

616.8917
D2247

16



UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTIAGO DE
GUAYAQUIL

INFORME FINAL DE LAS PRÁCTICAS CLINICAS
REALIZADAS EN EL PERIODO 2010 – 2011

Tema:

“La trasgresión como síntoma de experiencias históricas de abandono y rechazo: Estudio sobre un grupo de adolescentes transgresoras, en una institución estatal.”

Integrantes:

- Ana Belén Darquea Rivera
- Gina Fernández Garzón

Director De Practicas:

Psic. José Acosta

2011

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 TEORÍA PSICOANALÍTICA

1.1.1 Conceptos Fundamentales Del Psicoanálisis

- a. Síntoma
- b. Inconsciente
- c. Complejo de Edipo
- d. Pubertad y Adolescencia
- e. El duelo
- f. Asociación libre
- g. Manifestaciones de Angustia
- h. Mecanismos de defensa

1.2 TEORIA COGNITIVO CONDUCTUAL

1.2.1 Postulados de La Escuela Cognitivo – Conductual

CAPITULO II: ANÁLISIS INSTITUCIONAL

2.1 CENTRO DE ADOLESCENTES INFRACTORAS

- 2.1.1 Antecedentes
- 2.1.2 Objetivos de la Institución
- 2.1.4. Población Atendida
- 2.1.5. Problemas Más Frecuentes
- 2.1.6. Experiencia en la Institución

CAPITULO III: ASPECTO PSICOPATOLÓGICO

CAPITULO IV: CONCLUSIONES

INFORMES PSICOLOGICOS

BIBLIOGRAFIA

Introducción

A lo largo de la carrera muchas veces hemos encontrado un adolescente que sufre y está expuesto a una serie de situaciones que no entiende. Su cuerpo que "grita", se deprime o presenta ansiedad. Su mente en muchas ocasiones está turbada porque no sabe cómo manejar lo que pasa en el resto de su cuerpo. Ante esto debemos tener el coraje de mirar más allá de lo aparente, y tener franqueza para engañar la racionalidad, puesto que esta 'sintomatología muda' es la que necesitamos dilucidar.

Freud nos habla en La Metamorfosis de la pubertad, acerca de la sexualidad y nos dice que en la infancia comienzan las primeras experiencias en las que interviene lo pulsional con las primeras satisfacciones. Nos habla de un segundo inicio de la vida sexual, que conlleva una metamorfosis del sujeto.

"Con el advenimiento de la pubertad comienzan las transformaciones que han de llevar a la vida sexual infantil hacia la definitiva constitución normal"

Freud analiza la pubertad como una serie de transformaciones. Se trata de una nueva forma, de una nueva organización.

Es necesario realizar una diferenciación con respecto al término pubertad y adolescencia. Se las puede entender como dos tiempos lógicos. En la pubertad se hace referencia a lo biológico, a lo pulsional, la transformación del cuerpo. Adolescencia es un hecho del discurso, es situar al sujeto en un tiempo de cambio en la estructura de su personalidad. Es así que todas esas transformaciones que a nivel corporal se van dando generan cambios a nivel de las estructuras psíquicas. Toda esta crisis implica una organización y reorganización estructural permanente.

Entonces, ¿qué sucede cuando el adolescente ha tenido una infancia conflictiva? ¿Familias disfuncionales, abandonos, rechazos, abusos? ¿Cómo atraviesa estos tiempos lógicos que ya de por sí causan angustia?

Es ahí donde encontraremos jóvenes que se mantienen al margen, en el límite/borde de lo social. Transgrediendo todas las normas que se presenten a su paso. En el colegio, con sus familias con sus amigos.

A continuación el presente trabajo muestra los resultados de la investigación desarrollados durante la práctica clínica, en un centro de adolescentes infractoras en la ciudad de Guayaquil.

En primera instancia se desarrollo un Plan de actividades constituido en nuestras prácticas pre-profesionales para trabajar dentro de la institución. El plan estuvo básicamente enfocado en dos tipos de actividades: la prevención primaria (promoción, psicohigiene y psicoprofilaxis) y la prevención secundaria (diagnóstico e intervención psicológica).

Por definición conocemos que la institución es una red simbólica, compuesta por un conjunto de normas dentro de una estructura dinámica que tiene fines como la regulación y mantenimiento de relaciones intersubjetivas para asegurar a los miembros que participan de ella la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades. En ella se pueden manifestar insatisfacciones, quejas, mecanismos defensivos, puesto que interviene el inconsciente de cada uno de los miembros que la conforman.

En el caso específico de las prácticas clínicas el encierro marca un rasgo en el modo operativo. Es en esta instancia donde analizaremos a partir del discurso de estas jóvenes su historia, sus identificaciones, y como esos sentimientos de abandono y rechazo las lleva a la trasgresión.

Objetivos/Hipótesis

Como objetivo principal en el trabajo se propone analizar las conductas disociales que presentan las adolescentes. Cuáles son sus motivaciones, que las lleva a transgredir la norma constantemente; y vincular estas conductas con su historia particular. Las cuales presentan en su mayoría un discurso cargado de sentimientos de culpa, depresión y resentimientos; causados por el rechazo y abandono constante por parte de sus familiares, amigos, etc.

Estas chicas han crecido en un hogar inestable e inapropiado, abandonan sus hogares en búsqueda de falsos sustitutos protectores y placeres inmediatos. Sus vivencias conllevan a que las adolescentes presenten conductas y comportamientos transgresores, que serán motivo de su ingreso al centro de adolescentes infractoras de la ciudad de Guayaquil.

Este centro, es el escenario en el cual tuvimos la oportunidad de intervenir como practicantes de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para así plantear los objetivos de estudio y comprobarlas por medio de esta práctica.

Las adolescentes recluidas en este centro, pertenecen a un status social bajo y vienen de hogares disfuncionales. Las infracciones cometidas por estas chicas varían entre asesinatos, pandillas, drogadicción, robos, prostitución, etc., que pueden ser causales perfectos para ser ingresadas a las cárceles del país, pero esto no se da, ya que son menores de edad.

Capítulo I

Marco referencial teórico

TEORÍA PSICOANALÍTICA

Conceptos Fundamentales Del Psicoanálisis:

- **Síntoma**

Los síntomas clínicos de los conflictos neuróticos son o bien una expresión directa de la actividad de las fuerzas defensivas, es decir, manifestaciones de las contracatexis, o síntomas que surgen de la insuficiencia relativa del yo en el estado de estancamiento.

La teoría psicoanalítica explica la vía de formación de síntomas, que en un sentido amplio, comprende no solo el retorno de lo reprimido a manera de “formaciones sustitutivas” o de “formaciones de compromiso”, sino también como “formaciones reactivas”. Recordemos que Freud define la inhibición como una limitación normal de la función del yo, y el síntoma como una manifestación (o un signo) de la modificación patológica de esas mismas funciones. El síntoma puede estar o no vinculado a una inhibición, y en general es el sustituto de una satisfacción pulsional que no se ha producido.

El psicoanálisis parte de la manifestación y del contenido del síntoma individual; y ha sido el primero en comprobar que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo.

El síntoma así como el sueño y el acto fallido, constituye una formación de compromiso entre las representaciones reprimidas y las instancias represoras y adopta formas particulares según el tipo de patología.

Lacan decía que la neurosis es una enfermedad que habla y el dispositivo analítico que provoca al síntoma para hacerlo hablar hasta las últimas consecuencias.

La actividad de las fuerzas defensivas puede manifestarse de diversas maneras. En primer lugar, las angustias y los sentimientos de culpa que motivan la defensa pueden ser conscientes como tales, si bien la persona no sabe que es lo que produce su temor o le hace sentirse culpable.

Las otras manifestaciones de las contraccatexis difieren de acuerdo con el mecanismo de defensa utilizado. Los productos de la negación y la proyección se manifiestan como tales. La introyección se expresa en forma de identificación; la represión se manifiesta en las lagunas que presentan los pensamientos, sentimientos, recuerdos y patrones de conducta del paciente, o en la intensidad con que son mantenidas las formaciones sustitutivas. Las formaciones reactivas se delatan por su carácter rígido, lo que no impide, sin embargo, que sean a menudo perforadas; la anulación y el aislamiento forman los deseos y la conducta de la personalidad. Pero todas las defensas patógenas estructuran personalidad. Pero todas las defensas patógenas estructuran resistencias contra toda tentativa de trabar su acción. Algunas de las manifestaciones de las defensas, al mismo, constituyen regularmente expresiones de las fuerzas rechazadas.

Los síntomas de la insuficiencia relativa del yo creados por el estado de estancamiento toman el nombre de síntomas neuróticos-actuales, y son muy análogos a los síntomas de las neurosis traumáticas, ya que la disminución en la descarga, resultante del conflicto defensivo, crea la misma situación que es originada, por otro lado, por el aflujo incrementado de estímulos característicos del trauma.

Hay síntomas negativos, que consisten, en inhibiciones generales de las funciones del yo, 'cuyo origen puede hallarse en una disminución de la energía disponible, a causa de la energía consumida en la lucha defensiva', y síntomas positivos, que consisten en sensaciones dolorosas de tensión y descargas de emergencia que representan tentativas de liberarse de la tensión 'entre las que se cuentan las crisis emocionales de angustia y rabia' y que dan lugar a perturbaciones del sueño a causa de la imposibilidad de relajamiento¹.

¹ Otto Fenichel/ Teoría psicoanalítica de las neurosis/pág. 335

- **Inconsciente**

Con esta palabra podemos designar, en primer lugar, todo contenido mental que no se encuentra en la conciencia y al que el sujeto únicamente puede acceder con dificultad. Pero, en segundo lugar, este término también se usa para designar uno de los sistemas del aparato psíquico: es la parte no consciente que sólo puede ser consciente con grandes esfuerzos por parte del sujeto y en particular, gracias al trabajo de la terapia. En el inconsciente se encuentran los deseos, instintos y recuerdos que el sujeto reprime por resultarle inaceptables, fundamentalmente a causa de sus propias valoraciones morales.

El psicoanálisis nos ha revelado que la esencia del proceso de la represión no consiste en suprimir y destruir una idea que representa al instinto, sino en impedirle hacerse consciente. Por lo que esta idea estará en un ser inconsciente.

Justificación del concepto de lo inconsciente:

El supuesto de lo inconsciente es necesario y legítimo y poseemos pruebas de su existencia. a) Es necesario. Los datos de la conciencia son lagunosos; en sanos y enfermos aparecen actos anímicos que presuponen actos no conscientes. No sólo actos fallidos, sueños y síntomas; ocurrencias y actos de pensamiento de trámite desconocido. Se gana en sentido y coherencia, sobre este supuesto se puede construir un método terapéutico exitoso. Entonces es una presunción insostenible que todo lo anímico es consciente. En cada momento el contenido consciente es exiguo, la mayor parte del conocimiento consciente debe estar en estado de latencia o inconsciente (recuerdos latentes) Se podría decir que esto latente no es psíquico, sino restos somáticos desde lo cual lo anímico puede resurgir. I. Al contrario, el saldo es de un estado psíquico. II. Este argumento posee una fórmula escondida: todo lo psíquico es consciente. Esto es o bien una petición de principio o bien una nomenclatura o convención. Como convención es inadecuada, desgarrar continuidades psíquicas, nos hunde en el

paralelismo psicofísico, sobreestima sin razón el papel de la conciencia y abandona precozmente el ámbito de la investigación psicológica sin resarcirnos en otro campo. Como físicos son inasequibles; por otra parte tienen la más alta conexión con los procesos conscientes, pueden ser transpuestos, ser sustituidos por éstos. Admiten ser descriptos bajo las categorías de los fenómenos conscientes (representaciones, aspiraciones, decisiones) Por ello se los toma como objeto de indagación psicológica y en íntimo contacto con lo consciente.

Son aquellos actos que noto en mí y no puedo insertar en mi concatenación anímica deben juzgarse como si pertenecieran a otra persona que posee vida psíquica; no descubriría así un inconsciente sino otra conciencia. Entonces no prueban la existencia de una otra conciencia sino de actos psíquicos que carecen de conciencia. Entonces los actos psíquicos son en sí inconscientes, y su percepción por la conciencia se compara con la percepción del mundo exterior por los órganos sensoriales.

La multivocidad de lo inconsciente y el punto de vista tópico:

Existen actos psíquicos de muy diversa dignidad que sin embargo coinciden en cuanto ser inconscientes. Usamos la palabra consciente e inconsciente ora en el sentido descriptivo ora en el sistemático, en cuyo caso significa pertenencia a sistemas determinados y dotación con ciertas propiedades. Abreviaturas CC (consciente) e ICC (inconsciente) cuando se trate de la segunda acepción. Todo proceso psíquico pasa por dos fases, entre las cuales opera un examen (censura) En la primera fase es inconsciente y pertenece al sistema inconsciente, y es rechazado por la censura, se le deniega el paso a la segunda fase, entonces es reprimido y permanece en A, si sale airoso pasa a CC pero sólo es susceptible de..., entonces también se lo llama PRCC (preconsciente), si existe alguna censura entre CC y PRCC deberá distinguirse entre ellos. Entonces el psicoanálisis se ha distinguido de la psicología descriptiva de la CC por un punto de vista dinámico, el tópico (ubicación de los sistemas o entre los cuales se consuma un proceso psíquico) y el económico. Nuestra tópica provisionalmente nada tiene que ver con la anatomía. Se refiere a regiones del aparato psíquico donde quiera que estén situadas dentro del cuerpo y

no a localidades anatómicas. Se marca la disyuntiva entre una consideración tópica y otra funcional. Se dan argumentos clínicos a favor de la primera pero no son convincentes.

Emociones inconscientes

Una pulsión nunca puede pasar a ser objeto de la conciencia, sólo puede serlo la representación que es su representante. Si no saliese a la luz como adherida a la representación o como estado afectivo nada sabríamos de ella. No existe moción pulsional reprimida. Hay una moción pulsional cuya agencia representante – representación es ICC. ¿Y las sensaciones y sentimientos? Un sentimiento es por tal sentido y entonces la CC es inherente a su esencia. Puede ocurrir que una moción de afecto o de sentimiento sea percibida pero erradamente por la represión de su representante genuino debe enlazarse con otro y entonces la CC lo tiene por exteriorización a este último. Cuando se restaura el nexo se dice moción afectiva ICC, pero el afecto nunca lo fue, sólo su representación. Tres destinos del afecto en relación al uso del término ICC: a) El afecto persiste. b) Es mudado en un monto cualitativamente diferente (angustia, 1ra teoría) c) Es sofocado, se estorba su desarrollo. En cuanto a c) a una moción tal se la llama ICC pero reviste una diferencia con la representación reprimida, no tiene existencia real sino como amago. Entonces no hay afectos ICC como los hay representaciones ICC mas puede haber formaciones de afecto que devengan consientes, sólo que una representación es investidura de huellas mnémicas mientras que los afectos son procesos de descarga que se viven como sensaciones.

Tópica y dinámica de la represión

La representación es un proceso que se cumple sobre representaciones en la frontera de los sistemas ICC y PRCC (CC) Se trata de una sustracción de investidura. ¿En qué sistema y a cuál pertenece la investidura? La representación reprimida sigue teniendo capacidad de acción, por tal, ha conservado su investidura. ¿Qué se ha sustraído? Algo diverso. En el esfuerzo de dar caza (secundaria) sobre la representación PRCC o CC se ha de sustraer la investidura PRCC que pertenece al sistema PRCC. Queda desinvertida y mantiene o recibe una investidura ICC (se ha desarrollado aquí un punto de vista funcional) Pero necesitamos de otro supuesto pues dos

cuestiones no reciben respuesta: la permanencia de la represión y la represión primordial donde no hay sustracción. Es la conrainvestidura, mediante la cual el PRCC se mantiene libre del asedio ICC. Ésta opera en el interior del PRCC. Representa el gasto permanente de energía de la represión primordial garantizando su permanencia. Se suma en la represión secundaria la sustracción de libido PRCC que se aplica luego probablemente a la conrainvestidura. Se delinea un tercer punto de vista, el económico, que persigue los destinos de los montos de excitación.

Descripción del proceso represivo en las tres neurosis de transferencia. (Se intercambian libido e investidura pues se trata de los destinos de la pulsión sexual).

Las propiedades particulares del sistema inconsciente:

El núcleo del ICC consiste en agencias representantes de pulsión que quieren descargar su investidura, son mociones de deseo. Éstas subsisten unas junto a otras sin influirse ni contradecirse. Aquí no existen negación, duda ni certeza. Esta es un sustituto de la represión en un nivel más alto. En el ICC sólo hay contenidos más o menos investidos. Hay mayor movilidad de investiduras. Operan el desplazamiento (una representación puede entregar a otra su investidura) y la condensación (una representación puede recibir montos de más de una representación) Su nombre es el de proceso primario. En el PRCC rige el proceso secundario. Cuando el proceso primario opera sobre elementos PRCC aparece como cómico y mueve a la risa. Sus procesos son atemporales, no se arreglan en un ordenamiento temporal, no son modificados por éste, no tienen relación con él. No conocen un miramiento por la realidad, se someten al principio de placer – displacer. No contradicción (negación), proceso primario, carácter atemporal, sustitución de la realidad exterior por la psíquica, influencia plástica sobre procesos somáticos (Groddeck) En contraposición los procesos del sistema PRCC exhiben una inhibición de la proclividad a la descarga propia de representaciones investidas. Cuando se pasa de una representación a otra la primera retiene una parte de su investidura y sólo una pequeña porción experimenta el desplazamiento. Breuer calificó estos dos estados de ligado, tónico y móvil, libre y proclive a descargarse. En el sistema PRCC hay una capacidad de comercio entre

representaciones, se influyen, hay ordenamiento temporal, se introduce la censura, hay examen de realidad e impera el principio de realidad.

El comercio entre los dos sistemas:

El ICC es algo vivo, susceptible de desarrollo y mantiene con el PRCC toda una serie de relaciones. El ICC se continúa en los llamados retoños, es asequible a las vicisitudes de la vida, influye de continuo sobre el PRCC y está sometido a influencias de su parte. Entre los retoños los hay que reúnen características diferentes dentro de sí. Presentan una alta organización, están exentos de contradicción, han aprovechado todas las adquisiciones del sistema CC. Por otra son ICC e insusceptibles de devenir CC. Entonces cualitativamente son PRCC pero de hecho ICC. De esa clase son las fantasías, etapas previas del sueño y el síntoma, reprimidas. Otros retoños de gran organización son las formaciones sustitutivas que no obstante logran penetrar la CC merced a una relación favorable, por ejemplo coincidencia con contrainvestidura del PRCC. Un sector muy grande del PRCC proviene del ICC, son sus retoños, pero sucumbe a la censura antes de devenir CC. Otro sector puede devenir CC sin censura entonces hay una censura PRCC – CC. Quedan desechadas las transcripciones. La condición de CC no es idónea para diferenciar los sistemas. La primera censura funciona contra el ICC mismo, la segunda contra sus retoños PRCC (están desfigurados pero conservan caracteres que invitan a la represión) La clínica lo muestra. Se exhorta al paciente a formar profusos retoños y lo comprometemos a vencer las objeciones de la censura. Derrotando ésta se abre paso a la cancelación de la represión.

- **Complejo de Edipo**

En uno y otro sexo, el complejo de Edipo puede ser considerado como el apogeo de la sexualidad infantil; la evolución erótica conduce, desde el erotismo oral, a través del erotismo anal, a la genitalidad, así como el desarrollo de las relaciones de objeto a partir de la incorporación parcial y las ambivalencias, hasta el amor y el odio, culminan en las tendencias edípicas, que por regla general se expresan en una masturbación genital cargada de culpa. La

superación de estas tendencias, que serán reemplazadas por la sexualidad adulta, es el prerrequisito de la normalidad, mientras que el hecho de aferrarse inconscientemente a las tendencias edípicas es característico de la psique neurótica.

En los casos individuales el “amor hacia el progenitor del sexo opuesto” y los “deseos de muerte dirigidos contra el progenitor del mismo sexo” pueden significar cosas diferentes, dependiendo el aspecto particular de cada caso, una vez más, de la constitución y la experiencia. El estudio de las experiencias formativas ofrece una diversidad tal de casos que su examen resulta una tarea nada fácil. No solo debemos tomar en cuenta la considerable diferencia existente entre las distintas personalidades de los padres, sino también el hecho de que los conceptos de amor y muerte varían de un niño a otro. El amor se compone de multitud de elementos, y la acentuación relativa de cada uno de estos componentes puede variar considerablemente; la muerte puede ser concebida de muchos modos; un deseo de muerte puede incluso ser sexualizado sádicamente y por lo tanto servir de expresión, al mismo tiempo, al complejo de Edipo negativo.

No existe percepción que no adquiera inmediatamente vinculaciones emocionales. Todas las experiencias, por ello, toman parte en el proceso de determinar la forma especial del complejo de Edipo, tanto las experiencias del periodo que corresponde a la etapa fálica como las experiencias anteriores, que pueden dar al complejo de Edipo un tinte pregenital, a través de las fijaciones. Son tan importantes las experiencias excepcionales, traumáticas, como las influencias crónicas.

Las experiencias traumáticas, especialmente destacadas por el psicoanálisis desde el origen mismo de este, constituyen a menudo el factor decisivo si el complejo de Edipo no ha sido superado de una manera normal.

Puesto que estamos hablando de tendencias genitales, son los factores genitales los que deben considerarse en primer término. La genitalidad de los niños puede ser despertada prematuramente mediante la seducción, y la intensidad de la excitación, estimulada por factores externos, puede estar más allá de la capacidad de control del niño; esto crea estados traumáticos que vinculan entre si las esferas de la “genitalidad” y la “amenaza”. Todo aquello que acentúa los temores, y con ello las represiones sexuales, da lugar a perturbaciones que

dificultan la superación ulterior del complejo de Edipo. De esta manera adquieren influencia las amenazas, tales como accidentes, heridas, muertes o la vista repentina q inesperada de genitales adultos. Mediante el desplazamiento, las experiencias pre-genitales pueden tener los mismos efectos que las genitales, especialmente las frustraciones repentinas orales y anales. Especialmente importante para la formación del complejo de Edipo es todo aquello que el niño aprende o piensa acerca de la vida sexual de los padres, tanto más si esto es experimentado de una manera repentina. A menudo tienen un efecto decisivo la combinación de experiencias reales e interpretaciones equivocadas. Aquí es necesario referirse a la esfera de la percepción sádica de la sexualidad. La así llamada escena primaria, es decir, la observación por parte del niño de las escenas sexuales entre los adultos (entre padres), origina al mismo tiempo un alto grado de excitación sexual –cuya naturaleza varía de acuerdo con la edad del niño- y la impresión de que la sexualidad es peligrosa. Esta impresión se debe al hecho de que la cantidad de excitación se halla más allá de la capacidad de descarga del niño y es sentida por ello como traumáticamente dolorosa; el niño puede, además, interpretar torcidamente, en un sentido sádico, aquello que percibe, o bien la vista de los genitales adultos puede producirle un temor de castración. El contenido subjetivo y la intensidad y persistencia del efecto de una escena primaria varía de acuerdo con los detalles de la escena percibida. Las circunstancias externas y los factores individuales determinan de que cosas el niño se da cuenta realmente, que es lo que conjetura y como incorpora a su experiencia psíquica anterior lo que visto o ha supuesto, y si esta incorporación y elaboración se producen en el momento de presenciar la escena o más tarde.

El complejo de Edipo es un conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres. Este período es calificado por Freud como fálico, porque corresponde a la organización de la libido en torno del primado del falo (pene).

Por lo que la dinámica relacional con los objetos primarios del niño, que son sus padres o quienes haya desempeñado esta función, es determinante en la formación de la estructura de la personalidad del ser humano, la misma que puede ser neurosis, psicosis o perversión.

El psicoanálisis ve en el complejo de Edipo, no solamente el conflicto mayor que determina a la evolución psicológica del niño y su paso a la madurez; sino también el “punto nodal”, a partir del cual las relaciones que constituyen la familia humana se organiza.

El complejo edípico ofrece al niño dos posibilidades de satisfacción, una activa y otra pasiva, es decir que el niño puede situarse en el lugar del padre con una actitud masculina y tratar como él a su madre o querer sustituir a la madre y dejarse amar por su padre.

También se conoce a estas dos posibilidades de satisfacción como Edipo positivo y negativo, tanto en el niño como en la niña.

- El primero (Edipo positivo) se presenta como deseos de muerte del rival que es el personaje del mismo sexo y deseo sexual hacia el personaje del sexo opuesto.
- El segundo (Edipo negativo) se presenta en la inversa, amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto.

Lacan distingue tres tiempos del Edipo (tiempos lógicos) donde toma en cuenta 4 funciones: la función del padre, la función de la madre, la función del niño o de la niña y la función del falo.

Primer tiempo: el niño se ubica como objeto de deseo de la madre: él es su falo imaginario; mientras es deseado, no siente angustia, la siente al percibir que es posible que ella deja de desearlo cuando él ya no llene su falta.

Segundo tiempo: aparece el padre para introducir la ley que acabe esa relación mortífera y que prohíbe esa relación incestuosa madre-hijo, significante que reemplaza el deseo de la madre, y que designa la función paterna.

Tercer tiempo: el padre deja de ser falo. Ahora simplemente tiene pene. Pasa a someterse a una ley; la ley de la cultura, a la cual nos sometemos todos. El niño demanda un objeto de deseo que no sea ni padre ni madre.²

- **Asociación libre**

Freud centra el tema de la formación, del tratamiento psicoanalítico de la siguiente manera: “Hace años me preguntaron cómo podría uno hacerse analista y respondí “mediante el

²² Otto Fenichel/ Teoría psicoanalítica de la neurosis/ Pag. 192

análisis de sus propios sueños". "Nos hemos visto llevados a prestar atención a la Contratransferencia que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. Por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis, quién no consiga nada con ese autoanálisis puede considerar que carece de la aptitud para analizar enfermos"

La tarea inmediata a que se ve enfrentado el analista que trata más de un enfermo por día le parecerá, sin duda, la más difícil (guardar en la memoria nombres, fechas, ocurrencias, producciones patológica. La técnica es muy simple.

Freud aconseja que debemos evitar el peligro de incurrir en una selección del material obedeciendo a sus expectativas o inclinaciones.

"Si alguien se propone seriamente la tarea, debería escoger este camino, que promete más de una ventaja; el sacrificio de franquearse con una persona ajena sin estar compelido a ello por la enfermedad es ricamente recompensado... obtendrá, vivenciándolas uno mismo, impresiones y convicciones que en vano buscaría en el estudio de los libros y la audición de conferencias... Y quien como analista haya desdeñado la precaución del análisis propio, no sólo se verá castigado por su incapacidad para aprender de sus enfermos más allá de ciertos límites, sino que también correrá un riesgo más serio, que puede llegar a convertirse en un peligro para otros. Con facilidad caerá en la tentación de proyectar sobre la ciencia, como teoría de validez universal, lo que en una sorda percepción de sí mismo discierna sobre las propiedades de su persona propia; arrojará el descrédito sobre el método psicoanalítico e inducirá a error a los inexpertos... Es por cierto tentador para el psicoanalista joven y entusiasta poner en juego mucho de su propia individualidad para arrebatarse al paciente y hacerlo elevarse sobre los límites de su personalidad estrecha... que el médico le deje ver sus propios defectos y conflictos anímicos... una confianza vale la otra... no obstante, en el trato psicoanalítico muchas cosas discurren diversamente de lo que harían esperar las premisas de la psicología de la conciencia"

Debemos fijarnos en todo por igual es el correspondiente necesario de lo que se exige al analizado. Si se comporta de otro modo, el analista aniquilará en buena parte la ganancia de tal

obediencia "Uno debe alejar cualquier injerencia consciente sobre su capacidad de fijarse y abandonarse por entero a sus "memorias inconscientes".

Se debe aprehender que ni en virtud de una actividad reflexiva, voluntad y atención, se resolverán los problemas de la neurosis; sólo por la obediencia paciente de la R.A.F. (desconectar la crítica a lo inconsciente y retoños) Debería mostrarse particularmente inflexible sobre esto (R.A.F.) en personas que practican el arte de escaparse a lo intelectual, reflexionando mucho sobre su estado, ahorrándose el hacer algo para dominarlo. No buscar la aquiescencia de familiares dándoles a luz una obra; prematura la natural hostilidad, de suerte que el paciente ni siquiera podrá iniciarse. Perplejidad y desconfianza en el tratamiento de "parientes".

La primera tarea con la que se topa el analista que atiende a más de un paciente al día, dice Freud, es aquella de retener en la memoria la información de cada uno de ellos, sin confundir el material correspondiente a unos y otros.

Para lograrlo recomienda una técnica mnémica: "no tratar de retener especialmente nada y acogerlo todo con una igual *atención flotante*" evitando así un gasto de energía innecesario así como el riesgo de centrarnos en determinados elementos y dejar otro de lado, por seguir nuestras propias tendencias, lo cual nos llevaría a no descubrir nada más allá de lo que ya sabemos.

Definitivamente Freud no recomienda anotar o hacerse valer de otros apoyos para la retención de la información. Dice, que la escritura evita también que se preste atención a la totalidad del discurso del paciente generando la misma problemática que surge de atender a un elemento en particular. Las anotaciones deberán hacerse posteriormente, ya fuera de la consulta con el paciente.

Otra de las recomendaciones de Freud es que le analista se comporte como el cirujano que "impone silencio a todos sus afectos e incluso a su compasión humana y concentra toda su energía psíquica en su único fin: practicar la operación conforme a todas las reglas del arte". De

no actuar así, el terapeuta se expone "indefenso" a ciertas resistencias del paciente, de cuyo vencimiento depende el primer paso para la curación. En otras palabras, si el analista se involucra afectivamente, o compromete sus propias emociones, con un paciente, será esto un impedimento que sesgará la percepción y actuación del terapeuta³.

- **Manifestaciones de ansiedad y angustia**

Sobre los orígenes de la ansiedad, Freud estableció la hipótesis de que la ansiedad surge de una transformación directa de la libido. En Inhibición, síntoma y angustia revisó sus diversas teorías sobre el origen de la ansiedad. En sus propias palabras: "Me propongo reunir, con toda imparcialidad, todos los datos que tenemos sobre la ansiedad y renunciar a la idea de hacer cualquier síntesis inmediata de ellos". Volvió a decir que la ansiedad surge de la transformación directa de la libido, pero ahora parecía atribuir menos importancia a este aspecto "económico" del origen de la ansiedad. Puntualizó esta concepción en las siguientes palabras: "Todo el asunto puede ser aclarado, según creo, si nos mantenemos en el enunciado preciso de que, como resultado de la represión, el curso que se propone seguir el proceso excitatorio en el ello no ocurre de ningún modo; el yo logra inhibirlo o desviarlo. Si esto es así, desaparece el problema de 'transformación del afecto' bajo la represión". Y: "El problema de cómo surge la ansiedad en conexión con la represión puede no ser un problema simple; pero podemos mantener legítimamente la opinión de que el yo es el asiento real de la ansiedad y desechar nuestra idea anterior de que la energía de un impulso reprimido se convierte automáticamente en ansiedad". Con respecto a las manifestaciones de ansiedad en niños pequeños, Freud dijo que la ansiedad surge porque el niño "extraña a alguien a quien ama y anhela". En conexión con la ansiedad primordial de la niña, describió el temor infantil a la pérdida de amor en términos que en alguna medida parecen aplicarse a niños de ambos sexos: "Si la madre está ausente o ha retirado su amor del niño, ya no está seguro de que sus necesidades serán satisfechas y puede quedar expuesto a los más dolorosos sentimientos de tensión".

³ Sigmund Freud/ consejos al medico

En las Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, refiriéndose a la teoría de que la ansiedad surge de una transformación de la libido insatisfecha, Freud dijo que esta teoría "ha encontrado cierto apoyo en algunas fobias casi universales de los niños pequeños. Las fobias de los niños y la expectativa ansiosa de la neurosis de ansiedad sirven como dos ejemplos de una forma en que surge la ansiedad neurótica; esto es, a través de una transformación directa de la libido".

Dos conclusiones, a las que volveré más tarde, pueden ser extraídas de este pasaje y otros similares: a) en niños pequeños es la excitación libidinal insatisfecha lo que se convierte en ansiedad; b) el contenido más temprano de la ansiedad es el peligro que siente el niño de que sus necesidades no sean satisfechas porque la madre está ausente.

En lo que respecta a la culpa, Freud sostenía que tiene su origen en el complejo de Edipo y surge como secuela de éste. Sin embargo, hay párrafos en los que Freud se refirió claramente al conflicto y la culpa que surgen en un estadio mucho más temprano de la vida. Escribió: "la culpa es la expresión del conflicto de ambivalencia, *la eterna lucha entre Eros y el instinto destructivo o de muerte*". Y también: "...una intensificación del sentimiento de culpa, resultante del *conflicto innato de ambivalencia*, de la eterna lucha entre las tendencias de amor y de muerte..." Además, hablando de la opinión propuesta por algunos autores de que la frustración intensifica el sentimiento de culpa, Freud dijo: "¿Cómo debe entonces explicarse dinámicamente y económicamente que un incremento del sentimiento de culpa aparezca en lugar de un deseo erótico insatisfecho? Esto sólo puede suceder seguramente en forma indirecta: la amenaza a la frustración de la gratificación erótica provoca agresividad contra la persona que interfirió con la gratificación, y entonces esta tendencia a la agresión tiene que ser suprimida a su vez. *Entonces, después de todo, es sólo la agresividad lo que se convierte en culpa*, al ser suprimida y traspasada al superyó. Estoy convencido de que muchos procesos admitirán una explicación más simple y clara si restringimos a los instintos agresivos los descubrimientos del psicoanálisis sobre el origen del sentimiento de culpa".

Aquí Freud estableció sin lugar a dudas que la culpa deriva de la agresividad, y esto, junto con las frases arriba citadas ("conflicto innato de ambivalencia"), señalaría que la culpa surge en un estadio muy temprano del desarrollo.

La histeria de angustia:

En una primera fase la angustia surge sin transposición al que se perciba. Se traduce como moción libidinal dentro del inconsciente con una investidura ICC como angustia. El PRCC, retiro de investidura PRCC investidura PRCC se volcó a una representación sustitutiva asociada con la representación rechazada pero exenta de represión por su alejamiento (sustitución por desplazamiento), racionalización del proceso aún no inhibible. La representación sustitutiva juega el papel de una conrainvestidura. Por otra parte es el lugar desde donde arranca el desarrollo de angustia. La representación es excitable ahora desde dos costados: desde el ICC y como fuente autónoma de desprendimiento de angustia. La expansión del imperio CC se expresa en la primacía creciente de la segunda fuente pero su fuerza hipertrófica y su imposibilidad de dominación desde la CC delata su origen. En la segunda fase entonces el fenómeno de la conrainvestidura ha llevado a la formación sustitutiva. El proceso represivo no está concluido, debe inhibir el desarrollo de angustia del sustituto. Entonces todo el entorno asociado de la representación sustitutiva es investido con gran intensidad, por lo cual es muy excitable. Cualquier excitación da lugar a un pequeño desarrollo de angustia aprovechado como señal. Funciona esta defensa sólo ante excitaciones desde afuera. A cada acrecentamiento de la moción pulsional la muralla debe ser trasladada un tramo más. Esta construcción toma el nombre de fobia. La tercera fase ha repetido el trabajo de la segunda en forma ampliada. El sistema CC se protege contra la activación de la representación sustitutiva mediante la conrainvestidura de su entorno. Ahora todo el parapeto fóbico es un enclave de la influencia ICC. A su vez, mediante toda la defensa se ha conseguido proyectar el peligro hacia afuera, por eso puede reaccionar mediante intentos de huida, la evitación fóbica. b) Histeria de conversión. La investidura pulsional de la representación reprimida es transpuesta a la inervación del síntoma. El papel de la conrainvestidura sale a la luz en la formación de síntoma. Selecciona aquel fragmento de la agencia representante de pulsión sobre la cual se permite concentrarse a

toda la investidura de aquella. Satisface este fragmento escogido como síntoma la condición de expresar la meta desiderativa de la moción cuanto los afanes punitivos del sistema cc. c) Neurosis obsesiva. Aquí la conrainvestidura del sistema cc sale al primer plano. Como formación reactiva produce la primera represión y en ésta se consuma más tarde la irrupción de la representación reprimida.

- **Mecanismos de defensa**

Los Mecanismos de defensa son una serie de métodos o técnicas inconscientes que utilizamos todas las personas con el fin de evitar la angustia o ansiedad que nos producen las frustraciones o los conflictos de nuestro psiquismo. Son dispositivos del Yo que consisten en arrojar fuera de la conciencia algún aspecto de la realidad, ya sea física o psicológica con el objeto de evitar la angustia o dolor psíquico.

A continuación se recoge una breve descripción de los mecanismos de defensa más comunes dentro de nuestras prácticas pre-profesionales.

- **Represión:** consiste en rechazar y mantener fuera de la conciencia todos aquellos contenidos que resultan dolorosos o inaceptables para el sujeto. Su acción sobre la conciencia afecta a los actos del individuo, aunque éste no sea consciente de ella. Lo reprimido aparece, aunque distorsionado, en los actos fallidos, los lapsus, los sueños o las fantasías. Sólo se olvidan los hechos que provocan angustia o ansiedad, no todas las circunstancias desagradables sucedidas en el pasado de un individuo. Existen distintos tipos de represión:
- **Aislamiento:** La conciencia retenía los hechos pero no los sentimientos que esos hechos habían provocado (vergüenza, culpa, dolor moral, etc.).
- **Negación:** consiste en rechazar una idea perturbadora o desagradable sin arrojársela al inconsciente, sino negándola en la propia realidad. Ejemplo: cuando alguien dice "No es cierto que haya deseado alguna vez su muerte". Al negarse a aceptar el deseo, la persona admite implícitamente la existencia del mismo.

- **Regresión:** el sujeto regresa a épocas anteriores de su desarrollo psíquico, es decir, reproduce comportamiento pasados que le resultaban satisfactorios. Ejemplo: cuando desarrolla conductas infantiles ante la aparición de un conflicto, buscando con ellas la antigua protección maternal para no tener que afrontar la responsabilidad o la toma de decisiones.
- **Desplazamiento y sublimación:** técnica defensiva que consiste en llevar a cabo una sustitución. Los sentimientos perturbadores, puesto que son considerados tabúes o prohibidos para la persona, se desvían hacia otro objeto que no posee esas características. De esa manera, se evita la angustia. La sublimación es una forma de desplazamiento. Ejemplo: una persona con sus impulsos sexuales reprimidos (y, por lo tanto, incapaz de mantener relaciones de pareja) deriva esa energía hacia la solidaridad, declarando amar a la humanidad y desarrollando conductas de ayuda social.
- **Proyección:** consiste en proyectar sobre los demás sentimientos, deseos o impulsos inaceptables para uno mismo, con lo cual se evita la frustración personal. Ejemplo: cuando una persona no quiere admitir que ama o otra, puede llevar a cabo una proyección y convencerse de que es amada por la otra persona.
- **Formación reactiva:** cuando un deseo es reprimido, el sujeto puede realizar conductas totalmente contrarias a ese deseo, generando así una reacción negativa con el fin de evitar la angustia. Ejemplo: personas con deseos homosexuales reprimidos que, al no aceptarlos conscientemente, desarrollan actitudes de suma hostilidad hacia los homosexuales, manifestación odiarlos e, incluso, reaccionando agresivamente ante ellos.
- **Racionalización:** los individuos tratan de auto convencerse, dando explicaciones a los demás y a sí mismos, dando explicaciones a los demás y a sí mismos, de tal forma que los sentimientos inaceptables o reprimidos puedan ser justificados mediante la

presentación de ciertas razones. Ejemplo: personas con deseos homosexuales, para no ser acusadas de discriminación contra los homosexuales, muchas personas intentan demostrar que su odio contra ellos obedece a razones bien fundadas.

- **Identificación:** consiste en paliar nuestras frustraciones internas imitando la conducta de una persona a la que dotamos de características ideales. Ejemplo; es un mecanismo que aparece con asiduidad en la adolescencia, sobre todo por la facilidad de idolatrar a cantantes, futbolistas, etc.
- **Compensación:** consiste en realizar mentalmente y de forma imaginaria lo que uno es incapaz de llevar a cabo en su vida real.

- **Pubertad**

Ya desde los estudios sobre la histeria, Freud proponía, en relación a la estructura de la neurosis, dos tiempos: el primero relativo al trauma sobrevenido en la primera infancia, el segundo, que tendría lugar en el momento de la maduración sexual. Es a este último momento de maduración sexual, que Freud llamará posteriormente "pubertad". La relación al goce incestuoso que se haya podido alcanzar en el primer tiempo del Edipo será resignificada 'après-coup'. Es este tiempo que corresponde a la pubertad.

El momento de la pubertad, es el momento que aparece ese cambio corporal, esa metamorfosis y una corriente de ternura de la vida sexual. Eso quiere decir que el lado del amor va a entrar en conflicto necesariamente con esa satisfacción sexual.

La elección de objeto en la época de la pubertad va a tener que renunciar a los objetos infantiles y comenzar de nuevo, comenzar de nuevo con una corriente sexual. Hay una especie de nuevo inicio de la vida sexual en el momento de la pubertad y las dos tendencias, la tendencia infantil y la tendencia nueva que aparece en la adolescencia va a entrar en contradicción necesariamente. Es decir, los objetos nuevos que se plantean para el

adolescente, para el púber, extra-familiares, van a estar siempre marcados por las elecciones infantiles de objetos familiares, hechos en el ambiente familiar, es una contradicción.

Lo central de este momento, nos dice Freud en *Metamorfosis de la pubertad*, está referido al nuevo fin sexual, "Ahora aparece un nuevo fin sexual, a cuya consecución tienden de consumo todas las pulsiones parciales". Podemos pensar que en este -nuevo fin sexual- no se trata sino de la posibilidad efectiva de realizar el acto sexual y ser padre, y es esto lo central de la pubertad. Es en este momento, frente a la inminencia del enfrentamiento con dicho acto, que podemos decir que hay determinadas vivencias que se re-significan, la cual está siempre regulada en Freud por el Edipo.

Bajo el eje del Edipo se re-significa la respuesta pulsional: Las pulsiones tenderán de consumo a la realización del nuevo fin sexual y las zonas erógenas se subordinarán a la primacía de la zona genital.

Debemos recordar que el operador de la resolución del Edipo es la ley de la prohibición del incesto, y que estas dos nociones van a estar articuladas en la obra de Lacán a la función paterna.

Otro punto importante se encuentra en relación aquello que Freud llama –la conformación sexual definitiva, el acceso a ser hombre o mujer. En *Metamorfosis de la pubertad*, nos dice: "Dado que el nuevo fin sexual determina funciones diferentes para cada uno de los dos sexos, las evoluciones sexuales respectivas divergirán considerablemente".

Lo central para Freud, en ambos casos es cómo se ha resuelto el sepultamiento del Complejo de Edipo (En este segundo momento de dicha resolución se elabora retroactivamente el primero), y cómo el sujeto se ha posicionado en relación a la función fálica, a partir de dicha resolución. Para Freud el acceso a ser hombre o a ser mujer está regulado por la respuesta identificatoria, (esto va en relación a aquellas identificaciones que resultan como ganancia del sepultamiento del Complejo de Edipo, a partir del abandono de los objetos amados y a su sustitución por los rasgos valorados de éstos).

Así podemos entender la pubertad como la necesidad de concluir en la vida de un sujeto sobre una identificación del lado masculino o del lado femenino. Sabemos que para Freud esto tiene ciertas condiciones no nace hombre o nace mujer, sino hay que construir esas identificaciones.

El Complejo de Edipo mismo es para Freud el aparato simbólico que va a permitir al sujeto construirse algunos objetos de amor. El famoso deseo del niño por la madre no es algo que esté dado de entrada, tiene que construirse a través de una identificación con el padre, en lo que llamamos Complejo de Edipo. No hay una línea directa del niño o la niña hacia la madre. Para que la madre se constituya como un objeto de deseo, como un objeto de amor, es necesario el pasaje al lugar del padre y ha de haber una identificación con el padre, para construir un objeto para la pulsión, para el amor, etc. No hay relación directa entre la pulsión y el objeto. Hay que hacer el pasaje, construir ese objeto a través de identificaciones. La sexualidad infantil tal como lo aborda Freud implica necesariamente esa estructura mínima entre identificaciones y construcción del objeto de la pulsión, ese el primer tiempo de lo infantil⁴.

El problema es que en la adolescencia todo eso debe reactualizarse por que habrá que construirse objetos fuera del ámbito familiar y habrá que reordenar toda esa estructura y se vuelve a plantear una crisis de las identificaciones, es decir, cómo salirse de las identificaciones en el ámbito familiar para construir nuevos objetos extra-familiares.

Para Freud la pubertad es un momento de pasaje entre la sexualidad infantil y la sexualidad adulta. En el año 25 va a decir que lo que llama la fase fálica, un momento lógico posterior a la fase oral y anal. Va a situar la fase fálica como la que decide la posición del niño con respecto a la diferencia de los sexos y ya va a precipitar una identificación antes de la pubertad.

Lo que quiere decir que en ese momento ya la elección se ha jugado antes de la pubertad, ya el niño a la salida del complejo de Edipo, va a tener que realizar una elección de objeto según identificaciones del lado masculino o femenino.

⁴ El malestar en niños y adolescentes. /Miquel Bassols

Freud al hablar de las fantasías de la época de la pubertad, fantasías con las que el sujeto responde en primera instancia a la posibilidad de realizar el acto sexual que lo confronta. “la vida sexual de los jóvenes tiene apenas otro campo de acción que las fantasías...”

Freud plantea en relación a estas fantasías, la necesidad de su repulsa y vencimiento, como una de sus reacciones psíquicas centrales de la pubertad. Es decir, es fundamental el abandono de la satisfacción pulsional sostenida por esas fantasías incestuosas. Esto sólo podrá ser realizado bajo el eje del Edipo.

Podemos decir que la prohibición del incesto articulada a la cuestión de la función paterna abre la posibilidad para un sujeto de la pérdida del goce al cual está fijado.

A todo esto podemos decir que Lacán simplifica muchos de los conceptos de Freud, y tomando los tres tiempos lógicos:

- Primer tiempo llamado: instante de mirar.
- Segundo tiempo lógico: tiempo de comprender.
- Tercer momento lógico: momento de concluir.

Es una estructura lógica mínima es algo que se puede captar en muchos fenómenos y que Lacán toma para hablar de las identificaciones.

Lo infantil para Freud es el instante de mirar percibir que hay una diferencia entre los sexos, sin entender aun nada ni por qué. Luego llegado el momento viene la época de la latencia que podríamos equiparar a ese tiempo de comprender. El sujeto no puede dar una respuesta al orden de las identificaciones sexuales a modo de cómo satisfacer las pulsiones, hay un periodo de latencia una represión de todo lo que es la sexualidad infantil. El momento de la pubertad, sería lo que se llamaría el momento de concluir. Concluir lo que es la elección de objeto. El problema dice Freud, es que como ha habido una represión de la sexualidad infantil, en el momento de la pubertad retorna lo reprimido y es cuando se plantean los problemas que evocamos antes: ¿cómo construirse, cómo encontrar objetos extra-familiares a partir de una estructura que en principio ha marcado los objetos dentro del ámbito familiar?

La pubertad es la problemática de cómo salir, cómo resolver el impase en el que deja la sexualidad infantil al sujeto. Aparece un cambio corporal, aparece una nueva exigencia pulsional y el sujeto se pregunta, ¿qué hago yo con este cuerpo?, qué nuevos objetos construyo yo ahora con este cambio y lo que llamamos crisis de la pubertad sería la necesidad de salir de la estructura misma de la sexualidad infantil⁵.

- **Duelo y Melancolía**

Al hablar de adolescencia pensamos en una etapa de transformación, de desarrollo, de búsqueda de identidad, a la vez, toda esta crisis de la adolescencia lleva implícita un proceso de duelo. Que es precisamente el trabajo de elaboración del mismo lo que hace tan penoso, arduo y complicado el transitar del ser humano por esos años que están comprendidos entre el inicio de la pubertad y la juventud.

Este momento que vive el sujeto, de salida de su infancia y de renacer, pues es ahora un ser sexuado con su propia genitalidad, a la vez trae consigo una pérdida, un despojarse que conlleva un proceso de duelo.

La adolescencia trae consigo una nueva forma de ver el mundo, en donde sentimientos de soledad y abandono suelen presentarse. (Pérdida de los padres)

A nivel de la adolescencia, se producen ciertos “movimientos” que van a dar lugar a nuevas posiciones y a la adquisición de nuevos ideales (nuevas metas). Aquí, la estructura no cambia sino que se modifica y el trabajo psíquico que se pone en juego es el duelo. Duelo como aquella reacción que se pone en funcionamiento frente a lo que se pierde y/o perdió de la persona amada. El adolescente realiza tres duelos importantes:

Por la pérdida del cuerpo infantil, por el rol infantil, caída de los padres como ideales

⁵ Acerca de la pubertad y la adolescencia. /Liliana Szapiro

La caída de sus ideales, ser como sus padres, le permite construir sus propios ideales, aquello que desea ser y hacer. Además de ubicarlos ya no como Dioses todopoderosos sino como humanos que pueden morir.

Al hablar de duelo Freud menciona en el texto Duelo y Melancolía, y dice que duelo es un afecto normal y la melancolía como patológico

“El duelo es, por regla general, la reacción a la pérdida de un ser amado, o de una abstracción equivalente, la patria, la libertad, el ideal, etc. Bajo estas mismas influencias surge en algunas personas, a las que por lo mismo atribuimos una predisposición morbosa, la melancolía en lugar del duelo. Es también muy notable que jamás se nos ocurra considerar el duelo como un estado patológico y someter al sujeto a un tratamiento médico, aunque se trata de un estado que le impone considerables desviaciones de su conducta normal. Confiamos efectivamente, en que al cabo de un tiempo desaparecerá por sí solo y juzgaremos inadecuado e incluso perjudicial perturbarlo”.

“La melancolía se caracteriza psíquicamente por un estado de ánimo profundamente doloroso, una cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de todas las funciones y la disminución de amor propio. Esta última se traduce en reproches y acusaciones de que el paciente se hace objeto a sí mismo, y puede llegar incluso a una delirante espera de castigo. Este cuadro se nos hace más inteligible cuando reflexionamos que el duelo muestra también esos caracteres, a excepción de uno solo; la perturbación del amor propio. El duelo intenso, reacción a la pérdida de un ser amado, integra el mismo doloroso estado de ánimo, la cesación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de elegir un objeto amoroso y al apartamiento de toda actividad no conectada con la memoria del ser querido”.

¿En qué consiste el trabajo del duelo? Es un procedimiento lento y doloroso que tiene como punto de partida la noticia de la pérdida de un objeto amado y como punto de llegada la renuncia y el reencuentro con un deseo por la vida, pero este proceso debe ser ejecutado poco a poco con un gran gasto de tiempo y de energía.

El trabajo de duelo entonces, se podría expresar como un proceso que está estructurado en una dialéctica, una especie de diálogo entre la realidad expresada como un mandato y la respuesta libidinal del sujeto.

1. En un primer avance del proceso de duelo el “examen de la realidad le ha dicho al sujeto que el objeto no existe más, que ha muerto”. Este mandato le exige retirar las cargas de libido puestas en él. A esta exigencia la respuesta subjetiva es la negación. El sujeto dice ¡No! no es posible, no puede ser, mentira, no puedo creer.
2. En un segundo avance, Freud antepone nuevamente lo normal como la victoria de la realidad, pero la respuesta del sujeto, es lenta, paulatina y con un enorme costo de dolor, asumir la realidad, despertar, implica un enorme gasto de tiempo y energía.
3. En un tercer avance, al imperativo de la inexistencia del objeto, le responde el sujeto conservando mientras tanto su existencia psíquica. Entonces de qué objeto se trata ahora en el proceso del Duelo, de un objeto amado, idealizado, temido, odiado, pero un objeto que el sujeto ha cargado de representaciones y de libido ya no contando con los atributos propios del objeto en la realidad sino con los atributos de su propio deseo.
4. Por esto, en el cuarto avance, mientras la realidad no ha cesado de exigir su obediencia, no deja de insistir en la falta, el sujeto aún da unos rodeos económicos más: “Cada uno de los recuerdos y esperanzas que constituyen un punto de enlace con el objeto es sucesivamente despertado, sobrecargado, realizándose en él una sustracción de libido”.

En el momento final del proceso hay por fin una renuncia al objeto, un consentimiento con su pérdida, un desprendimiento de la libido puesta en él, y es esto lo que finalmente le permite al sujeto optar nuevamente por la vida:

Al final pues de todo este proceso, al que Freud llama trabajo, lo que aparece de manera evidente es que el sujeto es quien realiza el trabajo y que su salida es una elección del sujeto

que se plantea ya no el debate entre el principio de realidad y el principio del placer sino entre el goce y la vida. Entre permanecer aferrado al dolor como último modo de amar o apostar por un nuevo amor que sea compatible con la vida, hay un esfuerzo, un trabajo, se refiere a un acto que depende de la decisión del sujeto en tanto renuncia, dice Freud, renuncia sin duda al objeto, pero renuncia también al goce que el dolor reporta.

Siguiendo las ideas de Aberastury podemos decir que el adolescente realiza tres duelos fundamentales:

- a) El duelo por el cuerpo infantil perdido, base biológica de la adolescencia, que se impone al individuo que no pocas veces tiene que sentir cambios como algo externo frente a lo cual encuentra como espectador impotente de lo que ocurre en su propio organismo.
- b) El duelo por el rol y la identidad infantiles, que lo obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que muchas veces desconoce.
- c) El duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su personalidad buscando el refugio y la protección que ellos significan, situación que se complica por la propia actitud de los padres, que también tienen que aceptar el envejecimiento.

Y un cuarto duelo, al que parece otorgarle menor entidad, el de la pérdida de la bisexualidad de la infancia en la medida que se madura y se desarrolla la propia identidad sexual.

La pérdida que debe aceptar el adolescente por el cuerpo es doble, por un lado la de su cuerpo de niño cuando los caracteres sexuales secundarios lo ponen ante la evidencia de su nuevo status y por otro la aparición de la menstruación en la niña y del semen en el varón, que imponen el testimonio de la definición sexual y del rol que tendrán que asumir, no solo en la unión sexual con la pareja sino en la procreación.

Esto exige el abandono de la fantasía de doble sexo implícita en todo ser humano como consecuencia de su bisexualidad básica. Este collage aparece también en su personalidad.

Los adolescentes se ven obligados a recurrir a una distancia física considerable respecto a sus padres, esto puede transformarse en rechazo agresivo, con reacciones de denigración y desvalorización.

- **TEORIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

Postulados de La Escuela Cognitivo – Conductual

La Terapia Cognitivo-conductual considera que las personas nacemos con una herencia y un determinado temperamento, con los cuales comienza a interactuar con su entorno, aprendiendo pautas de comportamiento, tanto beneficiosas como perjudiciales para sí mismo y/ o para los demás. El término conducta se entiende en un sentido amplio, abarcando conductas visibles, así como pensamientos, sentimientos y emociones. Es en la interacción familiar temprana y en el intercambio social y cultural posterior, donde se produce el proceso de adquisición de nuestra manera habitual de pensar, sentir y actuar. Así sentimos miedo en algunas situaciones, alegría en otras, aprendemos a resolver ciertos problemas, mientras que otros se nos van de las manos.

Ahora bien, el proceso de aprendizaje no es unidireccional, se trata de una compleja secuencia de interacciones, por lo que no somos receptores pasivos de la influencia del medio. Todo aprendizaje ocurre siempre en un individuo que trae consigo una determinada constitución genética y una historia personal y única. Esto explica que ante una misma situación cada persona reaccione de manera diferente.

El enfoque cognitivo-conductual investiga cómo aprendemos, es decir los principios que explican el aprendizaje, tanto de comportamientos deseables como perjudiciales. El qué

aprendemos, es algo que depende de la constitución genética y, fundamentalmente, de las experiencias de vida particular e intransferible de cada persona. Algunos de estos aprendizajes nos ayudan a sentirnos bien, a relacionarnos adecuadamente con los demás y a lograr lo que nos proponemos. Otros en cambio, nos generan dolor, resentimiento, dañan nuestra salud y nuestras relaciones interpersonales.

El objetivo de nuestro abordaje, como psicólogos, es mejorar la calidad de vida de quienes nos consultan, teniendo en cuenta que éste es un concepto altamente subjetivo donde cada sujeto impone su sentido.

A continuación vamos a enumerar algunas características de este tipo de psicoterapia:

- Es de corta duración, en comparación con otras modalidades de psicoterapia.
- Los consultantes pueden ser una persona, una pareja, una familia o un grupo.
- Es activo-directiva, esto significa que los cambios requieren compromiso y un rol protagónico del paciente, quien no se limita a concurrir a las sesiones, sino que además va produciendo cambios graduales en su vida cotidiana. El terapeuta es más directivo: complementa la escucha con intervenciones que promueven no solo la reflexión sino además la acción.
- Se incluyen tareas para realizar entre las sesiones, como forma de poner en práctica los aspectos trabajados en la consulta.
- Se genera una relación colaboradora entre terapeuta y paciente, en la que el rol del terapeuta consiste en asesorar y acompañar en el camino hacia los cambios que se deseen promover.
- Está orientada al presente. La reflexión sobre el pasado tiene como finalidad generar cambios en el presente en pro de una vida más plena y gratificante.
- Se considera que la terapia fue efectiva en la medida que el paciente logre las metas que se propuso y mejore su calidad de vida.

Capítulo II

Análisis institucional

- **Antecedentes**

El 19 de diciembre de 2007 se creó la Unidad transitoria de gestión emergente para la construcción y Puesta en funcionamiento de los Centros de rehabilitación social adscrita al Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos.

El 26 de mayo de 2008 el MIES transfiere las competencias y recursos de los CAI al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

El 21 de abril de 2009 se incluye en el ámbito de competencia de la unidad transitoria a los centros de internamiento de adolescentes infractores de todo el país. La unidad ha trabajado en el diagnóstico de la infraestructura, la priorización de obras en los CAI's, el levantamiento planímetro de cada centro.

El centro de adolescentes infractoras busca brindar una atención especializada. Es una atención y contención en crisis, en la que las internas tendrán acceso a servicios de salud, educación y formación para el empleo t micro-emprendimientos productivos.

Al momento de la salida se busca que los adolescentes no solo sean restituidos de sus derechos, sino que sepan enfrentar y superar problemas, recuperar sus vínculos familiares, mantener su identidad integra, acceder y permanecer en los sistemas de: salud, educación y protección especial. En fin sin adicciones y ser líder de su propia vida.

Los principios del centro de adolescentes infractoras fueron planteados de la siguiente forma:

- ✓ Igualdad y no discriminación
- ✓ Protección integral
- ✓ Interés superior
- ✓ Prioridad absoluta

- ✓ Participación
- ✓ Corresponsabilidad

Las Actores que intervienen dentro de la institución son:

- ✓ Adolescentes
- ✓ Familia y comunidad
- ✓ Personal del centro

La persona que es parte del personal del Centro debe entender que es también integrante de un equipo humano cuya responsabilidad máxima es la protección de las y los adolescentes que están en una situación de privación de la libertad por haber infringido la ley.

La relación entre los actores del Centro como comunidad educativa, no es unipersonal. Su trabajo se enmarca en intervenciones sobre situaciones, entendidas estas como modalidades de enfoque filosófico hacia la doctrina de la protección integral, desde la cual los adolescentes y su situación dejan de ser casos, para recuperar su condición de personas que atraviesan situaciones particulares y específicas.

El acompañamiento que el personal hace al adolescente, en el Centro, es una relación entre personas, es un espacio de aprendizaje recíproco, un intercambio de saberes y habilidades, de confrontaciones alianzas lo más explícitas posibles.

Las características del equipo dentro de la institución deben:

- ✓ Mantener objetivos definidos, observables, indicadores medibles. Construidos con los miembros del equipo.
- ✓ Mantener un clima humano. Un grupo organizado para aprender. Que aprovecha cada experiencia como fuente de aprendizaje.
- ✓ Llevar una dinámica vital. Expresión de potencialidades: habilidades compartidas, limitaciones compensadas. Sinergia: un verdadero equipo, es más que la suma de sus integrantes.

- ✓ Tomar decisiones de acuerdo al objetivo de la institución. Al tiempo y a las circunstancias y con el método de llegar a acuerdos.
- ✓ Los papeles o roles deben de ser definidos y claros, distribuidos y respetados con flexibilidad, para aprovechar al máximo las capacidades y características personales.
- ✓ Los resultados deben ser visibles, medibles y de calidad,
- ✓ La comunicación debe ser constante. Mantener un dialogo abierto durante la acción. Los lenguajes usados con eficiencia, para solucionar problemas. Evaluación permanente, y uso efectivo de la re información.
- ✓ La motivación debe de ser duradera. Basada en el incentivo mutuo. La acción se centra en la búsqueda de logros, metas, objetivos.

- **Objetivos de la institución**

El centro de adolescentes infractoras tiene como **objetivo general** garantizar con el modelo de atención integral socio psico educativo la atención efectiva y apegada a la garantía y plena vigencia de los Derechos Humanos de los y las Adolescentes que cumplen medidas cautelares y socioeducativas de internamiento o semi-internamiento.

Como **objetivo específico** la institución busca diseñar la metodología y los protocolos del modelo de atención integral para las y los adolescentes y sus familias.

Se necesita elaborar con la participación de actores claves, al menos tres módulos de formación (2 para funcionarios y 1 para adolescentes).

- **Misión**

Rehabilitar al adolescente en conflicto con la ley, a través de un programa integral, progresivo e interdisciplinario. Especializado para ser reintegrado a la sociedad como una persona útil y productiva, capaz de conducirse de acuerdo a las normas socialmente establecidas.

- **Visión**

Ser una institución de calidad comprometida con la reinserción social de los adolescentes, logrando orientarlos de manera objetiva, real acorde a las circunstancias y siempre con justicia, honestidad y respeto a sus derechos humanos, siendo reconocida a nivel nacional por la aplicación de los modelos especializados que permitan la disminución de los índices delictivos surgidos en el estado como en el país.

- **Población atendida**

Como población atendida constan las internas dentro del centro de adolescentes infractoras. Las edades de las chicas varían entre 12 y 18 años.

Al cumplir la mayoría de edad las adolescentes ya no podrán ingresar a la institución si es que se presenta una reincidencia. Pero de ser el caso en que la mayoría de edad sea cumplida durante el internamiento (sentencia) la adolescente podrá continuar su pena sin necesidad de ser transferidas a la cárcel de mujeres.

Todas las internas al momento de ingresar en la institución deben presentar una entrevista inicial con la psicóloga. Más adelante deberá mantener visitas periódicas, pero si ellas requieren de una entrevista adicional pueden solicitarla, puesto que muchas veces dentro de la institución se presentan crisis, problemas de integración, etc.

El CAI puede en un mes atender a un grupo de 25 adolescentes y sus familias aproximadamente. Su número varía dependiendo de los ingresos y las sentencias que sean impuestas por el tribunal de menores.

<u><i>Practicantes</i></u>	<u><i>Adolescentes atendidas</i></u>
Ana Belén Darquea R.	15
Gina Fernández G.	16
TOTAL	31

- **Metodología**

Nuestra práctica fue encaminada por un modelo fenomenológico hermenéutico.

Este modelo trabaja básicamente con la interpretación y busca conocer el núcleo de la problemática.

Las características que definen el modelo de trabajo utilizado son el tiempo de duración, la focalización del tratamiento en conflictos actuales, la limitación de objetivos priorizados según su urgencia, la multiplicidad de recursos terapéuticos y la planificación.

Luego de la etapa preliminar se realiza la entrevista de contrato en la que se determinan 3 o 4 objetivos que permiten guiar la terapia. Estos objetivos son discutidos y analizados con el paciente; a partir de ese momento, se aborda la conflictiva actual con el propósito de aliviar los principales síntomas que afectan al paciente en su entorno relacional (familia, trabajo, estudio, etc.)

Las siguientes entrevistas son de tratamiento en las que se realiza la terapia que se acordó en el contrato, ajustada a las necesidades de cada paciente. Luego del tratamiento se realiza la entrevista de devolución o cierre en la que se procederá a evaluar con el paciente los logros alcanzados a lo largo del tratamiento. Se analizan las dificultades, los avances y retrocesos; también se realizan recomendaciones y se realizará el cierre; es posible, en caso necesario, realizar un nuevo contrato.

Finalmente, en caso de que el paciente requiera, lo demande o si el psicoterapeuta lo cree necesario, se realizara una entrevista de control o seguimiento.

Para poder llegar a la interpretación de estas conductas, dimos importancia a varios factores como lo fueron sus vivencias actuales y pasadas, su modo de expresarse, sus gestos, sus reacciones a situaciones específicas, la forma de resolver sus conflictos, etc. Para así poder profundizar y generalizar el conocimiento acerca de por qué la adolescente actúa como tal.

La disciplina psicoanalista también fue utilizada, para explorar los procesos psíquicos inconscientes de estas adolescentes, a través de producciones imaginarias que muchas de ellas presentaban. El hecho de estar recluidas, facilitaba el estado imaginativo de las adolescentes, muchas de ellas presentaban sueños y fantasías de las cuales podíamos interpretar conflictos y deseos presentes en su problemática actual.

La asociación libre fue una de las técnicas utilizadas en nuestro proceso con las pacientes, ya que daba cabida a la interpretación psicoanalítica de los sucesos acontecidos en sus vidas, sus sentimientos con respecto al entorno donde crecieron, y sobre todo nos permitió conocer más a fondo las razones que impulsaron a estas adolescentes a llevar la vida que tuvo como consecuencia su ingreso a este centro de reclusión.

- **Problemas frecuentes**

Por lo general las adolescentes que se encuentran recluidas en el centro acuden al departamento psicológico por síntomas de ansiedad, conductas agresivas o angustia.

Muchas veces se dan problemas internos entre las jóvenes, tales como: peleas entre ellas, problemas con sus familias, o con el mismo personal dentro de la institución. En esos momentos pueden presentarse en el departamento psicológico o de lo contrario pueden ser derivadas por la inspectora, pedagoga o profesora a cargo de ellas en ese determinado momento. El personal a cargo por lo general deriva a las adolescentes por presentar una mala conducta, observarlas deprimidas, o por cualquier otro motivo el cual ellos consideren que necesitan asistir a la psicóloga.

- **Experiencia en la institución**

La experiencia en el Centro de adolescentes infractoras ha sido invaluable. No solo porque nos permitió un anudamiento con lo aprendido a lo largo de la carrera, sino también por el enriquecimiento a nivel personal que tuvimos por parte de las adolescentes, los padres y el personal a cargo de la institución.

Convivir con estas jóvenes nos llevó a salirnos de nuestro entorno de comodidades para contextualizarnos en el mundo de ellas. En este pequeño espacio de re-formación en el que atendimos a distintas jóvenes pudimos entender una realidad guayaquileña y ecuatoriana como es la inseguridad, partiendo desde sus mismos actores, estas adolescentes.

El personal de la institución estatal, estructurada con sus limitaciones económicas, se comportaron de forma entusiasta y dispuesta. Las propuestas y técnicas que recomendamos para el trabajo terapéutico de las jóvenes, fue acogido con gran apoyo por los supervisores del correccional que se entregaban por completo en la labor titánica de corregir a estas chicas e intentar brindarles herramientas para reinsertarlas en la sociedad nuevamente.

En nuestro trabajo se presentaron ciertas dificultades. En ocasiones los padres de las jóvenes no podían estar presentes en la citas porque no se los contactaba o se les hacía difícil la movilización, sin embargo nuestro trabajo y el de la institución no se dejó mermar, ambos (institución y nosotras, las estudiantes) pudimos enfrentar cada una de las múltiples dificultades que se nos presentaban gracias a la disposición y pasión por lograr una excelente labor.

Capítulo III

Aspecto Psicopatológico

Las adolescentes que ingresan al Centro traen consigo altos montos de angustia y ansiedad. Es necesario brindarles un espacio que invite a la calma y despeje sus ideas.

Como ya conocemos la psicopatología tiene como objetivo describir el funcionamiento, el origen y los procesos que permitan el cambio de ciertas conductas consideradas como patológicas.

La psicopatología vincula, las conductas de un sujeto, las cuales dan cuenta de la relación que tiene tanto consigo mismo y con el mundo que lo rodea. Es así como podemos relacionar la historia de estas adolescentes con las conductas actuales y a su vez patológicas que presentan.

Dentro de una institución como esta, es importante tener una marca simbólica, es decir un lugar con la posibilidad de entrar y salir no en un sentido físico, sino en la forma de experimentar y vivenciar esas experiencias traumáticas las cuales llevan a una precipitación pulsional en las adolescentes las cuales manifiestan en constante trasgresión.

Llegan a la institución jóvenes adolescentes de entre doce y dieciocho años derivadas del poder judicial por causa penal.

En cuanto a la familia, podríamos decir que es inexistente o que presenta características expulsivas, disgregadas o de abandono. No responden como padres que alojan al sujeto, que le brinden una estabilidad en la cual desarrollarse.

Tal es el caso de una de las internas dentro del Centro que citaremos a continuación.

“B” fue abandonada por su madre junto con su hermano un año mayor a muy temprana edad. Fue dejada a cargo de sus abuelos paternos los cuales en un principio no quisieron asumir la responsabilidad de los chicos y fueron internados en una institución pública donde

permanecieron hasta su adolescencia. Debido a su mala conducta "B" fue entregada de nuevo a sus abuelos paternos. Más tarde su padre fallece de VIH. Los abuelos responsabilizan a "B" de esto por no 'obedecer y andar en la calle lo cual deprimía al padre', lo que ocasionaba que su enfermedad empeore.

La madre mientras tanto permanecía en España, puesto que intentó sacar a sus hijos de la fundación, pero no se lo permitieron hasta tener una estabilidad económica apta para mantenerlos a ambos.

Luego de la muerte del padre la paciente manifiesta conductas rebeldes, se escapa de la casa, comienza a consumir drogas y alcohol. Lleva un estilo de vida promiscuo y deja los estudios.

Al ingresar al Centro "B" conoce a su madre por primera vez. Ya que por medio de la televisión, en un noticiero, logra reconocerla y la va a buscar.

Para este tiempo la madre de "B" ya había formalizado un compromiso con otra persona con el cual tiene cuatro hijos.

Según Freud, la represión se basa en el desalojo de una representación y la aparición de alguna representación sustitutiva o de alguna palabra sustitutiva de aquella otra, que está siendo reprimida. En este sentido, el síntoma paradigmático de la histeria es la conversión, y el significante va a estar actuando de un modo particular en el cuerpo. Ese cuerpo que funciona ahí como representación sustitutiva de aquella otra representación que está siendo reprimida.

Es así como podemos analizar una clara situación en la que "B" como el resto de las adolescentes internadas en el Centro provienen de familias disfuncionales en las cuales los roles paternos no han podido brindarles una estabilidad ni un equilibrio en sus vidas. Estas carencias son traducidas en la adolescencia como síntomas. En el claro caso de "B" se produjo un desajuste con respecto a su sexualidad en la adolescencia.

Sabemos que la adolescencia trae consigo una nueva forma de ver el mundo, en donde sentimientos de soledad y abandono suelen presentarse. (Pérdida de los padres).

A nivel de la adolescencia, se producen ciertos "movimientos" que van a dar lugar a nuevas posiciones y a la adquisición de nuevos ideales (nuevas metas). Aquí, la estructura no cambia sino que se modifica y el trabajo psíquico que se pone en juego es el duelo. Duelo como aquella reacción que se pone en funcionamiento frente a lo que se pierde y/o perdió de la persona amada. El adolescente realiza tres duelos importantes:

Por la pérdida del cuerpo infantil, por el rol infantil, caída de los padres como ideales

La caída de sus ideales, ser como sus padres, le permite construir sus propios ideales, aquello que desea ser y hacer. Además de ubicarlos ya no como Dioses todopoderosos sino como humanos que pueden morir.

El momento de la pubertad, es el momento que aparece ese cambio corporal, esa metamorfosis y una corriente de ternura de la vida sexual. Eso quiere decir que el lado del amor va a entrar en conflicto necesariamente con esa satisfacción sexual.

La elección de objeto en la época de la pubertad va a tener que renunciar a los objetos infantiles y comenzar de nuevo, comenzar de nuevo con una corriente sexual. Hay una especie de nuevo inicio de la vida sexual en el momento de la pubertad y las dos tendencias, la tendencia infantil y la tendencia nueva que aparece en la adolescencia va a entrar en contradicción necesariamente. Es decir, los objetos nuevos que se plantean para el adolescente, para el púber, extra-familiares, van a estar siempre marcados por las elecciones infantiles de objetos familiares, hechos en el ambiente familiar, es una contradicción.

Pero que sucede con los casos que encontramos dentro del Centro de adolescentes infractoras. Como en el caso de "B" esta época de la pubertad es erróneamente trazada debido a la carencia de referentes los cuales se traducen como una falla en la relación edípica. Su madre la abandona desde muy temprana edad, es abandonada también por sus abuelos, y luego atraviesa un proceso de duelo por su padre, en la que no solo se enfrenta a su fallecimiento si no también a los reproches de sus abuelos por haberle causado sufrimiento con su conducta rebelde.

Ya al momento de las sesiones con "B" su discurso la va llevando hacia esos sentimientos de inseguridad por el constante abandono, esa necesidad de 'ofrecerse' para ser querida. *"Todos me dejan siempre porque soy difícil y no hago caso, no me importa lo que piensen de mí, yo hago lo que quiero"*.

Un síntoma, en psicoanálisis, es una formación inconsciente, incompatible con respecto al resto de las características del sujeto, formación que se halla afectada por el mecanismo de represión u otros mecanismos ya que es el fruto de una transacción entre tendencias en conflicto.⁶ Se debe considerar la posición del sujeto de estructura a partir del tipo de síntoma que el sujeto articula en la experiencia analítica⁷. Por lo cual si retomamos el caso de "B" podemos encontrar cual es su posición frente a todos los acontecimientos traumáticos. Y notamos que en su adolescencia por la falta de carencias afectivas "B" lleva de forma errónea su sexualidad, buscando en los hombres un reconocimiento que no logró encontrar en ninguno de sus padres ni abuelos. Ha tenido varias parejas a su corta edad, y muchas veces ha llegado a la prostitución no por necesidad económica si no por simple satisfacción del otro como comenta ella. *"No lo pienso, es como si fuera otra mujer. Pasa cuando me siento triste. Me emborracho y voy a buscar alguien que quiera estar conmigo, y me dan plata después"*.

Estas adolescentes no son como los pacientes que llegan a nuestra consulta diariamente. No demandan una solución a su sufrimiento, no están advertidos del riesgo al cual se exponen y no quiere renunciar a sus impulsiones y trasgresiones. Por lo general las primeras sesiones son de carácter obligatorio para la mayoría, es decir que otro decide intervenir debido a que la situación o el rumbo de sus vidas presenta un riesgo tanto como para ellas como para terceros.

Desde este lugar, la fuga aparece como primer movimiento de las adolescentes. La fuga como un llamado de atención, como un escape de todos esos sufrimientos y conflictos que las molestan. Estos son los llamados 'acting out'. Que por definición es un acto inconsciente, cumplido por un sujeto fuera de sí, que se producía en lugar de un «acordarse de». Este acto es siempre impulsivo. Es una conducta sostenida por un sujeto y que se da a descifrar al otro a

⁶ Los orígenes del sujeto y su lugar en la clínica psicoanalítica, Leonardo Peskim

⁷ Jaques Lacan/ Las formaciones del inconsciente

quien se dirige. Es una transferencia. Aunque el sujeto no muestre nada, algo se muestra, fuera de toda rememoración posible y de todo levantamiento de una represión. El acting-out da a oír a otro, que se ha vuelto sordo. Es una demanda de simbolización exigida en una transferencia salvaje⁸.

A partir de aquí, es necesario maniobrar para producir un alojamiento del sujeto en la institución. Por ello el primer abordaje gira alrededor de las fugas e instala un lugar institucional que pueda alojar allí al sujeto. Este lugar institucional pensado como conjunto de recursos, intervenciones y maniobras coordinadas que son necesarias para abordar la impulsión y ayudar a estas adolescentes.

Al principio del tratamiento psicológico las jóvenes de este Centro muestran mecanismos de resistencia e intentan manipular y llevar las entrevistas para poder beneficiarse de ellas. La mayoría llega victimizándose con discursos e historias acerca de su inocencia, pero en posteriores sesiones adquieren la confianza para contar sus verdaderas motivaciones.

Tal es el caso de 'MF' que tras una historia de adicción, robos y fugas, llega a la institución. Durante las sesiones se muestra en un principio resistente y desconfiada del proceso. Poco a poco se va abriendo más con respecto a su historia familiar y las situaciones que la han afectado a lo largo de su vida. Durante una sesión en particular trata la relación con su madre, manifiesta sentirse culpable de "hacerla sufrir" a ella y sus seres queridos, se muestra angustiada de estar encerrada y no poder hacer nada al respecto. Expone los temores que tiene de recaer en las drogas y las pandillas.

Es difícil para estos pacientes instalar una transferencia, depositar su historia y sus temores en un desconocido y más aun cuando este puede influir en su salida de la institución. No hay confianza en que pueda haber un profesional dispuesto a escuchar su decir. Entonces ¿para que hablar?⁹

⁸ Jaques Lacan/ Seminario X

⁹ La feminidad, la madre y la pareja/ Exposición de psicoanálisis/ Nicole Strickman

Tanto en el relato de 'B' como en el de "MF", su historia de abandono y rechazo se presenta como actual en el padecer y decir. No es exactamente un tiempo presente, sino más bien la indicación de un 'sin tiempo y sin sujeto'. Estas heridas indican un obstáculo en la represión (y posterior retorno por la vía de las formaciones inconscientes). Cerrada la posibilidad de manifestar un discurso en el que sus necesidades sean atendidas y escuchadas vemos como estas adolescentes se abren paso con el *acting out* como intento de acallar ese imperativo (imperativo de no hacer nada con respecto a sus sentimientos de abandono y rechazo).

En todas las escenas impulsivas de estas adolescentes hay un elemento común: las actuaciones son precipitadas por algún decir, proferido por alguien importante.

Freud introduce el *acting out* en el campo del psicoanálisis, donde actuar y recordar siguen el ritmo de la transferencia. Este actuar "no siempre carece de peligro" y puede llevar al paciente a "regodearse en lo patológico".

El psicoanálisis es una práctica de discurso, pero el *acting out* demuestra que no se trata solo de significantes, sino también de algo más. Se muestra allí un deseo que no logra articularse. Un deseo desesperado, una necesidad de ser escuchado. Dirigida a un otro no en tanto sujeto supuesto saber (el psicólogo), ya que no hay enigma para interpretar. Si ese Otro, sean los padres, la institución o el psicólogo, no toman precauciones al respecto, el *acting* puede devenir pasaje al acto (suicidio)¹⁰.

Con sus constantes *actings* y desafíos. Estas adolescentes reclaman un límite. Luego de la ansiedad, al momento de restablecer el dialogo se reducen estos síntomas salvajes e irruptivos. Y llega muchas veces depresión y angustia. Lo cual explica esos rasgos de histeria en su conducta dentro del Centro. Buscan constantemente la ruptura de ese discurso con el cual han crecido: "*no vales nada, nadie te quiere, eres culpable, causas dolor y sufrimiento a tu familia*"

Los recursos como: la interpretación y el fortalecimiento del yo son técnicas a utilizar con estas adolescentes para poder prepararlas para el momento de regresar a su entorno. Muchas veces

¹⁰ Acerca de la pubertad y la adolescencia. /Liliana Szapiro

esto representa un enorme reto en sus vidas porque en la mayoría de los casos estas chicas vienen repitiendo la misma historia de sus padres. Madres dedicadas a la prostitución, padres involucrados en el narcotráfico, hermanos, primos y amigos que pertenecen a pandillas, etc., por lo que es realmente una inserción a la sociedad sin primero haber trabajado de igual forma con la familia.

Como psicólogos se busca ofrecer un lugar de escucha. Estas operaciones analíticas y psicoterapéuticas incluyen múltiples intervenciones en los distintos ámbitos institucionales. Las maniobras e intervenciones están ligadas a brindar al paciente un discurso con límites, en el que se dé un lugar a su palabra a su historia personal y así mismo el advenimiento de su propio deseo. Es importante siempre promover el decir y favorecer la escucha. Dando pautas e intervenciones en para poder reinsertar a la paciente en un nuevo balance.

Al momento del trabajo terapéutico con las adolescentes se trabaja el proyecto de vida y se les encomienda diferentes pensamientos o trabajos para que realice a lo largo de la semana mientras espera la siguiente visita. Esto le brinda cierta seguridad y estabilidad puesto que hay alguien que espera algo de ellas. Se instala aquí un acuerdo simbólico.

A lo largo de las prácticas se realizaron pactos, acuerdos, indicaciones y sanciones que operaron alojando al sujeto en la institución.

Otras veces se trata de no brindar palabras específicamente, sino un espacio de juego, de hacer surgir el recurso del significante¹¹. Una forma en que las adolescentes formen vínculos con sus compañeras, desarrollen confianza en sí mismas y en los demás.

En los juegos del lenguaje hay un sujeto que emerge. Convertir los acontecimientos en hechos de discurso es posible porque la palabra misma es acto. La palabra proferida por un sujeto con autoridad para hacerlo, constituye un acto en sentido pleno, es decir que produce como efecto un cambio en la posición subjetiva. Así pensados, juego, palabra y acto permiten otra articulación: el juego del lenguaje es la vía para construir una realidad, la del sujeto que se

¹¹ El malestar en niños y adolescentes/ Miquel Bassols

produce por ese acto. Con estos pacientes hay que fundar el juego verbal, y el chiste es una herramienta fundamental¹² con la que podemos llegar a ellas.

Dentro del centro otras dos adolescentes atendidas fueron diagnosticadas con:

- “K”: Estructura histérica y síntomas depresivos.
- “D”: Neurosis traumática depresiva.

La evolución a largo plazo de una experiencia traumática vivida en la infancia o adolescencia es especialmente difícil de predecir, pero gran parte de la patología mental y conductual y de los conflictos psicosociales crónicos pueden prevenirse en un grado u otro si se abordan con sentido común de forma precoz.

Durante la infancia todos los niños se benefician del contacto con un modelo paterno respetable, racional y benévolo, aunque éste no tiene que ser necesariamente el padre biológico, hablamos de una figura paterna.

La experiencia psicoanalítica ha enseñado a ver en estas relaciones inconscientes entre padre e hija, una *“reviviscencia de gérmenes sensitivos infantiles”*¹³. De forma muy temprana se establece la atracción sexual entre padres e hijos y se ha demostrado que la fábula de Edipo constituye una elaboración del nódulo típico de estas relaciones.

Hablemos de pérdida, pero antes es necesario especificar a qué nos referimos con “pérdida”. El hecho de que un padre se encuentre en el hogar, no significa que el niño sienta la presencia de este, ya que muchas veces se cuenta con padres sumergidos en vicios que, a pesar de estar presentes físicamente, sus aportes al hogar son nulos.

En el caso de las dos adolescentes (“K” y “D”), su patrón, fue el abandono y decepción por parte de la figura paterna, lo cual fue impulso de abandonar su hogar para salir a las calles en busca de suplentes de placer, como lo fue la toxicomanía, delincuencia y prostitución.

¹² Acerca del dispositivo institucional para una clínica de las impulsiones/ Maria Diharce, Susana D. Neuhaus

¹³ Freud, Sigmund. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen VII - Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras (1901-1905), «Fragmento de análisis de un caso de histeria» (Caso «Dora»).

La prostitución fue también un factor común en la mayoría de las adolescentes del centro de reclusión. ¹⁴Dice Freud que *“con el advenimiento de la pubertad comienzan las transformaciones que han de llevar la vida sexual infantil hacia su definitiva constitución. La sexualidad no es únicamente sexo o relaciones sexuales, es más amplia. La pulsión o instinto sexual que, según la descripción psicoanalítica freudiana, es la fuerza que empuja a la búsqueda del placer, tiene sus propios caminos desconocidos para el sujeto y sus propias vías de expresión, no todas de orden genital. Todas las conductas que se observan en el adolescente son parte de su proceso de auto descubrimiento en busca de la construcción de su identidad sexual. Vemos que empiezan a establecerse relaciones íntimas fuera del entorno familiar con pares. Los padres se hacen menos imprescindibles y surgen los primeros desacuerdos entre puntos de vista diferentes entre padres e hijos.”*

Cuando las relaciones fraternas que enriquecen a estas adolescentes, no se dan, es ahí cuando empiezan una búsqueda incesante de satisfacción, sin ningún tipo de discriminación, para poder satisfacer su carencia emocional.

Esta búsqueda superficial, termina luego en decepción, para luego intentar una nueva búsqueda, que se vuelve un círculo vicioso y concluirá en dos salidas: conductas negadoras y conductas depresivas.

Una de ellas fue el conflicto central de las pacientes “K” y “D” que están íntimamente ligadas a la disolución del Complejo de Edipo, ya que el síntoma de ellas reactualiza ciertos impulsos amorosos que en los años infantiles mantuvieron en relación a su padre.

Hablando específicamente de cada caso, “K” fue abandonada por su padre biológico, quien luego fallece y su madre se casa con el padrastro de la paciente, pero luego abandona el hogar, sufriendo la paciente otra decepción, ya que va en busca de él, pero este huye de su presencia.

¹⁴ S. Freud, Tres ensayos para una teoría sexual (1905), Ed. Amorrortu, Tomo VII, 3º Ensayo: La metamorfosis de la pubertad.

"K" culpa a su madre y a su hermana de haber perdido a su padre biológico y a su padrastro, ya que ellas mantenían conductas conflictivas con ellos hasta el punto de alejarlos de su vida y abandonar el hogar.

A medida de que "K" crece, empieza el despertar de su sexualidad, la cual la direcciona a mantener constantes relaciones amorosas con el esposo de su hermana y con el novio de su madre, en años diferentes.

En la sesión #8, relata un sueño en el que su hermana la descubre teniendo relaciones sexuales con su esposo. (Fantasía inconsciente).

Las formaciones de síntomas histéricos provienen de esas ideas perversas inconscientes. En la interpretación de los sueños dice Freud que *"El motivo de el deseo que se afirma en su proyección, ha descompaginado el material de que están constituidas las impresiones de vivencias infantiles, y lo ha reordenado en una nueva realidad. Cobran allí figurabilidad desde las escenas o fantasías inconscientes."*

*En la histeria, son la clase de fantasías que se pueden figurar mediante ese abandono del equilibrio corporal.*¹⁵ Por lo que relacionaríamos el sueño de "K" como una formación fantasmática que le permite tolerar la angustia de esta idea de abandono del padre por "culpa" de su madre y hermana y pueda producirse un goce con respecto a vengarse de estas culpables.

Esta situación de engaño a su madre y hermana produce sentimientos ambivalentes durante las sesiones, ya que por una parte "K" sacia su sed de venganza hacia ellas por medio de su sueño en el cual la descubren. Pero a la vez manifiesta sentir repugnancia de sí misma por su proceder. Esta ambivalencia fue la causal de que muchas veces la paciente se refugie en las drogas y el alcohol.

También "K" va en busca de hombres mayores, con los cuales mantener una relación amorosa, como lo es su novio actual, quien es mayor a ella por 25 años, y en el que proyecta las características de una figura paterna que le brinda protección y seguridad económica.

¹⁵ El fantasma en la cura. Dr. Federico Luis Aberastury y Dra. Mirta Goldstein

Esta es una característica muy común en adolescentes que fueron privadas de sustentos básicos económicos y afectivos, por lo cual estas relaciones amorosas con hombres mayores son uno más de los suplentes de sus carencias.

En el caso de "D", su abuela le revela a los 8 años de edad, que no es hija biológica de su padre, lo cual la paciente no pudo manifestarle ningún comentario a su madre, hasta esperar que le confiese lo mismo que su abuela. Pasan años de espera, hasta que la adolescente no resiste más callar esta verdad y se lo dice a su madre, reprochándole tantos años de mentiras. (Fueron 7 años de espera, en los que "D" alimentó el odio hacia su madre día a día).

La paciente fue obligada a reprimir sus deseos de hablar sobre el tema o de responder incógnitas relacionadas con el vínculo edípico que mantuvo en su infancia con quien creía ser su padre biológico.

La madre de la adolescente no constituye una figura o un referente sólido para ella, que le ayude a establecer de forma adecuada esta pérdida del enlace biológico y figura paternal, que existió por muchos años en ella y que de un momento al otro se tuvo que despojar.

La paciente luego de reprocharle a su madre tantos años de mentira, sale a las calles en busca de toxicomanías y prostitución. Varias veces intenta suicidarse, pero es claramente un llamado de atención al Otro. Luego de su ingreso al centro de reclusión, es diagnosticada con depresión.

En estos dos casos podemos ver que los sucesos acontecidos en la infancia de cada una de las adolescentes, no se vuelven traumáticos en esta etapa, sino en la etapa de la adolescencia, que es cuando tienen una re-significación y empiezan a manifestarse los síntomas histéricos (caso "K") y depresivos (caso "D").

Antes de emprender el tratamiento de una histeria es necesario hallarse convencido de que ha de ser inevitable tratar de cosas sexuales o estar dispuesto a dejarse convencer por la experiencia. Freud indica que *"si obramos con prudencia no haremos más que traducirles a lo consciente aquello que ya inconscientemente saben, y toda la acción de la cura reposa en el*

*conocimiento de que la influencia afectiva de una idea inconsciente es más enérgica y más perjudicial que la de una idea consciente, pues no es susceptible de contención”.*¹⁶

Uno de los síntomas de histeria que manifestó “K”, fue la ambivalencia luego de mantener coitos con el novio de su madre y con el esposo de su hermana. La paciente comentó varias veces durante la sesión, que durante las relaciones sexuales sentía placer sin arrepentimientos (a lo que podemos significar como venganza), pero luego del acto, sentía mucha repugnancia. *“muchas veces fui al baño a vomitar luego de estar con ellos, sentía asco de mí misma”.* Y luego de esto empezaba el consumo de drogas o alcohol. Esto se formó en un círculo vicioso constante para la paciente.

*“Todo síntoma histérico necesita aportaciones de ambos lados, de lo psíquico y lo somático. No puede formarse sin cierta colaboración somática facilitada por un proceso normal o patológico en algún órgano del cuerpo. No surge más de una vez y para que un síntoma tenga carácter histérico es necesario que posea la capacidad de repetirse, cuando no tiene una significación psíquica, un sentido. Y este sentido lo trae prestado, le es arreglado y puede ser distinto en cada caso, según la composición de las ideas reprimidas que pugnan por encontrar una expresión.”*¹⁷

¹⁶ Freud, Sigmund. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen VII - Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras (1901-1905), «Fragmento de análisis de un caso de histeria» (Caso «Dora»)

¹⁷ Freud, Sigmund. Obras completas de Sigmund Freud. Volumen VII - Tres ensayos de teoría sexual, y otras obras (1901-1905), «Fragmento de análisis de un caso de histeria» (Caso «Dora»).

Conclusiones

El objeto de estudio de la psicología es el síntoma del sujeto, considerado como la respuesta al malestar que vive en su entorno bio-psico-social, en este caso, el adolescente es fruto de una red de configuraciones vinculares y roles familiares, a partir de los cuales irá construyendo una imagen de sí mismo de acuerdo a diversas identificaciones, proyecciones, éxitos o fracasos en las diferentes áreas de la vida.

Las expectativas creadas en la infancia del adolescente, es un factor vital que incidirá en su conducta social, ya que los primeros vínculos dados en la infancia forjarán el carácter y la toma de decisiones en su etapa de la adolescencia.

Como psicólogos clínicos nos encontraremos siempre con pacientes que demandan ayuda para hacer cesar un intenso sufrimiento para el que encontraron un remedio: el robo, la fuga, la droga, el golpe, etc., en un intento de poner una barrera al sufrimiento en el que han crecido y como una forma de preservar un deseo propio que no llegar a articularse de una forma adecuada.

Ante esto tenemos que mantenernos firmes y no ceder ante las manipulaciones que pueden producir estas adolescentes. Podemos ayudar al sujeto a inventar un nuevo modo de decir a condición de ser soporte, formar un proyecto de vida en el cual disminuya la angustia que muchas de estas jóvenes vivencia debido a las malas condiciones económicas en las que han crecido. Debemos ir más allá, dar un lugar en el que realmente sean escuchadas. De este modo, desde lo mostrable se podrá producir lo decible y desde el decir podrá cernirse lo indecible. Es decir eso oculto e inconsciente que es el causante de tanta angustia y trasgresión en estas pacientes. El psicólogo, por consiguiente, intenta instalar un posicionamiento subjetivo diferente al que ellas han oído siempre, definir las en un nuevo rol.

Es necesario responsabilizar a las pacientes acerca de los efectos de su conducta, las consecuencias de sus actos, muchas veces se sienten ajenas a su propia vida, pero es necesario y esencial para la cura de sus impulsiones.

Como psicólogos es importante que se dedique un trabajo más arduo al nivel de la adolescencia. Ya de por sí es una etapa difícil de superar y mucho más si están enfrentados a tantas dificultades y sufrimientos. Este aspecto puede remarcarse en la actualidad, con el incremento de la violencia. Si se atienden las noticias podremos observar que la mayoría de los actos delictivos ahora son llevados por adolescentes y eso es preocupante.

Cometen delitos, como robos y asesinatos para poder ingresar a pandillas. Sienten placer por la aceptación de los demás miembros, pero luego de esto sienten culpa y decepción de sí mismas por lo cometido. Esto las llevará al principio de la cadena, volviéndose presas de su círculo vicioso.

He aquí la relación entre trasgresión, abandono y rechazo, la cual está basada en una cadena de placer/decepción, cadena que debe ser interrumpida con un trabajo con respecto a las impulsiones de estas adolescentes.

Debemos tomar el trabajo en el Centro como un tratamiento preliminar a las impulsiones, pero estas deben mantener un trabajo fuera de ella. Para así realmente llevar a estas adolescentes a un cambio positivo con respecto a la trasgresión.

Capítulo IV

Informes

Informe Psicológico #1

Practicante:

✎ Ana Belén Darquea Rivera.

Informe Psicológico

1. Datos de filiación:

Nombres: "B"

Lugar y fecha de nacimiento: El Oro – 11/Mayo/1994

Edad: 16 años

Ocupación: No estudia actualmente

Escolaridad: Primaria terminada

Institución: C.A.I

Fecha del informe: Martes 3 de Agosto del 2010

Informe elaborado por: Ana Belén Darquea Rivera.

2. Motivo de ingreso

La paciente ingresa a la institución por asalto a la propiedad privada (robo).

3. Motivo de consulta

- La interna asiste al departamento psicológico por sentirse angustiada y triste debido a su encierro en la institución. Comenta llevarse bien con las otras compañeras, pero se encuentra constantemente inmersa en peleas y conflictos con ellas (debido a los rumores y comentarios que ella mismo admite realizar).

4. Procedimiento

- La primera entrevista fue dirigida: información y contrato con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La tercera entrevista fue semi-dirigida con la paciente (30 minutos)
- La cuarta entrevista fue semi-dirigida con la paciente (se utilizó la técnica del dibujo de la persona humana) cuya duración fue de 35 minutos.
- La quinta entrevista fue con asociación libre con el paciente cuya duración fue de 25 minutos.
- La sexta entrevista fue semi-dirigida con la madre de la paciente, cuya duración fue de 40 minutos.
- La séptima entrevista fue semi-dirigida con la paciente, cuya duración fue de 25 minutos (test de la familia).
- La octava entrevista fue semi-dirigida con la paciente, cuya duración fue de 30 minutos (proyecto de vida).
- La novena entrevista fue semi-dirigida con el paciente y su madre. (fue de 50 minutos)
- La décima entrevista fue semi-dirigida con la madre y el padrastro de la paciente, cuya duración fue de 30 minutos.
- La décima primera entrevista fue semi-dirigida con la paciente duración fue de 30 minutos.
- La décima segunda entrevista fue de cierre con la paciente, cuya duración fue de 20 minutos.

- La décima tercera entrevista fue de control y/o seguimiento con la paciente cuya duración fue de 30 minutos.

5. Situación familiar

“B” fue abandonada por su madre junto con su hermano un año mayor a muy temprana edad. Fue dejada a cargo de sus abuelos paternos los cuales en un principio no quisieron asumir la responsabilidad de los chicos y fueron internados en una institución de rehabilitación y niños huérfanos donde permanecieron hasta su adolescencia. Debido a su mala conducta “B” fue entregada de nuevo a sus abuelos paternos. Más tarde su padre fallece de VIH. Los abuelos responsabilizan a “B” de esto por no ‘obedecer y andar en la calle lo cual deprimía al padre’, lo que ocasionaba que su enfermedad empeore.

La madre mientras tanto permanecía en España, puesto que intentó sacar a sus hijos de la institución pero no se lo permitieron hasta tener una estabilidad económica apta para mantenerlos a ambos.

Luego de la muerte del padre la paciente manifiesta conductas rebeldes, se escapa de la casa, comienza a consumir drogas y alcohol. Lleva un estilo de vida promiscuo y deja los estudios.

Al ingresar al CAI “B” conoce a su madre por 1era vez.

6. Evaluación psicológica con sus resultados

- **Diagnóstico descriptivo**

La interna posee una personalidad extrovertida. Durante las sesiones habla constantemente. Por lo general mantiene su aseo personal en buen estado, pero este puede variar con sus cambios de ánimo.

En un principio mantiene un discurso victimizado y manipulado, miente para producir una buena impresión en los demás, pero a lo largo de las siguientes sesiones se va sincerando con respecto a cómo ha llevado su vida y las problemáticas que la llevan a tomar malas decisiones, además de la dificultad que tiene con respecto a la promiscuidad.

En las últimas sesiones se plantea objetivos a corto plazo en los que cuenta con un proyecto de vida general para el momento en el que salga de la institución. Ha decidido regresar a la casa de su mamá, quien la va a apoyar para buscar un trabajo, ingresar en un curso de tejido y luego retomar sus estudios. Esto cuando haya logrado adaptarse a su nuevo hogar.

- **Diagnóstico clínico dinámico**

La paciente manifiesta sentimientos de abandono y falta de afecto lo cual se ve traducido en conductas que buscan llamar la atención constantemente (sean buenas o malas). Muestra resentimientos no elaborados hacia la madre. Las dificultades en las relaciones de pareja son el resultado de un temor al abandono, el cual intenta mantener con conductas provocativas y promiscuas. Presenta un duelo no elaborado por la muerte del padre, junto con sentimientos de culpa. Manifiesta rasgos adictivos de alcohol y drogas los cuales busca cuando se siente deprimida. A su vez manifiesta síntomas histéricos reflejadas en conductas rebeldes, promiscuidad tanto con hombres como mujeres y agresividad, tanto dentro como fuera de la institución, mediante las cuales busca llamar la atención de las personas que se encuentran a su alrededor.

- **Mecanismos defensivos**

- ✓ **Proyección:** Busca constantemente el reconocimiento, cariño y atención de los hombres para sobrellevar su sentimiento de abandono. También como una búsqueda de figura paterna.

7. Conclusiones

La paciente posee una conducta volátil dentro de la institución. Busca llamar la atención constantemente, en parte debido a las carencias afectivas y sentimientos de abandono que se dieron por parte de la madre al no estar presente durante su infancia. Sus conductas agresivas y rebeldes se deben en gran parte a estos resentimientos. Mantiene una búsqueda constante de

una figura paterna que le brinde protección, estabilidad, atención y cariño, el cual es dirigido hacia su vida promiscua.

8. Planificación

Objetivos en torno al paciente

- Posibilitarle al paciente un espacio de escucha, dentro del cual cuente con los elementos, las herramientas y los recursos necesarios para sostener un trabajo en relación a aquello que le cause malestar o conflicto, tanto dentro de la institución como dentro de su entorno familiar cuando ya se cumpla su sentencia.
- Brindar al paciente un acompañamiento que le permita sobrellevar la desestructuración familiar producto de la muerte de su padre, y el abandono tanto por parte de la madre como posteriormente los abuelos. Lo que le posibilite atravesar de mejor manera por el proceso de duelo.
- Se recomienda mantener orientación psicológica periódica para la paciente en la que se trabaje su imagen personal, el manejo de su sexualidad.

Objetivos relacionados a su entorno

- Es necesario que reestructure constantemente su proyecto de vida y que vaya cumpliendo sus objetivos (este puede ser controlado y trabajado con el psicólogo).
- Recibir terapia familiar (hermanos, madre, padrastro, abuelos) para estrechar lazos intrafamiliares, desarrollando siempre un clima de respeto.
- Desarrollar la relación entre madre e hija basada en una comunicación constante para que comiencen a conocerse poco a poco.

Informe Psicológico #2

1. Datos de filiación:

Nombres: "MF"

Lugar y fecha de nacimiento: Guayaquil – 24 de Julio de 1993

Edad: 17 años

Ocupación: No estudia actualmente

Escolaridad: 10mo año básico aprobado

Institución: C.A.I

Fecha del informe: Lunes 23 de Agosto del 2010

Informe elaborado por: Ana Belén Darquea Rivera.

2. Motivo de ingreso

La paciente ingresa a la institución por delito contra la propiedad (robo).

3. Motivo de consulta

La interna es derivada al departamento de psicología por sentirse nerviosa con respecto a la audiencia que se daría a cabo ese mismo día.

4. Procedimiento

- La primera entrevista fue dirigida: información y contrato con el paciente, cuya duración fue de 25 minutos.
- La tercera entrevista fue semi-dirigida con la paciente (20 minutos)
- La cuarta entrevista fue semi-dirigida con la madre de la paciente cuya duración fue de 35 minutos.

- La quinta entrevista fue semi-dirigida con el paciente cuya duración fue de 18 minutos.
- La sexta entrevista fue semi-dirigida con la madre de la paciente y la paciente, cuya duración fue de 40 minutos.
- La séptima entrevista fue de asociación libre con la paciente, cuya duración fue de 15 minutos.
- La octava entrevista fue semi-dirigida con la paciente, cuya duración fue de 30 minutos (Test de la persona humana).
- La novena entrevista fue semi-dirigida con la pareja actual de la paciente. (fue de 35 minutos)
- La décima entrevista fue semi-dirigida con la paciente y su pareja, cuya duración fue de 40 minutos.
- La décima primera entrevista fue semi-dirigida con la paciente duración fue de 30 minutos (Proyecto de vida).
- La décima segunda entrevista fue de cierre con la paciente, cuya duración fue de 15 minutos.
- La décima tercera entrevista fue de control y/o seguimiento con la paciente cuya duración fue de 20 minutos.

5. Situación familiar

“MF” proviene de un hogar disfuncional. Sus padres se separaron a los pocos meses de nacida, tiene una hermana mayor (del 1er compromiso). La madre adquirió otro compromiso del cual tiene tres hijos más. La relación de la paciente con el padre no es muy buena, puesto que nunca se hizo cargo de sus hijos ni cumplió con sus responsabilidades económicas. La relación entre la paciente y sus padres ha sido problemática (no quería estudiar, se escapaba de la casa, comenzó a tomar e ingerir estupefacientes). A los 14 años comenzó a vivir sola. Ingresó a una pandilla. Luego abandonó completamente los estudios para ingresar a una clínica de rehabilitación. Más tarde formalizó una relación homosexual con una amiga, la cual mantiene hasta el momento.

5. Evaluación psicológica con sus resultados

- **Diagnóstico descriptivo**

Dentro de la institución "MF" mantiene una conducta satisfactoria, cumple con las tareas encomendadas y se muestra respetuosa en el trato con las encargadas. Se lleva bien con la mayoría de las compañeras. Posee una personalidad extrovertida, y muestra liderazgo dentro del grupo. Por lo general la paciente mantiene una mala postura (se joroba) y no es muy preocupada de su apariencia en general (si mantiene su aseo personal).

Durante las sesiones "MF" se muestra en un principio resistente y desconfiada del proceso. Poco a poco se va abriendo más con respecto a su historia familiar y las situaciones que la han afectado a lo largo de su vida. Durante una sesión en particular trata la relación con su madre, manifiesta sentirse culpable de "hacer sufrir" a sus seres queridos, se muestra angustiada de estar encerrada y no poder hacer nada al respecto. Expone los temores que tiene de recaer en las drogas y las pandillas.

Durante las últimas sesiones "MF" busca enfocarse más en sus objetivos al momento de su libertad. Quiere retomar sus estudios y trabajar en algo propio que le permita sentirse independiente y segura.

- **Diagnóstico clínico dinámico**

La paciente manifiesta sentimientos de abandono y resentimientos con respecto a su padre. El no haber tenido una figura paterna con la cual ella pudiera identificarse ha producido conductas rebeldes. Manifiesta rasgos adictivos (drogas) las cuales busca para sentirse más 'fuerte y segura'. Muestra también síntomas histéricos conductas de rebeldía y agresividad, tanto dentro como fuera del Centro, mediante las cuales busca llamar la atención de las personas que se encuentran a su alrededor. Manifiesta también rasgos depresivos con sentimientos de tristeza y frustración debido a su encierro y el causar sufrimiento a su madre, la cual ella comenta que siempre la ha apoyado y ha intentado que ella sea una 'persona de bien'.

- **Mecanismos defensivos**

- ✓ **Proyección:** busca brindar a sus parejas (mujeres) protección y seguridad. Se identifica en un rol masculino el cual fue carente en su caso.
- ✓ **Represión:** Con respecto al abandono del padre. Mantiene una gran frustración en contra de los hombres, pero ella se asume en esa posición.

6. Conclusiones

La paciente posee una conducta trasgresora dentro de la institución. Busca llamar la atención constantemente, manifiesta liderazgo con respecto al resto del grupo. Sus conductas agresivas y rebeldes se deben en gran parte a los resentimientos por el abandono de su padre. El medio en el que creció la lleva a satisfacer todas estas carencias infantiles. Se identifica con una figura masculina y busca una estabilidad familiar con su pareja, intentando brindar protección, estabilidad, atención y cariño.

7. Planificación

Objetivos en torno al paciente

- Se recomienda mantener orientación psicológica periódica para la paciente en la que se trabaje el compromiso con su pareja actual, sus adicciones y manejo de sus emociones.
- Es necesario que reestructure constantemente su proyecto de vida y que vaya cumpliendo sus objetivos (este puede ser controlado y trabajado con el psicólogo).
- Posibilitarle a la paciente un espacio de escucha, dentro del cual cuente con los elementos, las herramientas y los recursos necesarios para sostener un trabajo en relación a aquello que le cause malestar o conflicto, tanto dentro del Centro como dentro de su entorno familiar.
- Brindar al paciente un acompañamiento luego de que culmine su sentencia dentro del Centro, en la que pueda acudir a charlas sobre prevención de drogas y alcohol.

Objetivos relacionados a su entorno

- Recibir terapia familiar (hermanos, madre, padrastro) para estrechar lazos intrafamiliares, desarrollando siempre un clima de respeto.
- Brindar un espacio psicológico de parejas para poder sobrellevar la relación la cual le brinda una estabilidad a "MF" en su vida.

Informe Psicológico #3

Fecha: Guayaquil noviembre 11 del 2010 Profesional: Gina Fernández G.

✓ **Datos de Filiación:**

Nombre: "D"

Edad: 17 años

Escolaridad: 6to de básica

Institución: C.A.I.

Fecha del informe: Viernes 6 de agosto del 2010

Informe elaborado por: Gina Fernández G.

✓ **Procedimiento**

- La primera entrevista fue semidirigida, se trató solo el tema de derivación, tuvo una duración de 45 minutos.
- La segunda entrevista fue semidirigida, se habló sobre el motivo de su ingreso a la institución, tuvo una duración de 30 minutos.
- La tercera entrevista fue semidirigida, se habló sobre la dinámica familiar de la adolescente y sobre su hija, tuvo una duración de 35 minutos.
- La cuarta entrevista fue semidirigida, se habló sobre la separación de sus padres, tuvo una duración de 40 minutos.
- La quinta entrevista fue semidirigida, se habló sobre su adolescencia, tuvo una duración de 45 minutos.
- La sexta entrevista fue semidirigida, se habló sobre su vida en las calles, tuvo una duración de 40 minutos.
- La séptima entrevista fue semidirigida, se trató el tema de las drogas, alcohol y prostitución, tuvo una duración de 45 minutos.
- La octava entrevista fue semidirigida, se habló sobre el asesinato cometido y hubo una elaboración por parte del paciente de las razones que la llevaron a hacerlo, tuvo una duración de 40 minutos.

- La novena entrevista fue semidirigida, se habló con la madre de la paciente, tuvo una duración de 30 minutos.
- La décima entrevista fue semidirigida, se realizó un cierre del proceso diagnóstico, tuvo una duración de 45 minutos.
- La onceava entrevista fue abierta, fue una entrevista de seguimiento, en el cual se habló con la adolescente sobre proyectos a futuro que desea realizar luego de su salida del centro, tuvo una duración de 45 minutos.

✓ **Motivo de consulta**

La paciente se acerca al departamento psicológico remitida por la directora de la institución, la cual manifiesta que la interna fue cómplice en un asesinato de una de sus compañeras y esta fue la razón del ingreso al centro de reclusión. El delito fue cometido en una clínica de rehabilitación en la ciudad de Guayaquil, donde "D" fue internada, por sus su adicción al alcohol y a las drogas.

✓ **Antecedentes familiares y personales**

Presenció varias agresiones entre sus padres y vivió muy de cerca su separación.

A sus 8 años de edad su abuela le confiesa no ser hija biológica de su padre, lo cual "D" tuvo que callar, ya que su madre aun no le revelaba esta verdad. Luego de este acontecimiento la paciente intenta suicidarse, pero fue detenida por su madre.

Toma cierto rechazo a la figura paterna.

La adolescente espera día a día que su madre tenga la misma actitud que su abuela y le revele esta verdad, pero no lo hace.

Por 7 años (a los 15) "D" fue experimentando sentimientos de esperanza y decepción constantes, los cuales la llevan a múltiples enfrentamientos con su madre y padre (al cual ve esporádicamente).

Los padres de la adolescente no se explican la razón de su agresividad y la castigan constantemente.

"D" no tolera la situación con sus padres y se refugia en el alcohol, drogas y prostitución.

La paciente queda embarazada y la abuela se hace cargo de esta niña, ya que "D" es obligada por su madre a ingresar a una clínica de rehabilitación, donde comete el delito que la trasladó a este centro de reclusión. Luego de esto la abuela de la adolescente habla con la familia y les cuenta que "D" ya conocía de su adopción hace años atrás.

"D" cuenta sobre el asesinato, y dice que lo hizo porque su mejor amiga le mintió al decirle que ella era su única amiga. Siente celos de su compañera, incluso la paciente empieza a dudar de sus inclinaciones sexuales-

La compañera de "D" no le corresponde de la misma manera y es ahí cuando comete el asesinato.

✓ **Apreciación diagnóstica**

• **Diagnóstico descriptivo**

"D" es de contextura gruesa, denota poco cuidado personal, se muestra honesta desde el principio y habla de su vida sin ocultar detalles.

Al hablar sobre el delito cometido, se puede interpretar por sus palabras, que la paciente sintió placer al asesinar a su compañera y que no se arrepiente de hacerlo.

Luego de la 3era sesión se da una elaboración conjuntamente con la paciente de lo que la llevó a cometer este delito.

• **Diagnóstico clínico dinámico**

Neurosis traumática depresiva.

- Síntomas de trauma: "D" se sintió traicionada por su madre al no decirle la verdad de que era adoptada, todo lo que ella tenía visualizado en su vida fue percibido por "D" como una mentira, es por esto que decide darle un giro totalmente a sus principios y hacer todo lo contrario de lo que estaba acostumbrada, como forma de castigar a su madre.

En un centro de rehabilitación asesina a su compañera, ya que proyecta en ella los mismos sentimientos que sintió hacia su madre.

- Síntomas depresivos: "D" manifiesta que luego de que su abuela le dijera la verdad, tuvo esperanzas de que su madre también tomará la misma actitud, pero por muchos años vivió su día a día con una esperanza de que lo hiciera, que al final terminó en decepción, ya que no fue así. La adolescente siente mucha tristeza y enojo, no quiere salir de su cuarto, bajó mucho de peso. Deja los estudios, sale a las calles en busca de suplentes inmediatos de placer, acudía a fiestas con mucha frecuencia para alejarse de su tristeza. Ingresa al mundo de las adicciones y prostitución, para que finalmente quede embarazada de una niña.

- **Mecanismos defensivos**

- Represión: Por varios años la paciente no reveló saber la verdad de su procedencia. Reprimió sus sentimientos, ya que no pudo decírselo a su madre y pasaron muchos años antes de hacerlo.
- Proyección: La adolescente proyecta en su compañera de cuarto un sentimiento fuerte, más allá de una amistad. Pero sufre una nueva decepción, al igual como fue con sus padres y decide descargar su ira matándola.

- ✓ **Planificación**

- **Objetivos en torno al paciente**

1. Lograr que la adolescente acepte los cambios que se han dado en su vida, sobre todo elaborar el tema conjuntamente con su madre, para poder expresar sus sentimientos.
2. Reconocer que su impulso de asesinar a su compañera fue causa de sus sentimientos reprimidos de mentira y abandono por parte de su padre.
3. Ubicarse en su rol de madre, que por muchos años no lo hizo y trató de evadir su situación.
4. Prepararse para la terapia familiar.
5. Programa de adicción a las drogas y alcoholismo.

- **Objetivos relacionados con su entorno**

1. **Con su madre:** La madre debe estar dispuesta a escuchar lo que la adolescente necesita decirle, ya que son varios sentimientos reprimidos por muchos años que la madre debe prepararse a poder sobrellevar. También debe entablar una buena relación con su hija, ya que debe encaminar a la adolescente en esta difícil etapa de su vida, donde va a elaborar pérdidas que no lo hizo en su momento.
2. **Directora de la institución:** Es necesario que incluya programas de rehabilitación para las adolescentes que han abusado de las drogas y el alcohol, ya que la misma abstinencia dentro del centro, puede provocar que esta energía sea canalizada por medio de conflictos con las demás internas del centro.

Informe Psicológico #4

Fecha: Guayaquil agosto 17 del 2010

Profesional: Gina Fernández G.

✓ **Datos de Filiación:**

Nombre: "K"

Edad: 17 años

Escolaridad: 2do año de escuela de maquillaje

Institución: C.A.I.

Fecha del informe: Viernes 10 de septiembre del 2010

Informe elaborado por: Gina Fernández G.

✓ **Procedimiento**

- La primera entrevista fue semidirigida, se trató sobre el tema de derivación, tuvo una duración de 30 minutos.
- La segunda entrevista fue semidirigida, se habló sobre el motivo de su ingreso a la institución, tuvo una duración de 45 minutos.
- La tercera entrevista fue semidirigida, se habló sobre la dinámica familiar de la adolescente y la separación de sus padres, tuvo una duración de 45 minutos.
- La cuarta entrevista fue semidirigida, se habló sobre el fallecimiento de su padre, tuvo una duración de 40 minutos.
- La quinta entrevista fue semidirigida, la adolescente habla de sus relaciones amorosas, y de su novio actual. Tuvo una duración de 45 minutos.
- La sexta entrevista fue semidirigida, se habló sobre lo que la impulsó a ingresar al mundo de la prostitución y la toxicomanía. Tuvo una duración de 45 minutos.
- La séptima entrevista fue semidirigida, se trató sobre los robos cometidos y su ingreso a una pandilla delincuencia, lo cual la llevó a ingresar a este centro, tuvo una duración de 40 minutos.
- La octava entrevista fue semidirigida, con la familia de la paciente y tuvo una duración de 45 minutos.

- La novena entrevista fue semidirigida, fue el cierre del proceso psicodiagnóstico, ya que la paciente fue dada de alta de la institución. Tuvo una duración de 40 minutos
- La décima entrevista fue semidirigida, la paciente acude al centro luego de su salida, y se da una entrevista de seguimiento, tuvo una duración de 45 minutos.

✓ **Motivo de consulta**

La paciente se acerca al departamento psicológico manifestando que luego de ingresar a la institución, no ha hecho muchas amistades, salvo dos o tres internas con las cuales se identifica, ya que van más acorde su personalidad.

"K" ha tenido un par de entrevistas con la psicóloga que trabajaba anteriormente en la institución, pero manifiesta que no le tuvo confianza, por lo cual no pudo contarle varias cosas que necesita decir.

✓ **Antecedentes familiares y personales**

La interna fue producto de un matrimonio en el cual, el padre abandona el hogar cuando "K" estaba recién nacida.

La madre se vuelve a casar con la persona que "K" considera fue como su padre.

La paciente posee una hermana, un año mayor a ella, con la cual aparentemente mantiene una buena relación.

A los 9 años la madre le presenta a su padre biológico y se encariña mucho con él, pero luego él vuelve a abandonar el hogar y se va a vivir a España.

En el 2005 fallece el padrastro de las niñas.

Luego de esto "K" y su hermana van en busca de su padre biológico, lo llaman y vuelven a mantener contacto, hasta que sufren una nueva decepción, ya que se enteran que este padre estaba con ellas solo por interés económico hacia la madre.

Como podemos ver, se presenta una constante de abandono y decepción en la vida de la adolescente.

Luego de esto, "K" decide tomar otro rumbo en su vida. Empieza a salir con malas amistades, se droga constantemente, roba, se integra a la banda de "dulces sueños", trabaja de bailarina y en prostitución.

A pesar de llevar una vida promiscua, mantiene una relación "seria" con un hombre de 40 años, al cual lo proyecta como figura paterna para que le de seguridad y estabilidad económica (padrastra), pero a también proyecta en él a su padre biológico quien la decepcionó, y es por esto que ahora ella decepciona a su novio constantemente siéndole infiel.

"K" tiene muchos resentimientos hacia su madre y su hermana, que no han sido expresados. Estos resentimientos se deben a la falta de afecto y cuidado por parte de la madre y a una constante competencia con su hermana.

Estos sentimientos llevaron muchas veces a la adolescente a mantener relaciones sexuales con las parejas de su madre y su hermana.

✓ **Apreciación diagnóstica**

• **Diagnóstico descriptivo**

"K" es de contextura delgada, denota cuidado personal, al principio no se muestra honesta y miente sobre sucesos en su vida de los cuales se avergüenza. Luego de dos sesiones relata su vida como fue en realidad.

Luego de la 5ta sesión tiende a actuar más centrada y a plantearse objetivos a corto plazo.

En las últimas sesiones habla con claridad, se la más desenvuelta y con la esperanza en salir del centro para tomar nuevos propósitos en su vida. Toma la decisión de revelarles a su madre y a su novio lo que no saben de ella por medio de una terapia familiar dentro de la institución.

- **Diagnóstico clínico dinámico**

Estructura histérica y síntomas depresivos.

- Síntomas histéricos: La paciente mantiene relaciones sexuales con las parejas de su hermana y de su madre. Relata un sueño en el que su hermana la descubre teniendo relaciones sexuales con su esposo. Siente placer de engañar a su familia, pero también siente repugnancia de sí misma y usualmente, luego de tener relaciones sexuales con ellos, tiende a vomitar.
- Síntomas depresivos: La paciente no ha elaborado el duelo de la pérdida de su padre biológico ni ha superado la decepción por su abandono. Tampoco ha sido elaborado el duelo de la muerte de su padrastro. Trata varias veces de suicidarse, siente tristeza profunda, pero trata de refugiarse en el alcohol, drogas y prostitución.

- **Mecanismos defensivos:**

- Represión: No ha elaborado los procesos básicos de duelo, esto ha causado que la adolescente reprima sus sentimientos para luego proyectarlos en suplementes momentáneos de placer.
- Proyección: Proyecta en su pareja la paternidad que le fue arrebatada en su niñez, ya que toma de él seguridad y estabilidad económica. Pero también proyecta en él a su padre biológico, al cual trata de decepcionarlo como su padre la decepcionó a ella.

✓ **Planificación**

- **Objetivos en torno al paciente**

6. Lograr que la adolescente acepte los cambios que se han dado en su vida, sobre todo la elaboración de duelo y sacar lo positivo de ello.
7. Reconocer que su enojo manifestado en varios acontecimientos en su vida, se dieron ya que son parte de la culpa que siente ella y que le hace sentir al resto por la pérdida de sus padres.

8. Prepararse para la terapia familiar.

- **Objetivos relacionados con su entorno**

1. **Con la mamá:** Mejorar la relación con su hija, ya que la adolescente ha decidido volver a vivir con su madre y mantener una buena relación por medio de la honestidad.

Lograr que en su hogar se propicie y se fomente la comunicación, con la finalidad de estrechar los lazos intrafamiliares, que la madre esté capacitados para resolver inquietudes propias de la edad de su hija

2. **Con su novio:** Reformular su relación y poder tomar una decisión de seguir o no juntos, ya que su unión estuvo basada por mucho tiempo en las razones equivocadas.

Bibliografía

- ✓ **Otto Fenichel:** *Teoría psicoanalítica de las neurosis*
- ✓ **Maria Diharce, Susana D. Neuhaus:** *Acerca del dispositivo institucional para una clínica de las impulsiones.*
- ✓ **Nicole Strickman:** *La feminidad, la madre y la pareja*
- ✓ **Jaques Lacan:** *Las formaciones del inconsciente*
- ✓ **Jaques Lacan:** *Seminario X*
- ✓ **Adriana Muela León:** *Modelo de atención integral socio-psico-pedagógico para adolescentes que han infringido la ley.*
- ✓ **Sigmund Freud:** *Tres ensayos para una teoría sexual*
- ✓ **Sigmund Freud:** *Consejos al médico*
- ✓ **Sigmund Freud:** *Inhibición, síntoma y angustia*
- ✓ **Sigmund Freud:** *Estudios sobre la histeria*
- ✓ **Bassols Miguel:** *Artículo. Cuadernos europeos de psicoanálisis. El malestar en niños y adolescentes.*
- ✓ **Chiland Colette:** *Artículo. El insoportable cambio del cuerpo en la pubertad.*
- ✓ **Jaques Lacan:** *La Familia*