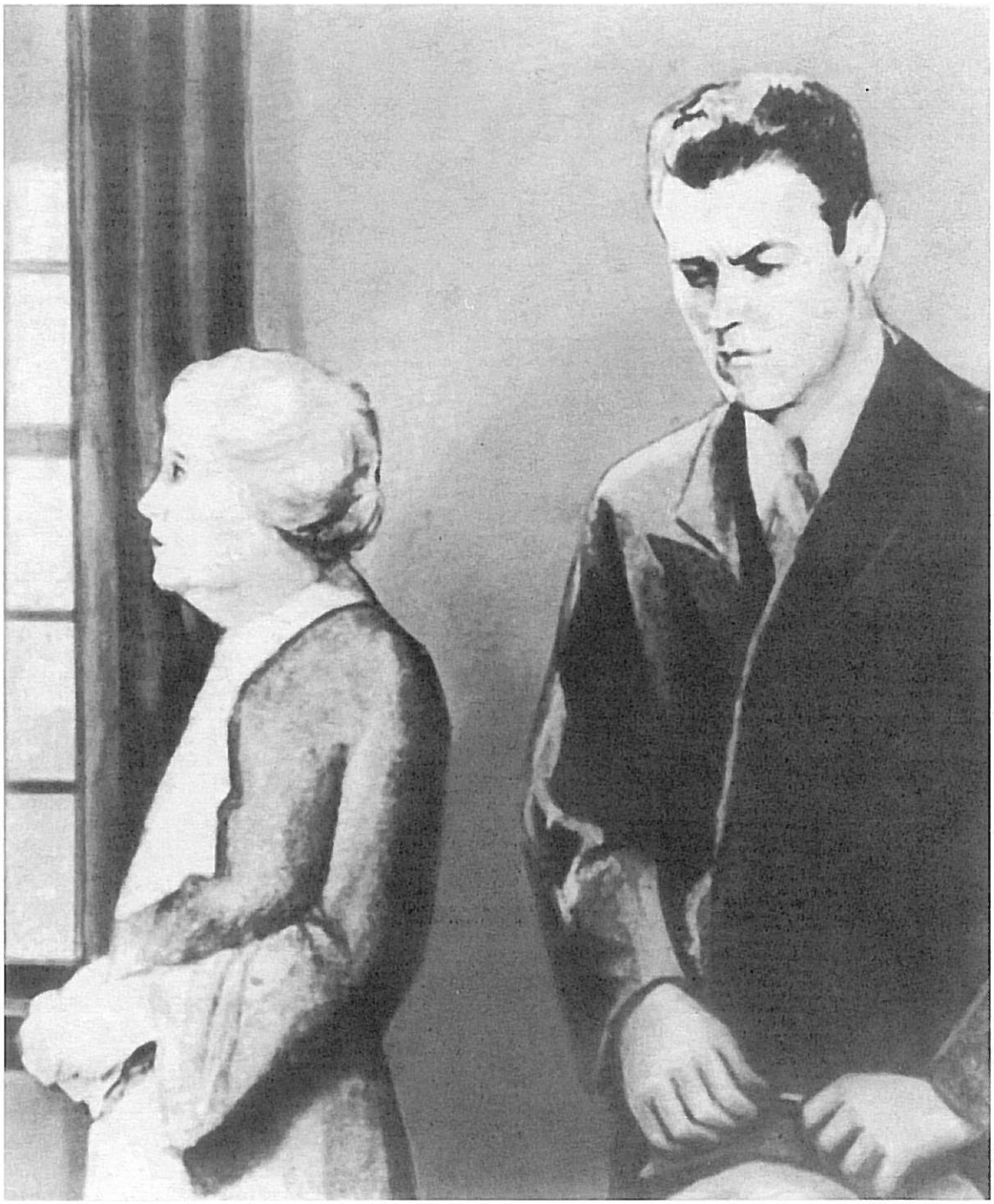
11. EXAMEN FÍSICO

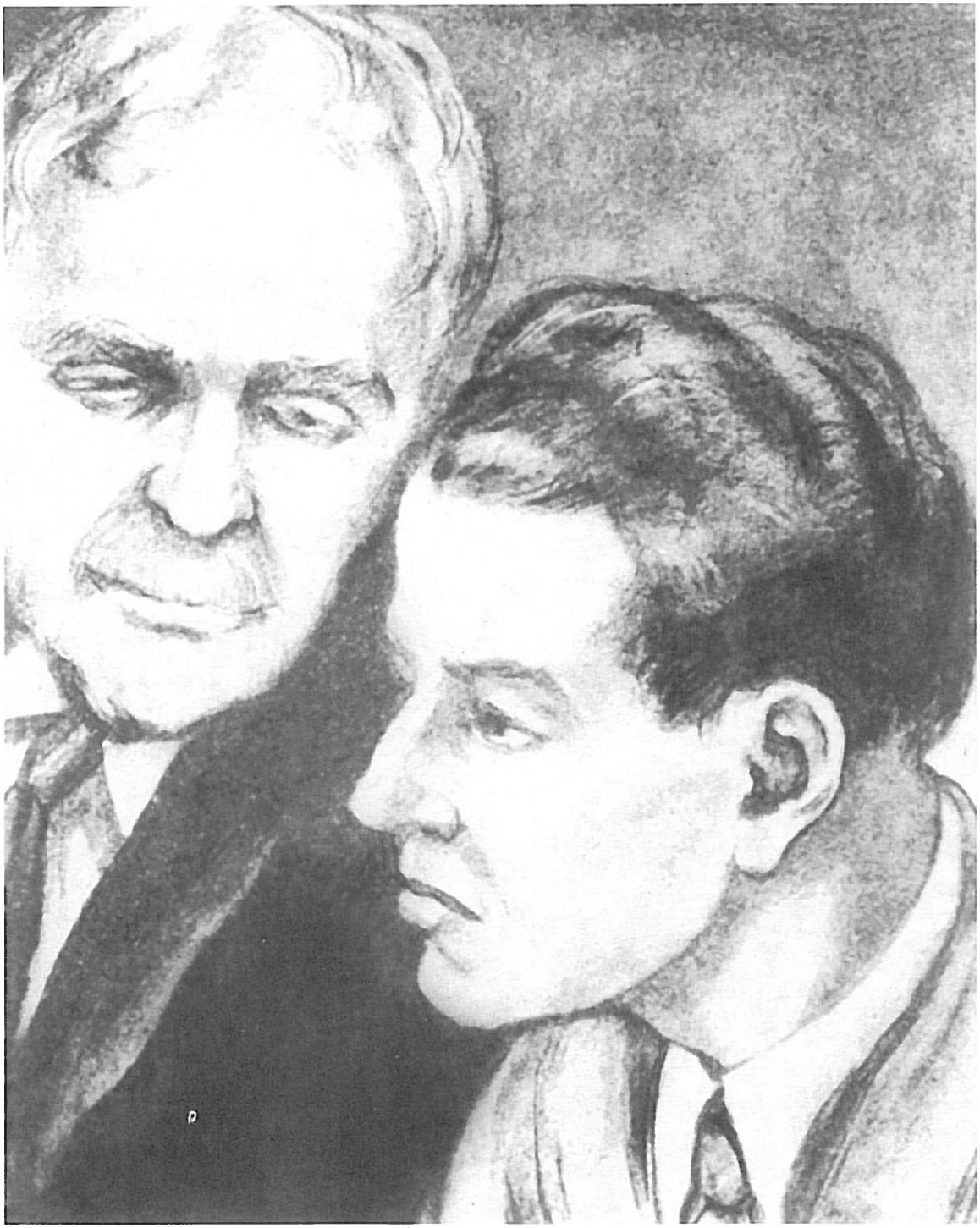
12. EXAMEN NEUROLÓGICO

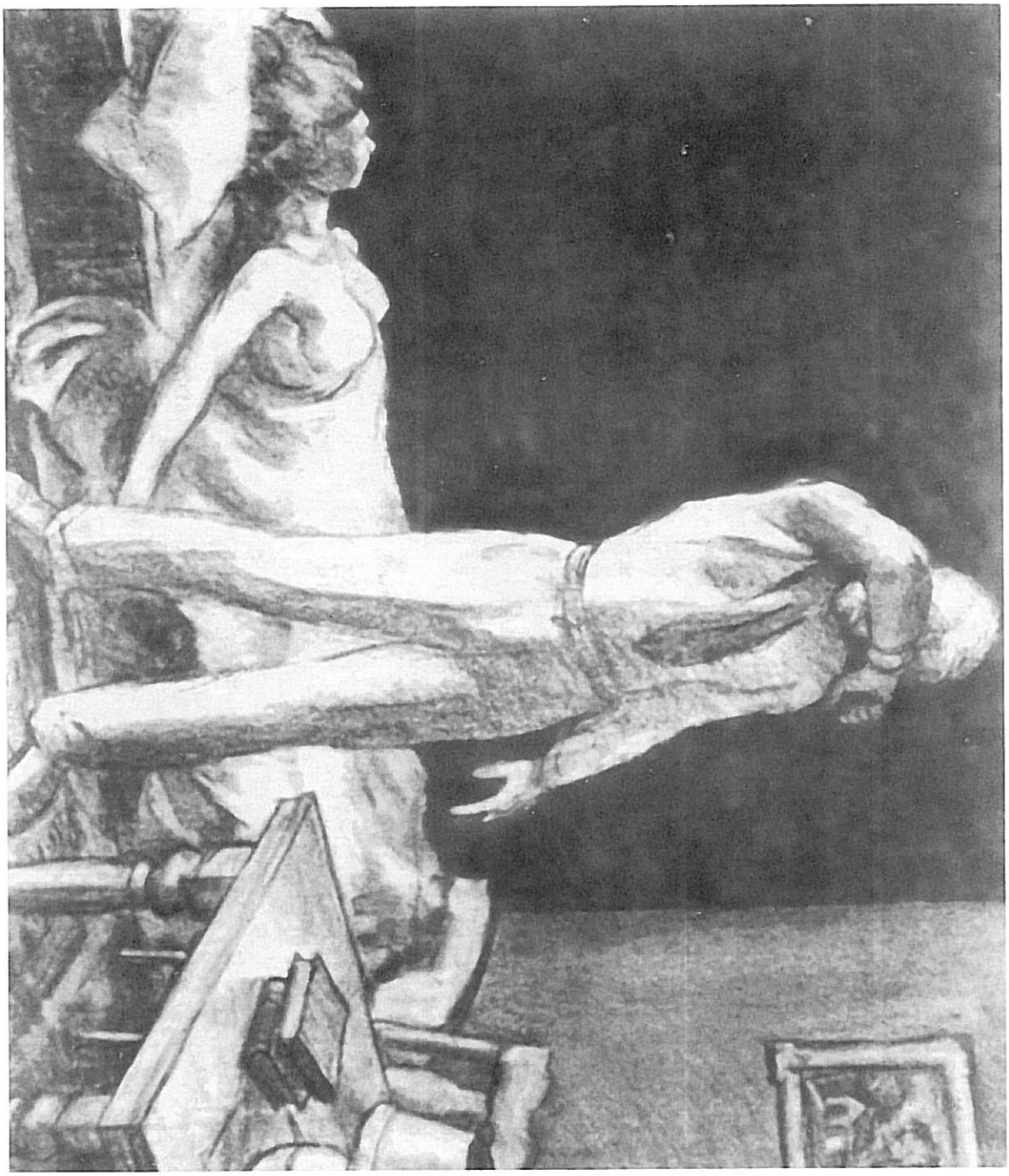
Para la evaluación de los pacientes se utilizó como reactivo el T.A.T., por ello en esta Historia Clínica no agregamos diagnóstico presuntivo ya que este se obtuvo al finalizar el análisis del caso.

ANEXO 2. LÁMINAS DEL T.A.T. UTILIZADAS









ANEXO 3: CATEGORÍAS DE CALIFICACIÓN

Nombre _____ Historia N°_____Lam del TAT N°_____

1.**Tema principal**:

2.**Héroe principal:**
edad:_____sexo:_____vocación:_____
intereses_____rasgos_____habilidades_____
adecuación( )_____imagen corporal/concepto de sí mismo_____

3.**Necesidades e impulsos principales del héroe:**
a)Comportamiento necesario del héroe (tal como aparece en la historia):_____
_____
inferencia dinámica:_____
b)Personajes, objetos o circunstancias introducidos:_____
_____
implicando necesidades de o para:_____
_____
c)Personajes, objetos o circunstancias omitidos:_____
_____
implicando necesidad de o para:_____

4.**Concepto del medio ambiente (el mundo) como**:_____

5. **Figuras paterna y materna**(mas.__fem.__)vistas como_____y la relación del sujeto es_____
Figuras de sus contemporáneos(mas.__fem.__)vistas como_____y la relación del sujeto es_____
Figuras infantiles(mas.__fem.__)vistas como_____y la relación del sujeto es_____

6. **Conflictos significativos**:_____
_____

7. **Naturaleza de las ansiedades:** ( )
de daño físico, castigo o ambos_____de enfermedad o lesión_____
de desaprobación_____de pérdida o carencia_____
de falta o pérdida de amor_____de ser destruido_____
de ser abandonado_____de ser abrumado y dejado sin ayuda_____
otros_____

8. **Defensas principales contra los conflictos y temores**: ( ).
Represión_____formación reactiva_____racionalización_____aislamiento_____regresión_____
Introyección_____negación_____anulación_____otros_____

9. **Adecuación del superyó que se manifiesta a través del "castigo" por el "crimen" cometido**( )
apropiado_____inapropiado_____
demasiado severo(indicado también por el castigo inmediato):_____
inconsistente_____muy indulgente_____
además_____
tiempo de reacción alargado o pausas_____
tartamudeo_____otras manifestaciones de la interferencia del superyó_____

10 **Integración del yo , manifiesta en sí misma( ) (ver también la escala de funcionamiento del yo)**
adecuación del héroe_____desenlace: feliz_____infeliz_____
real_____irreal_____
solución: adecuada_____inadecuada_____
procesos del pensamiento revelados por la organización del argumento( )
estructurado_____inestructurado_____estereotipado_____original_____apropiado_____
racional_____bizarro_____completo_____incompleto_____inapropiado_____

Inteligencia: ( ) superior___superior al promedio___promedio___inferior al promedio___deficiente___