



UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGIA

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

**“Psicoterapia psicoanalítica de Grupo para el Trabajo de Duelo en Padres con Hijos
Drogodependientes”**

Para obtener el Grado de Maestra en Psicología

PRESENTA:

Psi. Martha Alicia Martínez Díaz

Directora de Tesis

Dra. Lucía Alejandra Ramírez Serrano

Comité Tutorial:

Mtra. Marisol Campos Rivera

Dr. Luis Pérez Álvarez

Mtro. Ricardo Labias Maldonado

Mtra. Iliana Murguía Álvarez

Mayo 2019

Tabla de Contenido

Introducción	5
Antecedentes	6
Capítulo I. Marco Teórico.....	15
1. Fundamentos Teóricos Sobre Duelo	15
1.1. Término y Concepto	15
1.2. Modelo Psicoanalítico Sobre el Duelo	15
Tabla1. Diferencias y Similitudes Entre Duelo y Melancolía. García, M. (2013).....	18
Tabla 2: “Etapas de Trabajo del Duelo”	23
Tabla 3: “Evolución del Duelo y sus Posibilidades Patológicas”	27
Capítulo II. Vínculos y Estructura de la Familia del Sujeto Drogodependiente.	30
Capítulo III. Conceptualizaciones sobre “El Grupo”	37
3.1. Definición de “Grupo”.....	37
3.2 Historia sobre la formación de los Grupos Terapéuticos	38
3.3. Conceptualización de la Terapia Psicoanalítica Grupal.....	44
4.4. Propiedades Generales de la Psicoterapia de Grupo	52
4.5. Ventajas del psicoanálisis de grupo frente a la terapia individual:	56
4.6. Contenido y Dimensiones del Psicoanálisis en Grupo	57
Tabla 3: “Funciones y Dimensiones de la Terapia Psicoanalítica Grupal” (Corey, 1995)	57

Capítulo IV. Planteamiento del Problema.....	60
4.1. Justificación	61
4.2. Objetivo General.....	64
4.3. Objetivos Específicos:	64
4.4. Supuestos	64
4.5. Método	64
4.7. Consideraciones éticas	68
Análisis de la Información. Etapa 1	69
Análisis de las Entrevistas a Profundidad.	69
Análisis de la Información en la Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo. Etapa 2.....	132
Composición Grupal.....	132
Desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica Grupal	137
Discusión Conclusiones.....	161
Conclusiones de la primera etapa.....	161
Conclusiones de la segunda etapa.....	171
Conclusiones Generales	173
Referencias.....	178
Anexo1: “Cuestionario Semiestructurado”	182
Anexo 2 . Identificación de la percepción simbólica del hijo real y del hijo idealizado. Y momentos intrapsíquicos del duelo.	187

Introducción

Hablar del tema de las drogodependencias, sin duda no es tarea fácil, es un tópico sumamente amplio el cual es abarcado bajo distintas modalidades, se observan estudios desde una perspectiva social, médica, educativa, institucional, política, y claro, psicológica.

La atención que se la ha dado a éste fenómeno es porque es un problema a nivel mundial, el cual ha ido en incremento año tras año y ocupa uno de los primeros lugares como causa de mortalidad. Por ende, existen varios centros de atención hacia las drogodependencias, sin embargo, muchos de ellos no son costeables para la población en general, y otros no obedecen con las normas de la secretaría de salud.

Por lo que existen muchas oportunidades para atención ante ésta conflictiva, la cual, sin lugar a dudas, no sólo afecta al consumidor, sino, que también a sus cuidadores, que generalmente son sus familiares, éstos presentan muchas problemáticas físicas y emocionales consecuente de la adicción de su familiar.

Por tal, ésta investigación se interesó en atender a las madres quienes tienen un hijo con problemas de adicción, con el supuesto de que las madres sufren una fuerte pérdida narcisista al encontrarse con un hijo drogodependiente, y tendrán que pasar por un proceso de duelo que le permita soportar y asumir la pérdida para aceptar al hijo real.

Por medio de una psicoterapia psicoanalítica grupal, se tiene el supuesto de que ésta apoyará a elaborar el proceso de duelo, ya que entorno grupal los miembros pueden establecer relaciones similares a las que vivenciaron en sus vínculos primarios y significativos dentro de un ambiente seguro, lo cual conduce a resultados favorables, además pueden reconocer sentimientos hostiles,

culpíjenos y vergonzosos más fácil y favorece la identificación, proyección por lo que las defensas y resistencias bajan.

Para ello, en un primer momento se realizaron entrevistas preliminares, con el objetivo de identificar la etapa del duelo en la que las madres se encontraban, aunado a conocer y analizar su historia personal, para darle un sentido y forma a sus padecimientos actuales.

Posteriormente se realizaron las intervenciones psicoterapéuticas grupales con una lectura psicoanalítica, identificando los factores curativos del grupo: interpretación, la asociación libre, el insight, instalación de esperanza, confrontación y clarificación, para analizar si la terapia psicoanalítica grupal es propicia y beneficiosa para la elaboración del duelo.

Es importante mencionar que la intervención fue llevada conforme a los objetivos planteados, existió mucho material dentro del grupo que no se expone, ya que no coincide con los objetivos plasmados.

Al igual, ésta intervención contempla e identifica los factores y dinamismo que se dan en una terapia psicoanalítica grupal, los cuales fueron ya expuestos por muchos autores que sirvieron como guía para el análisis de la información.

Antecedentes

Desde los años 60s el interés y preocupación hacia el problema de la drogodependencia ha adquirido creciente predominio debido a su evolución constante a nivel mundial, lo cual ha hecho que el fenómeno sea parte de un problema de salud pública y de seguridad social.

Alrededor del mundo 246 millones de personas, o una de cada 20 personas en un rango de edad de 15 y 46 años son consumidores de drogas ilícitas; en la actualidad el uso, consumo y

abuso han ocasionado secuelas graves para la salud como problemas metabólicos, respiratorios, cerebrales y circulatorios; además de consecuencias negativas a nivel de seguridad pública para la sociedad en general. (Marín, Szerman, y Ruíz, 2017)

En el contexto nacional, los datos de la última Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), arrojan que en México el consumo, la dependencia y los problemas asociados a las drogas afectan a una parte significativa de la población; siendo el alcohol la droga que genera una mayor problemática en nuestro país; se estima que 71.3 por ciento de la población hace uso de él, el 32.8 por ciento abusan del producto, y la dependencia aumentó de 450 000 a 550 000 personas entre el periodo comprendido de 2008 a 2011.

En cuanto al tabaco; es la segunda sustancia psicoactiva que más consume la población mexicana; se registra una prevalencia de 17.3 millones de personas, de los cuales 12 millones son hombres y 5.2 millones son mujeres. El 8.9% de la población fuma diario (7.1 millones de personas), el 26.4% son ex-fumadores (21 millones) y el 51.9% nunca ha fumado (41.3 millones). (ENA, 2011)

Dentro de las drogas ilegales, en México la marihuana es la que más prevalece en su consumo; representa el 80% del consumo total de drogas de esta índole; seguida por la cocaína, mientras que el consumo global de las demás drogas se mantiene en 0.2%.

De acuerdo con los datos mostrados, el consumo de sustancias inciden directamente en la salud, ya que el abuso y dependencia se ubican entre las principales causas de morbimortalidad, deteriorando de manera significativa la calidad de vida tanto de los consumidores como de sus familiares. (Marín, Szerman, y Ruíz, 2017)

Dichos autores, también afirman que en el aspecto psicosocial, igualmente se derivan problemas preocupantes como la deserción escolar y/o laboral, delincuencia, conducta criminal, violencia intrafamiliar y estigmatización de los consumidores. Fenómenos que atentan la seguridad física y la salud psicológica a nivel social e individual.

Ante este panorama, el cual se podría definir como alarmante y que ha ocasionado gran impacto negativo en las esferas sociales, económicas, psicológicas y físicas, se han realizado numerosas investigaciones, estudios, intervenciones, modelos y programas multidisciplinarios para la prevención, tratamiento y seguimiento integral de dicho fenómeno; además, se han creado diversos grupos, organizaciones e instituciones los cuales la gran mayoría están encaminados al tratamiento.

Veamos a continuación una perspectiva específica a nivel nacional en relación a los grupos, organizaciones y centros antes mencionados los cuales realizan intervenciones en cada una de las fases de la drogodependencia. En México existen tres diferentes líneas de atención para las adicciones:

- El primero es a nivel público, representado por la Secretaría de Salud, en el cual se ubican más de 400 centros de atención ambulatoria y alrededor de 30 unidades de tratamiento hospitalario en todo el país. Aquí se encuentra hospitales psiquiátricos, institutos y unidades de hospitalización, que en su mayoría pertenecen a los Centros de Integración Juvenil (CIJ), los que tienen más de 40 años en el establecimiento de programas y acciones de prevención y tratamiento; y al Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC) que en coordinación con la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y la ayuda de los consejos

estatales contra las adicciones han puesto en marcha la iniciativa más grande de atención primaria en México para el consumo de sustancias (Centros Nueva Vida).

Tanto el CIJ como el CENADIC, son las dos principales instituciones para el tratamiento de las adicciones en nuestro país. (Marín, Szerman, y Ruíz, 2017)

- En la segunda línea están los servicios profesionales de salud privados, que incluyen clínicas privadas especializadas y servicios de consulta ambulatoria; sin embargo, la gran mayoría tienen costos elevados para la población promedio afectada.
- Y en la tercera línea están los grupos de ayuda, los cuales su eje ideológico se sustenta en la filosofía y metodología de Alcohólicos Anónimos (AA); en México existen alrededor de 20 000 grupos. Una derivación no oficial de este enfoque son los Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de la Adicciones (CRAMAA), los cuales representan una iniciativa comunitaria para brindar atención a las personas que han desarrollado una adicción más severa y diversas problemáticas físicas, sociales o psicológicas asociadas a la adicción, por lo que requieren de contención residencial. Sin embargo en referencia a estos grupos, sólo el 48% cumple con las normas estipuladas por la Secretaría de Salud en relación a los servicios especializados y a la integración de servicios médicos y psicológicos. (Marín, Szerman, y Ruíz, 2017)

Lo que demuestra que existen debilidades en el aspecto de atención multidisciplinaria, por lo tanto muchas áreas de oportunidad que requieren la pronta intervención en atención médica y psicológica para así responder de manera efectiva a las necesidades de la población afectada.

En relación a lo anterior es posible destacar y poner énfasis en las posibles líneas de intervención que emergen en la problemática; ya vimos que es urgente e indispensable el

posicionamiento profesional tanto médico como psicológico dentro de los centros de atención, ya que las estadísticas demuestran la carencia de personal especializado para el tratamiento integral de las adicciones.

En lo que alude al campo de la psicología (que es el eje central de esta intervención), se hace pertinente acciones y funciones de índole disciplinario, aprovechando el conocimiento científico y los recursos existentes en las tres líneas de atención antes mencionadas, con la propuesta de incorporar técnicas y conocimientos desarrollados en el ámbito psicoterapéutico, con el objetivo de encaminar hacia una profesionalización y atención integral para responder a esta problemática.

En ese sentido es muy relevante subrayar que la población afectada no solo se reduce a los usuarios; son los familiares los que también están siendo perjudicados de manera directa o indirecta; el reporte del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA, 2013); demuestra que el 37.7% de los internamientos son porque los familiares de la persona consumidora lo llevaron a alguno de los centros, por lo que de alguna manera están involucrados en dicha problemática.

Por lo tanto, una de las áreas de oportunidad para intervenir y responder ante una de las necesidades de este fenómeno, es sin duda el trabajo que debe realizarse con la familia del consumidor, ya que ésta se afecta de manera compleja durante todo el período en el que se desarrolla la enfermedad por abuso y adicción a las drogas.

De acuerdo con la Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al-Anon, (2009) en los familiares de la persona drogodependiente pueden perder toda la

credibilidad en la posibilidad de recuperación de su familiar, lo cual genera una posición negativa y de rechazo inicial a la posibilidad de éxito en el tratamiento.

Pero al mismo tiempo se observa que tiene deseos de mejoría de su familiar; la mayoría de ellos presenta conductas y sentimientos ambivalentes: Expectativa de “cura mágica”, actitud de rechazo ante la aceptación de tener un hijo drogodependiente, intensa dependencia hacia ellos, sobreprotección, negación y/o enfado.

Lo anterior se demuestra en los registros observacionales de la Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al-Anon, (2009), donde se describe que los familiares del usuario manifiestan diversos sentimientos y comportamientos los cuales ellos lo denominan como “negativos” derivados de la drogodependencia de su familiar, entre los que se muestran:

- 1) Obsesión: Pensamientos negativos recurrentes y constantes orientados a la atención de la frecuencia y la cantidad de la droga de preferencia que consume su familiar; acompañados de acciones para evitarlo; dichos pensamientos y acciones ocasionan dificultades e irrupciones en su vida cotidiana.
- 2) Angustia: Al ver el deterioro, malestar y las consecuencias negativas que está teniendo su familiar; los demás miembros realizan conductas para encubrir la adicción: lo justifican, lo disculpan y son ellos quienes toman las responsabilidades que le corresponden al usuario, con la finalidad de hacer creer que no existe dicha problemática. Se podría decir que la angustia provoca negación como forma de defenderse del sentimiento abrumador.
- 3) Ira: Los familiares piensan que es la violencia una forma de hacerle frente a la drogodependencia; por lo que le reprochan como una manera para que el usuario sienta lo

que ellos están viviendo emocionalmente, la Central lo define como “una forma de desquite para causar el mismo dolor y frustración”.

- 4) Culpabilidad: Al creer que no fueron lo “suficientemente inteligentes” para darse cuenta a tiempo de las problemáticas de su familiar; y dudan y se autoreprochan de su función como familiar del usuario.

Particularmente, son los padres del hijo consumidor quienes más se ven afectados; son en ellos, generalmente donde los sentimientos nombrados como “negativos” y las dolencias son más intensas, más profundas y con una significación vinculada claramente a su función como padres, a la crianza y vínculo que tuvieron y mantienen con su hijo, y más allá: es reencontrarse a través de su hijo con su propia historia de vida y con sus experiencias tempranas.

Por lo tanto los padres se encuentran en la espera de ayuda y orientación de profesionales; desean arduamente respuestas a las preguntas que les invaden, o más allá: Necesitan y demandan una atención de sus propias dolencias ante el sufrimiento que los invade a causa de ver, percibir y sentir que su familiar adicto no es el que ellos hubiesen querido, y que muchos de sus ideales depositados en él se han caído.

Por tal motivo se hace necesario voltear la mirada y centrarla en las dolencias y experiencias intersubjetivas de estos padres, el impacto que representa para ellos tener un hijo drogodependiente, la significación y repercusiones que esto trae consigo: ***La caída del hijo idealizado y la construcción del duelo ante la pérdida de dicha idealización.***

Por lo tanto, la presente intervención se hace relevante puesto que ofrecerá una técnica y conocimiento profesional de índole científico en el área psicoterapeuta con sustento psicoanalítico para el tratamiento ya no solo del sujeto adicto, sino, de las dolencias

intersubjetivas de los padres. Se propone analizar su propia historia de vida, sus vínculos, encuentros y desencuentros, sus afectos encriptados, el significado de sus acciones y encaminar a un trabajo de duelo en donde sus emociones puedan ser habladas y significadas por ellos mismos.

Siguiendo la misma línea, la corriente psicoanalítica considera importante y necesario encaminar a los sujetos elaboren un trabajo de duelo, ya que en múltiples ocasiones la persona que pierde un objeto (ya sea una persona o algo abstracto como un trabajo, la imagen social o los ideales depositados en alguien), no logra entrar a un estado de duelo, lo que puede producir estados patológicos, ya que al no reconocer la pérdida, el sujeto opta por salidas sintomáticas como la melancolía, la manía, la depresión, las drogas etc. (Klein, 1940)

Adicional a lo anterior descrito Bowlby (1969) a partir de su teoría del apego, analiza el dolor que se da ante la separación del objeto perdido; afirma que el sujeto instintivamente responde a la proximidad con sus figuras y acorde al tipo de apego que pueda realizar, manifestará de una manera sana o patológica la pérdida, y esto dependerá de las predisposiciones cognitivas a través de las cuales el sujeto recibe la información.

Ante tal circunstancia, existen varias vías para un trabajo elaborativo como tal; en esta intervención, se escoge la psicoterapia psicoanalítica de grupo ya que de acuerdo con Kaës (2000) , el grupo cumple una función terapéutica porque es el lugar de la reunificación interna, le da lugar de existencia y de vínculo a cada sujeto, lo cual podría facilitar la significación de sus dolencias puesto que es el mismo grupo una representación de su propia psique; además el grupo “delinea los límites del adentro y del afuera, de lo extraño y de lo familiar, del amigo y del enemigo”, lo que posibilita a darle sentido al sentir mediante la interpretación de cómo el sujeto se vincula dentro del grupo: Que acepta, que no acepta, cómo convive con sus otras instancias y

quiénes son esos objetos presentes en el grupo, qué lugar ocupa él, y cómo responde ante frustraciones, necesidades, contradicciones etc. El grupo es un reflejo de su intersubjetividad, por ende, resulta un acceso sin tanto encubrimiento de su propia psique.

Partiendo de lo anterior, la intervención será bajo un marco teórico psicoanalítico y en un campo de acción grupal, por consiguiente, es fundamental explicar los diferentes ejes teóricos psicoanalíticos para significación, etiología, tipología y cuerpo temático a lo que implica el duelo y el trabajo de grupo.

Capítulo I. Marco Teórico

1. Fundamentos Teóricos Sobre Duelo

1.1. Término y Concepto

De acuerdo con la Real Academia Española (2001), etimológicamente, la palabra duelo comprende dos significados:

1. Duelo del latín duellum “guerra, combate”, combate o pelea entre dos, a consecuencia de un reto o desafío; y
2. Duelo del latín tardío dolus “dolor”; dolor, lastima, aflicción o sentimiento, demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien.

Alizalde (1995) expresa que efectivamente existe un combate y un dolor ante la pérdida de algo amado, y sujeto el deudo deberá combatir a la pérdida con sus propias herramientas y con gran esfuerzo psíquico para que progresivamente recupere su plenitud.

Se entiende entonces, que el duelo es la experiencia subjetiva del dolor ante algo que se perdió y que fue importante y amado para el sujeto, y que no necesariamente implican la muerte a nivel físico y/o material; sino pérdidas subjetivas, intangibles que ahora le faltan y le producen dolor.

1.2. Modelo Psicoanalítico Sobre el Duelo

Para poder no solo definir el concepto de duelo, sino, ampliarlo y explicarlo, se elige seguir una base teórica psicoanalítica, puesto que, ha demostrado ser la que abarca con mayor precisión, explicación y análisis el tema a investigar, por ende, se exponen a varios autores

clásicos y contemporáneos, que si bien, sus estudios comprenden también otras disciplinas, tienen como base la teoría psicoanalítica

En su obra de “Duelo y Melancolía”, Freud (1917/1993), explica el duelo como un estado psicológico consecuente a la pérdida de un objeto que formaba parte integral de la existencia del sujeto, el cual puede ser una persona, un objeto real, o bien la pérdida de un trabajo, el abandono de un lugar, pérdida de la propia imagen social, separaciones, caída de ideales, etc.

Habla de pérdidas que si bien no son tangibles, como los ideales, y que al perderlos por determinadas situaciones el sujeto se encuentra con una falta, y va a presentar un duelo, por aquello que en cierto momento tenía un sentido y un valor para su vida y que ahora le falta.

Freud, en dicha obra, indica que el duelo se va a caracterizar por el desaliento, desaparición por el interés del mundo exterior, pérdida temporal de la capacidad de amar e inhibición de la actividad. Los sujetos que se encuentran en un estado de duelo creen que todas las posesiones percederas han perdido su valor; la libido se aferra así a sus objetos perdidos, no logra renunciar a ellos y por lo tanto no puede libinizar un nuevo objeto de amor.

Por tal, el trabajo de duelo implica el desinvertimiento de un gran número de representaciones que estaban ligadas a al objeto amado, mismo que ha sido cargado libidinalmente, y también con él, el interés por vivir, el sujeto proyecta así, su propio narcisismo ante dicho objeto; es por ello, que si el objeto amado muere, también lo hará la propia libido del sujeto.

El objetivo de elaborar un buen duelo, es que se clausure la libido que unía al sujeto con el objeto amado perdido y a los recuerdos y las esperanzas; solo así, la libido quedara libre y a merced de la llegada de un objeto sustitutivo.

En palabras de (Freud, 1917 /1993):

“La mancomuna al duelo este rasgo; pasado cierto tiempo desaparece sin dejar tras sí graves secuelas registrables. Con relación a aquel nos enteramos de que se necesita tiempo para ejecutar detalle por detalle la orden que dimana el examen de realidad; y cumplido ese trabajo, el yo ha liberado su libido del objeto perdido”. (p.250).

Esta concepción ha sido empleada y trabajada por autores contemporáneos, Nasio (1996), indica que ante la pérdida física y/o abstracta de un objeto amado, es necesario y sano elaborar un duelo, y para ello, el sujeto debe poseer la capacidad de retirar la libido del objeto perdido y desplazarla hacia él mismo, lo que significa un reordenamiento pulsional, y así quedar exento de inhibiciones en el mundo físico y dar la posibilidad de reinvestir nuevos objetos.

Sin embargo, no siempre será posible retirar la libido e invertir un nuevo objeto, por tal, el duelo no se elaborará. Ésta condición, Freud (1917/1993), la identificó y analizó como “melancolía,” la cual tiene atributos similares al duelo, pero se va a diferenciar porque en la melancolía no hay consciencia, el Yo no puede visualizar lo que está viviendo, se le dificulta discernir con precisión que fue lo que se perdió y el sujeto vive la experiencia de la pérdida como una mortificación, de la cual pareciera que se ha mimetizado con el muerto, el doliente opta por seguir los pasos del muerto, lo cual significa que se identifica con la parte muerta del objeto, por lo que al perder el objeto, el sujeto se sentirá abandonado, se hará autoreproches, autodenigraciones, culpa y castigo.

Esto es porque la libido que estaba ligada a ese objeto amado no era resistente, y en vez de desplazarse hacia un objeto nuevo, se retira de lo perdido, pero permanece en el yo, donde se produce la identificación ambivalente (odio-amor) con el objeto perdido.

El odio que se le tiene a lo perdido ataca a la parte del yo que se encuentra identificada con éste, por tal su yo lo encuentra indigno, culpíjeno y odiado, y todo lo que se dice de sí mismo

en realidad se lo dice al objeto que se fue, y es a través de la autohumillación y culpa que el yo del sujeto encuentra una satisfacción sádica, actuando como un mecanismo inconsciente para preservar la relación con dicho objeto. (Abraham, 1959)

Vemos entonces que en el duelo el sujeto sabe lo que perdió, en la melancolía el yo pierde una parte de sí, y no sabe que es. Por ende, Freud (1917/1993) señala que el duelo no es considerado una desviación patológica aunque implique malestar psíquico y desequilibrios en la vida del sujeto.

Citando a Freud (1917/1993):

“El melancólico nos muestra todavía algo que falta en el duelo: una extraordinaria rebaja en su sentido yoico, un enorme empobrecimiento del yo. En el duelo, el mundo se ha hecho pobre y vacío; en la melancolía, eso le ocurre al yo mismo”. (p.243).

A continuación se muestra una tabla propuesta por García (2003), donde plasma las diferencias y similitudes entre el duelo y melancolía.

Tabla1. Diferencias y Similitudes Entre Duelo y Melancolía. García, M. (2013).

DUELO	MELANCOLÍA
La pérdida del objeto permanece en la consciencia	La pérdida del objeto es retirada de la consciencia
Animo doloroso	Animo doloroso
Cese del interés por el mundo exterior	Cese del interés por el mundo exterior

Pérdida de la capacidad de amar	Pérdida de la capacidad de amar
Inhibición de actividades	Inhibición de actividades e incesante y dolorosa introspección
La autoestima no disminuye	Disminución de la autoestima y aparecen incesantes autorreproches y autoacusaciones. Expectativa de castigo.

Singer (2014), apunta a la misma línea teórica, el autor comenta que en la clínica se observan casos en dónde la resolución de las etapas del duelo fallan o se estancan porque no puede haber una desinvertidura del muerto, por lo cual la libido no queda libre para otro objeto sustitutivo, complejizando la tarea psíquica de elaboración y peligrando entrar a un estado melancólico.

Ahora bien, se ha explicado que es el duelo, qué es la melancolía, sus diferencias y similitudes; está claro que es necesario entrar en un trabajo de duelo ante una pérdida, sin embargo, se hace pertinente explicar cuáles son los atributos psíquicos que facilitan la elaboración del duelo adulto, para responder inquietud, se torna necesario comprenderlas bajo un eje teórico psicoanalítico, el cual explica la conexión entre la elaboración exitosa del duelo adulto y su relación con los procesos mentales de la primera infancia.

Para explicar dicha necesidad, se cita a la psicoanalista Melanie Klein, quien realizó un esbozo complejo de análisis infantil detallando metapsicológicamente el desarrollo psíquico.

En su obra “El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos”, ella señala que “el niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y que son estos tempranos duelos

los que se reviven posteriormente en la vida cuando se experimenta algo penoso” (Klein, 1940, p. 347). Es el reconocimiento y aceptación de la realidad de la pérdida el factor esencial y más importante para que el niño supere dichos estados de duelo.

De acuerdo con la autora, el primer duelo al que niño se enfrenta es durante el destete, el niño tendrá que hacer un duelo ante la separación objetal: El pecho de la madre y lo que éste representa (amor, bondad y seguridad), por tal motivo entra en un estado depresivo al darse cuenta de que es un ser independiente a su madre y que al mismo tiempo completamente dependiente a ella, causándole desamparo, temor y agresividad por la pérdida de objetal.

El niño cree que la separación se debe a su propia agresión, a su voracidad incontrolable y a sus fantasías destructivas e impulsos contra los pechos de su madre; lo que le propicia sentimiento de culpa, mismo que abrirá paso a la reparación, que implica la integración yoica y el reconocimiento de la realidad psíquica y exterior. Mecanismo fundante del aparato psíquico.

Para llegar al reconocimiento de la realidad psíquica será necesario que prevalezca en el niño los sentimientos de amor y bondad hacia su madre (pulsión de vida) ante los sentimientos de odio, agresión y percepción de una madre voraz y aniquiladora (pulsión de muerte).

Sólo así la reparación dará lugar al desarrollo de la capacidad de simbolizar, de fortalecer confianza en la persona amada perdida, representar ausencias, elaborar pérdidas y llevar a cabo reparaciones verdaderas sin perder la confianza en él ni temer su venganza. (Klein, 1940).

Por otra parte, el niño también puede optar por la reparación maniaca; en la cual tratará de controlar la ansiedad depresiva por medio de fantasías omnipotentes de control y dominación de sus objetos malos, y así poder salvar, restaurar y perpetuar los objetos amados e idealizados (la madre totalmente buena), negando así la realidad. (Klein, 1940).

Esta reparación maniaca le permite al niño afirmarse contra sus angustias internas y contra la dependencia peligrosa y devoradora de su objeto odiado, el cual lo puede aniquilar.

El niño oscila entre la posición depresiva y la maniaca, y ambas son parte esencial del desarrollo normal, y se instauran en la psique del sujeto a lo largo de su vida, por ende, las emociones (odio, amor, angustia, abandono) que surgieron en su primera separación, se reaniman en los procesos de duelo adulto, reactivando la “posición maniaca-depresiva” y con ello su temor de soledad y de abandono primario. (Klein, 1940).

En ese sentido, para que el sujeto logre elaborar duelos posteriores normales, es importante que en sus primeros años de vida haya establecido una buena imagen de la madre dentro de sí; interiorizando al objeto dadivoso, protector y amoroso; mismo que debe predominar y vencer contra el objeto amenazador y persecutor que también introyectó.

Klein (1940), afirma que cualquier experiencia penosa que cause aflicción, tiene algo de común con el duelo y va a reactivar la posición depresiva infantil, por lo que el sujeto tendrá que transitar por un trabajo mental similar al duelo que tuvo que realizar en su primera infancia.

En el duelo normal, el sujeto reintroyecta y reinstala al objeto perdido, resinificando la pérdida, la cual, va tener cualidades que en la primera infancia se vivenciaron hacia su objeto de amor, por ende, ante una pérdida, en el sujeto se movilizan afectos ambivalentes entre odio y amor, ya que se puede sentir una profunda agresión hacia lo perdido y lo incontrolable, pero ésta fuerza no es más fuerte que su sentimiento de amor, de cuidado y de protección que le hacía sentir el objeto, si se sigue ésta línea el sujeto podrá reconstruir su mundo interno, dando paso a la resolución positiva del duelo, ya que el amor prevalece ante el odio.

Klein (1940), comenta que para vencer los temores de abandono y agresión, la persona en duelo tendrá que reanimar las emociones de bondad, cuidado y amor de la persona perdida.

Tizón (1996) concuerda con Klein; él plantea que los sujetos quienes manifiestan un duelo normal y su resolución, son aquellos quienes pudieron tolerar la frustración de sus necesidades tempranas y la ambivalencia del objeto.

El autor indica que a pesar de tener dudas, pesares y culpas, los sujetos no llegan a actos impulsivos, agresivos y que atenten contra su propia existencia, ya que logran captar la realidad tanto interna como externa de manera más global.

Por otro lado, cuando el sujeto no logró en su primera infancia establecer objetos internos buenos, y de sentir seguridad en su mundo psíquico- emocional, dominando el odio y la agresión hacia el objeto perdido, presentará un “duelo complicado”, en el cual el objeto se transforma en persecuidor, controlador; tambaleando así la creencia en los objetos de su propio mundo interno. En éste caso, existirá una identificación con el objeto perdido, al cual le atribuye sentimientos agresivos, pero el sujeto no será capaz de diferenciar si esos sentimientos son hacia un otro, o esos sentimientos son de él mismo. Tizón (1996)

Además, se reaniman en él sentimientos de abandono, inseguridad, hostilidad, odio, culpa y actitudes maniacas defensivas para no reconocer tanto la realidad de la pérdida, como el no reconocimiento de sus propias emociones; por tal, el sujeto pierde la confianza en sí, en el mundo exterior y teme de sus propios impulsos agresivos. Tizón (1996)

La teoría, hasta el momento nos indica las dependencias psíquicas que un sujeto puede tener de acuerdo a su desarrollo metapsicológico que ayudan a la elaboración del duelo, sin embargo, es muy prudente señalar que el sujeto en duelo tiene que pasar por diversas etapas o fases; las cuales, no son estables, son dinámicas y pueden variar o bien, estancarse; para estudiar el tema complejo de “duelo”, Tizón (2004), en “Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigaciones y

asistencia”, ofrece una propuesta categorizando y analizando las fases del trabajo del duelo; y así poder estudiarlo e intervenir según la etapa en la que el sujeto se encuentre.

Tabla 2: “Etapas de Trabajo del Duelo”

ETAPA	CARACTERÍSTICAS
1. Reconocimiento de la pérdida del objeto	Hay negación y por ende puede haber dificultad para el juicio de realidad
2. Sobreinvertimiento y retiro de cargas	Se refiere al desplazamiento pulsional del objeto perdido hacia sí mismo. Se trabaja la sobrecarga de los recuerdos y al mismo tiempo el retiro de éstas.
3. Aceptación, pérdida e identificación	Se trabaja con la identificación del objeto e incorporación de éste al Yo del sujeto .
4. Yo libre y sin inhibiciones	Se produce una reconexión con el mundo físico y objetal y surge nuevas posibilidades de cargar libidinalmente nuevos objetos quedando el yo exento de inhibiciones

Siguiendo la misma corriente, Donzino (2003), apunta que:

El duelo es un trabajo, un proceso simbólico, intrapsíquico, de lento y doloroso desprendimiento de un objeto catectizado, que supone un reordenamiento representacional. Es la elaboración psíquica sobre el estatuto de un objeto que ha devenido ausente. En este sentido es humanizante y enriquecedora de la vida anímica. Su contracara, la melancolía, o duelo patológico, en cambio, muestra justamente el fracaso de esta simbolización. (Donzino, 2003, p.40)

Señala que para que el sujeto pueda desarrollar exitosamente un duelo, necesita de un trabajo simbólico intrapsíquico, de lento y doloroso desprendimiento, que supone un reordenamiento representacional en el cual el sujeto deberá de contar con ciertas condiciones de personalidad, las cuales son:

1. La aceptación de la pérdida, en éste punto, como su palabra lo dice, el sujeto debe de reconocer a la muerte como tal, lo que supone una certeza de la concepción de la pérdida física del objeto, el cual es irrecuperable e irreversible. Además de acepta la propia muerte como un hecho natural e inevitable.
2. Que el sujeto sepa que él mismo es alguien diferente que el objeto muerto, lo que permite que no exista una identificación con la muerte y lo perdido que se va con ella.
3. Que la muerte del objeto no reavive una pérdida anterior no metabolizada.

En ese sentido, para que el trabajo sea exitoso, es fundamental que el sujeto posea ciertas características psíquicas:

1. **Capacidad simbólica:** Quiere decir el atributo psíquico de poder introyectar el objeto perdido, saber de su ausencia física, pero certeza de su presencia simbólica.
2. **Distinción entre lo animado – inanimado:** Son las características que tiene un sujeto para distinguir entre fantasía y realidad; entre presente, pasado y futuro; y entre causa-efecto. Éstas características ayudan al sujeto a anclarse a la realidad, a saber lo que perdió, a tener consciencia de realidad, y acceder a mecanismos defensivos secundarios; como la represión, intelectualización, racionalización, desplazamiento, formación reactiva, o en los mejores casos, a la sublimación, lo cual sería lo esperado en el trabajo de duelo.

Si el sujeto no cumple mencionadas características, ya sea por condiciones biológicas, estructura de personalidad arcaica, o bien, por rasgos de personalidad que en ese momento de su vida se antepusieron, se manifestará aislamiento, desinterés por el mundo, pesimismo y el deseo de muerte concurrente sin posibilidad de metabolizarlo, dando paso posible a la melancolía o a un duelo patológico.

Partiendo de lo anterior, podría resultar un tanto complicado saber diferenciar entre un duelo normal y un duelo patológico; ¿Cómo se observan?, ¿Cuáles son sus manifestaciones?, ¿Qué características cobran más peso para poder definir el tipo de duelo?; éstos cuestionamientos y otros más, fueron de interés para el investigador Tizón, el cual realiza contribuciones muy certeras y concretas en relación a los diferentes tipos de duelo, el autor amplía el conocimiento teórico y señala que el uso científico de las definiciones de duelo debería de ser más afinado y reflexivo, ya que en múltiples ocasiones se hace un trabajo indistinto de los profesionistas hacia los sujetos dolientes respecto al tipo de duelo que están elaborando.

Existen diversos autores que han investigado y propuesto los diferentes tipos de duelo, sin embargo se torna conveniente a ésta investigación guiarse por la contribución que propone Tizón (2004) la cual adopta un modelo biopsicosocial con una base psicoanalítica y que agrupa las diversas contribuciones de otros investigadores. A continuación se exponen los diferentes tipos de duelo planteados por el autor:

- a) ***Duelo normal:*** El sujeto es consciente de la pérdida y por lo tanto mantiene un estado de ánimo que se halla en relación ella. No se presentan complicaciones en su evolución; su pensamiento se focaliza en imágenes reales y queridas de lo que se perdió y puede dar paso a la resolución sana en el momento que transforma el dolor y sufrimiento en algo creativo.

b) *Duelo Complicado:* Se presenta cuando el sujeto experimenta desequilibrios en su actuar, pensar y sentir, pero los desequilibrios no atentan contra el bienestar psicológico; es decir no necesariamente se desarrolla un estado psicopatológico.

Sin embargo, en ocasiones pueden surgir síntomas psicopatológicos que van a depender de variables como: Las características del objeto perdido, el carácter del sujeto, la relación que la persona tenía con el objeto perdido, las circunstancias de la pérdida, circunstancias adversas y aisladas; así como factores protectores como la resiliencia.

c) *Duelo patológico:* Se define como aquél que encamina al sujeto a manifestar un cuadro psicopatológico en el cual aparecen manifestaciones de un trastorno mental más o menos grave y completo, lo que la psiquiatría define como estructuras patológicas de la personalidad o síndromes. Se presenta cuando se da un desequilibrio importante entre la gravedad e intensidad del duelo y las capacidades de elaboración del sujeto así como de sus niveles de contención psicosocial.

Tizón (2004), afirma que en todo duelo se da un proceso temporal de tristeza y de dolor, pero que sus manifestaciones físicas, cognitivas, conductuales y sus representaciones emocionales del dolor, cambian a lo largo de los días, los meses y los años. Los resultados finales de tal proceso no tienen por qué resultar negativos para la persona en duelo, de hecho, elaboración adecuada del duelo puede conllevar un crecimiento personal para el sujeto.

Sin embargo, los resultados son negativos cuando las circunstancias hacen difícil la elaboración, presentando así un duelo complicado, o bien, un duelo patológico cuando se acompaña por alguna psicopatología, en el cual generalmente el sujeto recurre a la negación y puede haber dificultad para el juicio de realidad, manifestando síntomas como la manía, depresión, melancolía, ansiedad, fobias, uso de drogas etc.

En la práctica clínica se puede observar que no es fácil establecer diferencias entre duelo patológico y normal pues en ocasiones nos encontramos ante un cúmulo de signos y síntomas que pueden ser normales en función de las personas, las culturas o la época.

Para ello, hay que adentrarse a analizar y detectar cuándo comienza a complicarse la elaboración, lo cual puede ser tanto en las primeras fases como en las intermedias; a menudo no es sencillo detectar la problemática, generalmente se inicia cuándo la elaboración y el afrontamiento, comienza a sufrir dificultades y aparecen signos de psicopatología.

Para examinar lo anterior con mayor detalle, a continuación se explica los cuadros patológicos que pueden estar presentes en el duelo complicado, extraído en García (2013), elaborado por Tizón (2004), denominado “Evolución del Duelo y sus Posibilidades de Patologías”

Tabla 3: “Evolución del Duelo y sus Posibilidades Patológicas”

Síntomas: Experiencias intensas, repetidas o prolongadas pueden llevar a la manifestación de síntomas de esta fase mediante las siguientes vías:
<p>I.- Impacto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Horror, pena, aflicción, ira, protesta, etc. - Reacciones de pánico o agotamiento a causa de reacciones emocionalmente intensas invasivas. <p>II.- Aflicción y pena/protesta, resentimiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depresión o agitación por causa de: Tristeza, pena, culpa extrema

- Aumento de las ansiedades persecutorias (sentimiento de ser perseguido, necesidad de perseguir...)

III.- Negación

Se intenta negar la realidad de la pérdida o de lo que ésta significa para el sujeto

- Evitación extrema: evitación, fobias, uso de drogas para evitar el sufrimiento mental.
- Reacciones maníacas: control, desprecio, pseudo superación.

IV.- Intrusión:

Recuerdos y vivencias inevitables del suceso

- Estados de inundación por ideas, emociones, imágenes o recuerdos acerca del objeto o de la pérdida que invade. Trastorno por estrés postraumático subagudo y crónico.

V.- Elaboración:

Se comienza a enfrentar la realidad de lo que ha pasado

- Respuestas psicósomáticas: tienden a desarrollarse quejas somáticas o incluso afecciones somáticas si la elaboración del duelo se estanca o <<congela>>.

VI.- Reparación:

La vida continua, incluso, tal vez, con mejoras intrapsíquicas mentales

- Trastornos caracteriales o psicopatológicos si no hay esa restauración del mundo interno y reanudación de las relaciones externas tras la elaboración suficiente del duelo.

Aquí se puede ver que una insipiente elaboración o estancamiento, puede llevar a problemas en el desarrollo psicoemocional del doliente; como trastornos mentales, somatizaciones, aislamiento social, ausentismo laboral, académico y/o familiar, molestias corporales, somatizaciones, sufrimientos exagerados, entre otros.

En conclusión con éste apartado, se habla de duelos complicados cuando sus circunstancias hacen difícil la elaboración, y duelos patológicos cuando conllevan a algún trastorno mental y una psicopatología.

Capítulo II. Vínculos y Estructura de la Familia del Sujeto Drogodependiente.

Para poder abordar el tema complejo referente a la elaboración de un duelo orientado al reconocimiento del hijo real: Sus cualidades como individuo, su historicidad, sus deseos, sus limitanes y demás cuestiones que lo hacen ser él como sujeto, se hace necesario comprender el posicionamiento de cada miembro en el trama familiar, la correspondencia de los atributos de los padres, cómo se vinculan entre ellos y cómo se posicionan como sujetos dentro de ese sistema.

La sociedad actual se ha olvidado de respetar la singularidad de cada miembro, la convivencia se ha marcado de manera sumamente violenta al no delimitarse los límites intrasubjetivos del “adentro y del afuera”, donde la envoltura psíquica se ha disuelto y ha quedado desprotegida y a merced de la penetración de conflictos y patologías ajenas, dejando al sujeto desnudo y con la única posibilidad de defenderse mediante actos llamado “enfermos”, en este caso la conducta adictiva.

En ese sentido Pichón-Riviere (1982), plantea que el “enfermo” en la familia cumple la función de depósito de las ansiedades de los demás miembros, lo que significa que es él quien carga con los aspectos patológicos del resto de sus integrantes, convirtiéndose como “ el portavoz de las necesidades de la familia”.

Compartiendo la misma idea, L. Bleguer y J. Bleguer (1959), exponen que la enfermedad de un miembro debe de ser pensada en relación a su familia, como síntoma del grupo familiar, considerado como el exponente de las tensiones del grupo.

En ese sentido, el autor formula una clasificación del grupo familiar enfermo, tomando como criterios la dispersión (separación, alejamiento) o aglutinación (unión) de los miembros que lo conforman.:

- a) *Grupo epileptoide*:: Es aquella donde no están definidos los límites internos ni externos y todos los miembros interfieren en la vida de todos, su dinámica es masiva y rígida, lo que quiere decir que los roles y pautas ya están establecidos para cada miembro y no se comparten, sino, que se reparten sin la posibilidad de cuestionamiento o cambio del mismo. En esta familia no hay posibilidad de emerger la propia individualidad ni autonomía. Se trata de organización narcisística en el sentido que falta discriminación del mundo interno y mundo externo, del yo y del no yo.
- b) *Grupo esquizoide*: En esta familia todos los integrantes son seres aislados, no comparten ni hay posibilidad de vínculo físico ni emocional, ya que de haberlo, surgen potenciales psicóticos compartidos y las interacciones se muestran caóticas, desorganizadas, violentas y destructivas; amenazando la propia existencia de cada miembro de la familia.

El alejamiento entre los miembros del grupo es una forma de defensa frente a la fusión y la pérdida de la identidad.

Para comprender la patología en sí de la familia, es importante analizar cómo el “sujeto enfermo” fue colocado en el trama del sistema al que pertenece, para ello se necesita analizar todo su desarrollo psicosocial, porque es ahí donde se dejan ver las funciones parentales, los vínculos, roles, necesidades y las condiciones psíquicas de la familia. Es el sujeto “enfermo” el representante de la patología que emerge en la familia y el denunciante de la situación conflictiva y del caos que el sistema patológico intenta callar y controlar.

Es aquí donde los padres tienen un lugar esencial, ellos son los que delimitan el funcionamiento del sistema mismo, ya que son la unidad que mediatiza la interrelación interpersonal operando como matriz vincular. Lo que significa que van a establecer y marcar inconscientemente el curso de comunicación e interrelación madre/padre/hijo (a). Esto es de gran

importancia para comprender no solo la dinámica familiar, sino también la patología del “portavoz patológico”. (Sáenz, 2003)

Para una mejor y más clara comprensión de lo anterior planteado, a continuación se explican las diferentes formas de interrelación padre/madre/hijo(a) expuestas por (Sáenz, 2003), que pueden existir para entender el funcionamiento y los dispositivos familiares:

- a) *Tercero incluido como prolongación simbiótica de la pareja*: Padre, madre e hijo (a) son idénticos, aquí se refuerza la estructura fusional original y la familia se repliega en sí misma, impidiendo la delimitación entre cada individuo y por ende podría impedir el surgimiento de la propia subjetividad.
- b) *Tercero incluido como locus de actuación complementaria*: El hijo (a) es el receptor del conflicto de la pareja para su pseudo entendimiento, aquí hay una alianza entre los padres para “ponerse de acuerdo” en su pelea con el hijo. La ganancia secundaria de los padres es el mantenimiento de su unidad como pareja.
- c) *Tercero incluido como pareja complementaria*: El hijo es el “parche” que asume las carencias y los déficit del vínculo de la pareja parental, encubriendo así su fractura.
- d) *Tercero excluido eliminado*: El hijo no es visto ni escuchado, se le desconoce como un ser más de la familia y su crianza se deposita en otros.

Por tal motivo Sáenz (2003). considera que el hijo drogodependiente cumple la función de objeto y no de sujeto en el dispositivo familiar; “El hijo está al servicio de la institución matrimonio, del logro de la madre y del narcisismo del padre”; cumpliendo la única función de ser parche que remienda el vínculo entre la pareja, el padecimiento del hijo es el representante de la ganancia secundaria de los padres.

Para comprender tal afirmación el autor describe los diferentes tipos de grupos y sus características que pueden existir en los sistemas familiares de los hijos drogodependientes:

- a) *Grupo insatisfecho estable*: Se refiere a una pareja “como si”, el padre delega inconscientemente

el rol de líder emergente en el hijo adicto y, así, el hijo aglutina a la familia.

- b) *Grupo insatisfecho inestable*: En este grupo los miembros se encuentran aislados y no hay un vínculo de pareja como tal; de esta manera el adicto se vuelve el depositario de los núcleos psicóticos de la familia, aglutinando también a dicho grupo, con la exacerbación de las ansiedades confusional, paranoide y depresiva, y la tendencia a la segregación.

En este grupo pueden existir tres situaciones triangulares:

1. *Situación triangular primaria del abandonado*: En esta dinámica el hijo se encuentra abandonado por ambos padres, hay descuido afectivo de los padres hacia él; sin embargo la madre tiene conductas ambivalentes, puesto que por un lado lo sobreprotege y por el otro lado lo abandona, dicha sobreprotección no es otra cosa que encubrimiento de sus afectos negativos hacia el hijo.
2. *Situación triangular primaria del tercero excluido*: Se presenta una pareja “como si”, el hijo fuese una estorba para los padres y entonces se ve obligado a la actuación para llamar la atención (adicción).
3. *Situación triangular primaria de la homosexualidad en la “dependencia”*: En este grupo se presenta una pareja “como si”; el padre del sexo opuesto presenta notorias características histéricas y se pasa seduciendo tanto al otro miembro de la pareja como al hijo. El hijo percibe de manera inconsciente (en el caso del varón) que no puede acceder

a la madre porque el padre lo impide y entonces, el hijo intenta seducir al padre para alejarlo de la madre.

Ante dicha situación, Roudinesco (2003), nos ofrece una vasta comprensión de la familia actual; la autora analiza cómo se han ido formando y “deformando” los vínculos y funciones (no roles) de los miembros de la familia; ella afirma que se vive el horror de la abolición del padre (la ley, las normas y la prohibición), y existe un poder ilimitado de la madre, perdiendo ésta última su identidad y no permitiendo la entrada de la ley simbólica del padre.

Las familias se verán pervertidas en su función misma de célula básica de la sociedad, librada de la falta de tabúes y atacada desde dentro por desconocimiento de las funciones parentales y fraternas amenazando la “descomposición del sistema mismo”.

La familia siempre va a buscar su equilibrio y su estado “natural” que se ha formado y marcado desde su composición, en ése sentido, una familia con una organización patológica o narcisista siempre querrá y encontrará la manera que dicha dinámica se mantenga de la misma manera. Sáenz (2003), concuerda con este planteamiento, y añade que las familias con un integrante drogodependiente presentan las siguientes características:

1) *Madre depresiva*: La madre tiene un gran vacío y es posible que llegue a un estado melancólico; ella intenta llenar su estado de incompletud a través de su hijo, por consiguiente éste se queda también en vacío supliendo dicho sentimiento por medio de la droga.

En ese sentido se ha encontrado que existe una correlación significativa entre la infancia y carencias afectivas de la madre y la relación sobreprotectora con su hijo, el cual funciona como su objeto transicional y es el falo que obtura la falta narcisística de ella; el hijo al saberse objeto de deseo de la madre, utiliza a la droga para llegar a un estado

regresivo donde él dependerá casi en su totalidad de ella, asegurando el lugar de falo, atrapado por el deseo de la madre devoradora, y funcionando como su objeto el cual ella controla y maneja.

Por ende el hijo no podrá acceder a los procesos de separación-individuación, imposibilitando la emergencia de su propio deseo, y reproduciendo de manera fantasmática esa simbiosis en donde la madre es la única ley. Son madres rígidas y controladoras, o bien, demasiado permisivas e indulgentes. (Sáenz, 2003)

- 2) *Padre ausente*: Es aquel que no logra cumplir su función paterna, la cual es instalar en el hijo el significante simbólico de la ley, el orden y de la prohibición del incesto. Es la madre la que obstruye que el padre entre en función y para así continuar la simbiosis con su propio hijo. (Sáenz, 2003)
- 3) *Hijo abandonado*: Es el resultado de una madre depresiva y un padre ausente; aquí el hijo es objeto de la madre, actuando como su propia droga y es utilizado para satisfacer las propias necesidades de la madre; es su alimento para lograr llenar el vacío y la angustia desbordante de sentirse en falta; el padre por otro lado es como si no estuviera presente, él asume y proyecta una actitud pasiva y podría decirse que “despreocupante”, dejando que el vínculo totalitario entre la madre y el hijo siga en juego; por ende, el hijo no es capaz de identificarse con la función paterna y queda atrapado en el deseo de la madre y siempre al servicio de ella. (Sáenz, 2003)
- 4) *Modelo adictivo*: Es común observar la patología familiar mediante el uso, abuso y/o adicción de drogas socialmente aceptadas y drogas ilícitas. Aquí los padres pueden ser los consumidores y al mismo tiempo los hijos lo hacen también. Son las familias que favorecen

el desarrollo de síntomas adictivos por presentar también conductas de la misma índole.

(Sáenz, 2003)

5) *Pacto criminoso*: Aquí los padres mantienen inconscientemente un acuerdo para incurrir en contra del hijo mediante un pacto de índole perversa con el objetivo de salvaguardar su propio vínculo como pareja, atentando la vida psíquica y física de su propio hijo. Los padres suelen tener conductas altamente fantasiosas para con su hijo, grandes expectativas y exigencias extremas de las cuales el hijo no puede cumplir; y así evidencian las carencias de éste, dichas conductas de los padres encubren en realidad sus sentimientos agresivos y destructivos contra el hijo. (Sáenz, 2003)

6) *Duelo no elaborado*: Existe una correlación entre el duelo no elaborado resultante de la muerte inesperada, prematura y /o repentina de un miembro de la familia y las conductas adictivas dentro del trama familiar. (Sáenz, 2003)

Este panorama nos demuestra que para entender el actuar, el pensar y el sentir del paciente drogodependiente, es necesario analizar la dinámica familiar; particularmente de acuerdo con los estudios realizados, son los vínculos parentales los que denotan las conductas adictivas; por supuesto, está claro que también va a depender de las condiciones psíquicas individuales del hijo para que acceda a dichas conductas.

Capítulo III. Conceptualizaciones sobre “El Grupo”

3.1. Definición de “Grupo”.

Definir qué es un grupo no es sencillo. A lo largo de la historia se han dado múltiples definiciones; etimológicamente la palabra “grupo” tiene distintos orígenes: en lengua provenzal, era groppi-nodo, a su vez derivado del alemán, kruppo, el cual significa “masa redondeada”, y estaba asociado al concepto de cosa circular, círculo. (Bleger, 1997))

En italiano, “gruppo” o “grosso” originalmente nominaba el concepto “nudo”, el término era empleado en el Renacimiento para representar un número de figuras pictóricas o escultóricas que eran parte de un conjunto. Posteriormente a mediados del siglo XVIII, , en Francia, el término “grupo” lo designan como una reunión de personas. (Díaz, 2002)

Galimberti (2006), define el concepto de grupo como un conjunto de individuos que interactúan entre sí ejerciendo una influencia recíproca y que comparten intereses similares. Dicha influencia es más recíproca entre los miembros cuanto más pequeño es el grupo.

De acuerdo a éstas definiciones epistemológicas y conceptuales, y en relación al objetivo y conveniencia que ésta investigación persigue, sería una tardea ímproba construir una línea de investigación y acción dentro de éste concepto, ya que no existiría una “teoría de los grupos como tal” y menos un campo de acción.

Por ende se explicará el término “grupo” de acuerdo a las funciones terapéuticas que están inmersas, y para ello se entenderán los atributos psicológicos, emocionales y sociales que están presentes, por ende, es conveniente estudiarlo bajo términos psicodinámicos y así poder entender los dinamismos psíquicos grupales.

En el próximo apartado se hace una breve introducción a la historia de los grupos, su concepto de acuerdo con la teoría perseguida y posteriormente se hace énfasis en la terapia psicoanalítica grupal.

3.2 Historia sobre la formación de los Grupos Terapéuticos

Díaz (2002), hace una síntesis bastante clara y ordena para adentrarse al conocimiento de la historia sobre la terapia grupal que a continuación se narra:

Isabel Díaz Portillo, nos resume que el comienzo fue en el año 1905 por el médico Joseph. H. Pratt quien implementó un método de “clases colectivas” en la sala de pacientes tuberculosos en el Hospital General de Boston, su el objetivo era acelerar la recuperación de los pacientes por medio de técnicas sugestivas para que cumplieran su tratamiento.

Por un lado, el Pratt activaba intencionalmente y controladamente la aparición de sentimientos de rivalidad, emulación y solidaridad del grupo; pero también, por otro lado él asumía un papel de figura paterna idealizada, lo cual evidenció que eran factores favorables para la recuperación de los pacientes, por ende, posteriormente extendió su método a enfermos cardiacos, diabéticos y obesos.

Con éste método observó la manifestación de trasferencia e identificaciones, por lo tanto, el trabajo de Pratt fue la base para seguir estudiando y proponiendo nuevas formas de trabajo grupal entre los profesionistas, entre ellos se destacan Emmerson, Buck, Chappel, Cody Marsh, Anthony, Lazel, entre otros.

Ante distintas aportaciones, se consiguió que el método de Pratt llegase a ser una herramienta fundamental terapéutica por sus resultados favorables tanto a pacientes con enfermedades terminales, como a pacientes con trastornos mentales.

Años más tarde, el método original se amplió y con ellos sus variantes, tenemos el ejemplo del filósofo, religioso, psiquiatra y fundador de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, Trigant Burrow, quien implementó el conocido “análisis de grupo”, con el objetivo de indagar psicoanalíticamente las manifestaciones inconscientes y analizar lo latente del ser grupal, para que el yo quedase libre de inhibiciones referentes a la autoimagen social.

Cody Marsh, hizo sus intervenciones con pacientes psiquiátricos, destacando en su método una combinación de técnicas y teorías Freudianas, con herramientas psicoeducativas para estimular las emociones y a la vez la adaptación al tratamiento psiquiátrico de los pacientes. Su objetivo era inspirarlos a un ánimo feliz.

Lous Wender contemporáneo, compañero de Freud y director de un hospital psiquiátrico en Nueva York, veía al hospital como una familia sustituta para los pacientes, e intervenía con ellos por medio de terapias individuales y grupales, se destaca de él, que en lugar de interpretar la resistencia, como eran los trabajos de sus colegas, él, lo que hacía era desviar la atención de ellas y se enfocaba en la comprensión de la interacción entre el grupo. Además sus herramientas era inducir a la catarsis, la intelectualización de conductas y conflictos de ellos y entre ellos, y las interpretaciones de las transferencias laterales.

Sin embargo, a pesar de que Lous Wender, Marsh y Lazer, se enfocaron en las interpretaciones transferenciales laterales en el grupo, ni ellos, ni los anteriores investigadores buscaban el insight de sus pacientes; más bien, su objetivo era trabajar directamente hacia la

problemática por medio del reforzamiento de mecanismos de defensa secundarios, por tal, las intervenciones se caracterizaban por ser terapias de apoyo.

Los principios psicoanalíticos en su formalidad grupal como tal, fueron aplicados por Paul Schilder, quien buscaba que sus pacientes encontraran el insight, además de interpretar sueños, asociaciones libres y las transferencias.

Aquí el terapeuta tenía un rol de líder idealizado, con autoridad, prestigio y poseedor de “los secretos” de los pacientes, ya que también los analizaba de manera individual, por tal, se generaban sentimientos de rivalidad en el grupo.

De manera similar se comenzaron a formar otros grupos dándole la misma importancia al terapeuta como el líder prestigiado, sin embargo, la diferencia radicaba en que se disminuía la rivalidad y los celos de los pacientes hacia el terapeuta-padre idealizado, a través de la motivación de sentimientos fraternales y la estimulación de la homogeneización de los miembros; este tipo de grupos, aún continúan con gran fervor, actualmente los conocemos como: “Grupos de AA y sus derivados (Alanon, Alateen, Narcóticos Anónimos, etc).

Ya en el año de 1923 Jacob Levy Moreno organizaba sesiones grupales denominadas como “psicoterapia de grupo”, y de 1925 a 1932 demostró que los métodos grupales de acción y psicodramáticos tenían resultados favorables.

En 1934, Moreno se dio a conocer por practicar la sociometría y el psicodrama, añadiendo y creando nuevos términos de estudio para la comprensión del dinamismo grupal que en la actualidad se siguen aplicando; tales como: terapia de grupo, psicoterapia de grupo, catarsis grupal, entre otros.

El método del psicodrama de Moreno tuvo gran relevancia ya que facilitaba los cambios de los individuos y del grupo por medio de la dramatización e improvisación de conflictos cotidianos, sueños, solución de problemas etc, con cualidades terapéuticas. Y, por otro lado, su sociodrama era una forma de representación psicodramática para aclarar y resolver conflictos del grupo con una cualidad pedagógica.

Paralelamente en Alemania también hubo mucho auge en las terapias grupales; Kurt Lewin en los años 30s aplicó los principios gestálticos para el abordaje grupal, él concebía al grupo como un sistema dentro de una jerarquía de sistemas. Introdujo la investigación-acción como método de trabajo para lograr el cambio en situaciones sociales concretas

Más tarde, en los años de la segunda guerra mundial, la importancia de formar grupos se volvió una necesidad puesto que era una época de catástrofe, duelos colectivos, incertidumbre y malestar psíquico, manifestando soledad, desamparo y miedo contra los peligros y los ataques del mundo externo y del mundo interno.

Tanto las amenazas emocionales, como las políticas y sociales, generaron una fuerte inclinación por la conducta del agrupamiento para dar sostén y entendimiento a los fenómenos inmersos a nivel internacional.

En Norteamérica S.R. Slavson fue el propulsor del desarrollo de la terapia grupal en el área de New York, coordinó grupos de niños en los años de preguerra. Conceptualizó al grupo como un sistema y describió los factores terapéuticos para la resolución de las problemáticas, concluyendo que el insight es el sendero final para que se dé un cambio terapéutico en el sentido estricto psicoanalítico.

En 1938, Alexander Wolf desarrolló un abordaje Freudiano y comenzó a practicar el “psicoanálisis de grupos”, el cual se basa en un análisis personal en grupo y su herramienta principal era la asociación libre y la interpretación de lo inconsciente

En Inglaterra en el Hospital “Northfield Military, Bion, encargado de la rehabilitación de soldados con estrés post-traumático producto de la guerra, aplicó los principios psicoanalíticos grupales con la finalidad de reintegrar a los pacientes a sus labores militares. Se consolidó una “comunidad terapéutica” dentro del hospital, e influenciado por la teoría de campo Lewin, Bion hipotetizó que en todos los grupos surgen dos tipos de actividades: una racional y consciente, que se caracteriza por la cooperación (*grupo de trabajo*); y otra compartida por los miembros del grupo, cuyo origen es inconsciente y que se opone a la primera. Dicha hipótesis en la que se piensa y se habla de un “inconsciente colectivo”, en la actualidad sigue vigente.

Otro psicoanalista destacado en Inglaterra, fue el alemán S.H. Foulkes, en 1940 visualizó la totalidad de las comunicaciones grupales como el equivalente de la “libre asociación” del paciente individual. En compañía de su colega Anthony, iniciaron un método que denominaron “grupoanálisis” en lugar de “psicoanálisis de grupo”, el cual toma un lugar intermedio entre los conceptos del grupo como un todo y el psicoanálisis del individuo.

En los años de posguerra, la Cruz Roja de los Estados Unidos, instauró terapia grupal para los veteranos de guerra, y surgió el Centro Comunitario de Salud Mental, y ello la gran demanda de terapeutas grupales.

Los métodos grupales debían ser enfocados directamente a fortalecer el Yo, la disminución o desaparición de síntomas y a tener competencia social, por ende, se sustituyen las terapias grupales con enfoque psicoanalítico, por unas menos ambiciosas; se trabaja con personas adictas, delincuentes y enfermos crónicos.

En Francia en la década de los setenta, predominaban dos corrientes: una enfocada influenciada por las teorías de Lewin, Moreno y Rogers, las cuales aplican conceptos psicoanalíticos en el grupo viéndolo como una totalidad; y la segunda, influenciada por Moreno y Rogers, con sus conceptos y psicoanalíticos y técnicas sicodramáticas, usando al grupo como mero agente movilizador.

Posteriormente, en 1963 Pontalis y Anzieu, precursores en Francia, indican que el modelo de Lewin para abordar el grupo tiene varios sesgos, puesto que conducen a la idealización del coordinador grupal y a la manipulación de la transferencia, obstaculizando la comprensión e interpretación del dinamismo grupal; por ende, a partir de ello surgen varias críticas de las técnicas psicosociales y Morenianas, debilitando dichas teorías e intervenciones, y aplicando a mayor medida un modelo psicoanalítico grupal.

Respecto a Latinoamérica, el movimiento grupal se inicia en 1947, el pionero fue Pichion Rivière, quien, con la teoría de Kurt Lewin y las técnicas de Schiler intervenía en grupos operativos, fundando la Asociación Argentina y Psicoterapia de Grupo, de sus postulados, se derivan los grupos analíticos de reflexión, y lo que actualmente se conoce como “análisis de grupo”, quienes lo encabezaron Grinberg, Langer y Rodrigué. Ellos conciben al grupo como: “La integración de varios elementos que dan una totalidad gestáltica a la cual intervienen con técnicas psicoanalíticas de interpretación transferencial directa en el “aquí y en el ahora” del grupo”. (Díaz, 2002)

Éste último planteamiento es contraste al modelo que considera al grupo como la suma de sus individuos que se trata simultánea pero aisladamente; el cual es definido como “análisis *en* grupo”. También es diferente al modelo que manejan las emociones de manera colectiva sin interpretarlas, el cual se denomina “análisis *por* el grupo”.

El modelo desarrollado en Argentina, tuvo gran importancia puesto que aportó maneras de estudiar al grupo, las cuales se diferenciaban de los demás teóricos, uno de los más claros contrastes era la importancia que le daban a las interpretaciones, las cuales eran grupales y señalando fantasías inconscientes, interpretación de los roles, de transferencias laterales y centrales, interpretaciones.

Dicho modelo nacido en Argentina, se ha ido expandiendo y actualmente se sigue aplicando con rigor; en México muchos psicólogos y psicoanalistas lo han puesto en praxis en diferentes escenarios. Hoy en día existe la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), la cual fue fundada en 1968; anteriormente conocida como Asociación Psicoanalítica Mexicana, fundada en 1967 por los doctores Luis Feder, Luis Gonzáles, Gustavo Quevedo y Frida Zmud.

3.3. Conceptualización de la Terapia Psicoanalítica Grupal

Freud (1921), en “Psicología de las masas y análisis del yo”, plantea que en los grupos acontecen fenómenos inconscientes que explican la actuación de la masa grupal, nos dice que existen un conjunto de elementos ligados entre sí por investiduras recíprocas donde se realizan identificaciones sobre los demás miembros por compartir el mismo Ideal del Yo depositado en la figura del líder, también hay ideales comunes, alianzas conjuntas y renunciamientos a los ideales personales. Todo ello es una analogía de lo que ocurre en el psiquismo humano.

Bajo ése mismo entendimiento sobre la analogía psiquismo-grupo; Valiente (1987), comenta que los individuos estamos comprendidos bajo una triple dimensión social, que las define como:

- a) Una *microsociedad internalizada*: La cual se compone por los padres, hermanos y personas significativas muy afines y con vínculos estrechos.

b) Una *sociedad externa cotidiana*: Personas con las que mantiene un tipo de relación especial, donde se materializa su vinculación; como la familia, la pareja, amigos etc.

c) Una *sociedad extensa y amplia*: Se basa en las costumbres, tradiciones, valores, ideologías, moral y normas compartidas de una época y generación específica.

Estas tres formas de relación de cada dimensión social se reproducen en el grupo terapéutico de forma manifiesta y latente, puesto que se recrean vínculos dimensionales con sus relaciones primarias; “re-viviendo” vivencias, escenas o situaciones de la historia personal de cada paciente hacia los miembros del grupo.

Es por ello, que el grupo terapéutico, va a ser también una forma de “escuela para la vida”, ya que los pacientes llegan a conocer quiénes son ellos para el otro, para los otros y quienes son los otros para el paciente. (Valiente, 1987).

Por tal, el autor expone el grupo es un espacio inmejorable para buscar nuevas respuestas, para ensayar nuevos vínculos y, para conocer las formas de comunicación.

Pero para todos éstos fenómenos pertinentes ocurran, el grupo debe de estar creado bajo una atmósfera cálida, permisiva, honesta y generando las condiciones para que todo sentimiento, conflicto y presiones se manifiesten y puedan ser sometidos al ensayo y experimentación. (Valiente, 1987)

Bleger (1997), concuerda con el autor, y expone que la terapia psicoanalítica grupal es una forma de organización de vínculos intersubjetivos permeados por elementos constitutivos del psiquismo humano, los cuales a su vez se componen como un grupo interno (intrasubjetividad grupal).

Continúa comentando, diciendo que el hecho de que una cierta cantidad de personas se reúnan en un lugar y tiempo determinados, no necesariamente constituirán un grupo; y por ende,

define al grupo terapéutico como un lugar intangible en el cual se producen fenómenos intersubjetivos entre los individuos y sus vínculos, y que va a ser indispensable que se defina un objetivo compartido para que le de seriedad y se pueda establecer el grupo como tal.

Además de tener un objetivo compartido, y generar las condiciones para que se desarrolle una atmosfera cálida, Díaz (2002), explica que existen condiciones y principios que son indispensables y únicos de la terapia psicoanalítica de grupo, la cual debe de ser entendida como una realidad condicionada, planificada por el terapeuta, con un objetivo terapéutico establecido y con un contenido basado en:

1. La teoría del inconsciente relacionada con lo reprimido y las resistencias.
2. La existencia de una sexualidad infantil y preedípica.
3. La base del tratamiento es la transferencia.

Por tal, Corey (1995), concuerda con los contenidos propuestos por los autores anteriores, y agrega que el proceso terapéutico en la terapia psicoanalítica grupal se centra en la recreación, análisis, comentario e interpretación de las experiencias pasadas y en el trabajo elaborativo de las defensas y resistencias que operan a nivel inconsciente.

Él menciona que el objetivo del proceso analítico en grupo es la reestructuración del carácter y de la personalidad del sujeto y que dicha meta se logra mediante la conversión de los conflictos inconscientes a conscientes y el análisis de los mismos.

También afirma que los grupos psicoanalíticos reconstruyen la familia de origen de forma simbólica, por lo que la historia pasada de cada sujeto pueda repetirse dentro del grupo, ya que lo que el individuo da hacia el terapeuta y hacia los demás miembros del grupo, revela la dinámica de sus relaciones con las figuras significativas de la familia de origen.

Bleger (1997), también sigue la misma idea, afirma que el grupo es una organización de vínculos intersubjetivos y de distintos elementos constitutivos del psiquismo humano y por ende se movilizan estructuras arcaicas del sujeto y deseos profundos del inconsciente.

Bajo el mismo eje teórico, Anzieu (1996), aporta que el grupo terapéutico psicoanalítico es una envoltura gracias a la cual los individuos se mantienen juntos a consecuencia de reglas implícitas y/o explícitas y de las particularidades de la expresión verbal y no verbal entre los miembros que sólo ellos conocen; como pensamientos, palabras y acciones, lo cual permite que en el grupo se constituya un espacio interno el cual le otorga un sentimiento de libertad y le garantiza el mantenimiento de intercambios, y a su vez, también le permite hacer memoria del pasado y mantener una esperanza.

El autor señala que todo lo que sucede en esa envoltura llamada “grupo”, se protege de forma intangible y simbólica por medio de lo que él denominó “envoltura grupal”, la cual opera como el sostén, contención y seguridad a las vivencias e intercambios que se generan dentro de él.

Dichos intercambios y vivencias, van a tener impacto en los procesos emocionales de los sujetos; de acuerdo con Díaz (2002), leído en Slavson (1953), las relaciones vinculares que se establecen en el grupo generan modificaciones que se desprenden de: 1) Los vínculos de los miembros con su líder, 2) del sistema de interacciones recíprocas entre los integrantes, y 3) de relaciones de cada uno de los miembros con las relaciones entre los demás miembros.

Sumado a esas cualidades, propone que un grupo se conforma en la medida en que se producen y se consolidan identificaciones, mitos, ilusiones, la conciencia de pertenencia a él y la inscripción de las reglas; es decir: procesos psíquicos los cuales son representaciones internas de los sujetos en sus demás integrantes.

Los procesos psíquicos que se manifiestan en los grupos de los cuales hablan y concuerdan los teóricos de ésta corriente, son explicados más ampliamente por Kaës (2000), quien extiende la investigación y desarrolla principios fundamentales que se producen en los grupos:

1. Principio de placer/displacer: El grupo evita la excitación excesiva interna y mutua, evade la angustia de abandono así como la angustia de ser rechazado o de carecer de importancia ante los miembros del grupo (displacer); por otro lado el grupo le proporciona experiencias placenteras, en tanto que el sujeto experimenta la satisfacción de necesidades y pulsiones, tiene una sensación de protección, de escucha y de cuidado, (placer).
2. Principio de indiferenciación/ diferenciación/: En un inicio el grupo se consolida mediante una nula o poca diferenciación de las psiques; pero, conforme avanza el proceso, éstas van adquiriendo un carácter heterogéneo, lo que permitirá el desarrollo de las psiques individuales y de la psique grupal. (Génesis Grupal)
3. Principio de delimitación adentro/afuera: Este principio va de la mano y es consecuente de los dos primeros; ya que permite y da paso a la delimitación entre el espacio intersubjetivo individual y el grupal; se considera como una envoltura que protege al sujeto y que marca la frontera “adentro y el “afuera”, lo que permite moldear el proceso. (Tópica Grupal).
4. Principio de constancia y transformación: Es la tendencia grupal a mantener la mínima tensión de las excitaciones y los de los conflictos que surgen entre la psique grupal; apuntará siempre a promover la realización de los demás principios. (Principio económico y dinámico)

5. Principio de repetición/sublimación: Se vincula directamente con la pulsión de muerte, ya que hay en el grupo la tendencia a repetir emociones y acciones dolorosas o que la psique no puede soportar. El grupo repite de otras maneras la dolencia que los hizo demandar una terapia. Analógicamente, esto abre las vías para que la pulsión de muerte entendida como actos repetitivos dolorosos, los pueda metabolizar, y acceda a mecanismos de defensa como la sublimación para el cumplimiento creativo y dadivoso de la pulsión mortífera.

Kaës (2000), entiende al grupo como el sueño: Una entidad donde se realizan los deseos inconscientes que buscan su vía de realización manifiesta por medio de la interacción y vínculos entre los miembros del grupo de forma consciente y defensiva para desviar el contenido latente e irrumpir su cumplimiento; por tal, será tarea del terapeuta observar, señalar e interpretar los fenómenos inconscientes del grupo.

De este modo, el grupo cumple una función terapéutica porque es el lugar de la reunificación interna, le da lugar de existencia y de vínculo a cada sujeto, delineando los límites del adentro y del afuera, de lo extraño y de lo familiar, del amigo y del enemigo. (Kaës, 2000)

Por otro lado, el grupo juega un papel intermediario decisivo en las relaciones y los movimientos de transformación que están inmersas y perturban a la sociedad; se establecen y se transmiten los contratos que organizan los saberes comunes, los ideales compartidos, los sistemas de defensa y de protección mutuos. (Kaës, 2000).

De acuerdo con los anteriores planteamientos, se afirma que el grupo ofrece una puesta en escena de la realidad psíquica interna de cada sujeto, puesto que los objetos internos se desplazan, se articulan y se manifiestan con los distintos miembros del grupo. (Bleger, 1997)

Es por ello que en la terapia psicoanalítica grupal se producen regresiones controladas de la personalidad al servicio del fortalecimiento yoico, el cual se entiende como la conciencia social y la capacidad de implicarse activamente en la vida.

Lo que se propone es que el grupo es el medio donde se organiza, se restaura, se forma y se consolida las funciones integrativas yoicas, mejora el control de las pulsiones, asegura la catarsis de conflictos, refuerza la adaptación al medio real y desarrolla mecanismos de defensa importantes como la sublimación.

En esta misma línea se encuentra Schilder, quien considera que el tratamiento en grupo es básico para restablecer las formaciones psíquicas distorsionadas, apuntando a la creencia de que dichas distorsiones son ideas implantadas por la influencia de los miembros de la familia del sujeto en tratamiento y de sus primeros vínculos. (Kaës, 2000)

Continuando con el dinamismo psíquico grupal y las manifestaciones latentes dentro del grupo, Bion (1997), explica al grupo como una entidad específica en el que se producen y se permiten vislumbrar las características de los vínculos objetales, parte de las ideas Kleinianas sobre los objetos parciales, las angustias psicóticas y las defensas primarias; dichos fenómenos según el autor se asemejan en la dinámica en grupos

De acuerdo con él, el grupo funciona como una unidad aunque sus miembros no sean conscientes de ello, el grupo reunido forma lo que denominó como: *Mentalidad Grupal*, lo cual es una actividad psíquica inconsciente formada por el deseo y la opinión de los individuos.

El autor también observa otra cualidad dentro del grupo: *La cultura de grupo*, la cual se forma a través de la *Mentalidad Grupal* y los deseos inconscientes individuales, por ende

siempre van a existir dos fuerzas que se debaten entre el deseo inconsciente colectivo y las necesidades individuales.

Bion (1974), desarrolla la teoría de supuestos básicos que emergen en el grupo, los cuales están conformados por emociones primitivas e intensas que expresan fantasías grupales omnipotentes, caracterizándose por lo irracional de su contenido y por tener gran fuerza para determinar la actitud del grupo en contra de la opinión consciente de algunos miembros del grupo. Son estados emocionales que tienden a evitar el sufrimiento que aparece cuando se está en proceso de aprendizaje.

1. Supuesto Básico de Dependencia: Las personas del grupo lo viven como débil, inmaduro y dependiente. Los integrantes depositan en los demás miembros fantasías e ideales y tienen la certeza de que los miembros del grupo le van a proveer la satisfacción de todas sus necesidades y deseos.
2. Supuesto Básico de ataque-fuga: El grupo mantiene la concepción de que existe un enemigo dentro o fuera del grupo del cual es necesario huir o atacarlo. Dicho enemigo puede ser alguien físico como algún miembro del grupo o mismo terapeuta, cuando el terapeuta es considerado el enemigo el grupo ignora sus intervenciones, manifiesta su desprecio por medio de palabras o actos, los miembros tienen resistencia la cual se demuestra mediante la impuntualidad, o la ausencia a las sesiones. El enemigo puede ser también concepciones abstractas como las palabras, la enfermedad física o mental de los demás integrantes.
3. Supuesto Básico de apareamiento: Los integrantes asumen, comparten y transmiten la creencia de que sus conflictos internos serán resueltos; el eje y el supuesto básico es la esperanza.

En otro nivel de conocimiento, se puede observar el:

4. Supuesto Básico de grupo de trabajo: Los participantes actúan con esfuerzo y cooperación. Se consigue por madurez y entrenamiento para participar en él, implica contacto con la realidad, tolerancia a la frustración y control de emociones.

El grupo aquí es capaz de tolerar lo que no sabe, hace uso de la racionalización y se promueve el crecimiento.

Los objetivos y metas son claros, hay libertad de expresión, el conflicto se extiende como tarea de todos y existe la autoevaluación continua.

4.4. Propiedades Generales de la Psicoterapia de Grupo

Para que se manifiesten los dispositivos psíquicos que nos vienen acompañando dentro de la explicación teórica, es necesario y básico características dentro del grupo, Díaz (2000), propone que es necesario:

1. Establecer un encuadre, el cual está compuesto por una serie de normas verbales y no verbales que sistematizan los encuentros y tiene un carácter fijo (horarios, honorarios, actividad o pasividad del terapeuta y de los miembros, pautas de comportamiento y frecuencia de las sesiones. Éste permitirá la organización y sostén del grupo
2. El contrato: Son acuerdos compartidos y no restrictivos, formales o informales, entre el terapeuta y los miembros, y se plantean las labores que cada uno debe desarrollar y las normas para llegar a la meta. Es el fundamento básico para que se ponga en juego la alianza terapéutica, dicha alianza está por dos vertientes: a) La explícita; la cual se refiere al acuerdo del tiempo, espacio y aspecto económico de las sesiones; y b) la implícita;

compuesta por la ideología y teoría del terapeuta acerca de lo patológico y lo sano y sobre las estrategias útiles para el proceso terapéutico. El contrato es flexible, ya que se puede establecerse desde el principio o dejarse evolucionar a través del tiempo.

Los elementos del contrato y encuadre se pueden englobar en cinco reglas (Valiente, 1987):

1. Discreción: Todo lo que se diga y haga dentro del grupo debe de quedar dentro de él.
 2. Verbalización: Se les dice que se puede hablar de cualquier tema y cosa que se les ocurra sin ningún tipo de censura. Ya que se encuentran protegidos por la primera regla: “Discreción”.
 3. El aquí y ahora: Expresar sentimientos que se vayan experimentando en el momento.
 4. De abstinencia: Evitar y abstenerse al contacto físico durante las sesiones, abstenerse a entablar relaciones sentimentales con los demás miembros del grupo.
 5. De restitución: Llevar al grupo los temas o contactos que ocurran entre pacientes por fuera del grupo
- El número de los miembros: Dentro del psicoanálisis de grupo se considera que el número ideal de personas sea de 6 a 10 miembros, ya que el grupo pequeño facilita la fusión de identidades y la comunicación entre los pacientes; de la misma manera, el grupo pequeño permite la asiento transferencial de la familia de origen y de distintos vínculos significativos en la historia del sujeto en los miembros del grupo.
- Con menos de 8 integrantes el grupo se carece del depósito de ideales e identificaciones con los demás miembros del grupo, no hay suficiente provocación ni actividad interpersonal; además, se corre el riesgo de que a consecuencia de la disminución de interrelaciones, el terapeuta termine haciendo terapia individual. Por otro lado, con más de 10 miembros, existen muchos sesgos en la interpretación de los vínculos que se dan, la

comunicación aparece distorsionada, hay menor posibilidad de expresar emociones, lo que llevaría a la disminución de la elaboración consciente de las problemáticas inmersas en el sujeto. Cinco miembros es el mínimo aceptable. Aunque a mayor duración de la sesión, mayor número de pacientes.

1. Frecuencia: El grupo se reúne de una a cinco veces por semana. En la actualidad se reconoce que una sesión semanal funciona en forma muy satisfactoria.
2. Duración de las sesiones: Oscila de 80 minutos a 2.30 hs. La duración de las sesiones requiere un tiempo para instalarse y poderse detectar, comprender y analizar. Pero sea cual fuere el tiempo asignado para trabajar con el grupo, nunca se termina ninguna sesión en forma abrupta. Los grupos pueden ser a tiempo limitado o sin límite de tiempo. Los primeros establecen, desde el contrato, el tiempo que el terapeuta asigna a la terapia. Son, en general, grupos homogéneos, cerrados y con objetivos focalizados, trátase de supresión de síntomas o de resolver un área especial de conflicto: adaptación a ciertas etapas de la vida. Todos los pacientes inician y terminan la terapia al mismo tiempo. No ingresa nadie una vez constituido el grupo. En los segundos existe mayor flexibilidad, pero no se considera oportuno en todos los casos, ya que es de larga duración, y no es apto para personas quienes están iniciando un tratamiento psicológico.
3. Composición: La teoría explica que puede ser mixto en cuanto al género, u homogéneo. La mayor parte de los autores, recomienda que sea mixto, ya que es más fácil vislumbrar los vínculos edípicos en la dinámica que compone al grupo. Lo da por sentado movilizaciones internas más profundas y regresiones más rápidas.

4. Edades: Se recomienda grupos con miembros de la misma generación, ya que los pacientes responden a la situación a partir de sistemas de valores semejantes a los que distinguen a padres e hijos.

Cuando el rango de edad está muy disparado, impide que exista la base común para el intercambio, lo que perturba la comunicación. La máxima distancia, en los grupos de adultos puede ser de hasta 20 años.

5. Duración del tratamiento: Salvo determinados casos que exista una limitación específica en tiempo, no se plantea una duración exacta. La experiencia avala que hay resultados más positivos en un tiempo de tres años de tratamiento grupal.

Cuando el rango de edad está muy disparado, impide que exista la base común para el intercambio, lo que perturba la comunicación. La máxima distancia, en los grupos de adultos puede ser de hasta 20 años.

Criterios de Selección

Además de los criterios ya expuestos referentes a la edad (que no exista mucha diferencia de edades), y al sexo (se aconseja que sea mixto), Corey (1995), propone que desde un punto de vista de la personalidad la selección debe contemplar:

1. Los integrantes deben de tener la capacidad para establecer relaciones objetales reales, y para ello debieron tener experiencias vinculares satisfactorias con sus primeros objetos de amor.
2. Deben tener la capacidad para disminuir la proyección como mecanismo defensivo, por el cual tienen la falsa creencia de que sus síntomas o conflictos son causados por otro. Lo que significa que debe existir en ellos la cualidad y capacidad de responsabilidad ante su mundo interno.

3. Contar con la suficiente “fuerza yoica” para afrontar la situación grupal, como tensiones por enfrentamientos, por rechazos y/o por preferencias; deben de poder dialogar directamente.
4. Que tengan un mínimo de desarrollo superyoico que le permita discriminar “lo injusto de lo justo”, y tener límites internos que les permitan metabolizar sus pulsiones primarias.

4.5.Ventajas del psicoanálisis de grupo frente a la terapia individual:

1. En un entorno grupal, los miembros pueden establecer relaciones similares a las que vivenciaron en sus vínculos primarios y significativos dentro de un ambiente seguro, lo cual conduce a resultados favorables.
2. Hay mayor facilidad de experimentar la transferencia hacia los demás miembros y hacia el terapeuta, y consecuentemente pueden elaborar dichos sentimientos, reconocerlos y comprenderlos.
3. El insight y resonancia resultan a mayor profundidad en relación a sus defensas y resistencias.
4. La dependencia hacia el terapeuta es menor que en la terapia individual, puesto que se ponen en juego sentimientos ambivalentes hacia los demás miembros y no sólo hacia el terapeuta.
5. Al observar el trabajo de los miembros, los sujetos pueden expresar sentimientos intensos o culpijenos, así como deseos, miedos etc.
6. Se facilita la proyección y la identificación, se expresa y se disminuye la resistencia y distorsiones de la realidad.
7. Favorece una variedad más completa de respuestas que la encontrada en la terapia individual. (Corey, 1995).

4.6. Contenido y Dimensiones del Psicoanálisis en Grupo

A continuación se presenta de manera sintética un cuadro concreto propuesto por Corey (1995), el cual sintetiza las funciones y dimensiones de la terapia psicoanalítica grupal. Se plasma de forma armoniosa las características principales:

Tabla 3: “Funciones y Dimensiones de la Terapia Psicoanalítica Grupal” (Corey, 1995)

<p>Metas</p>	<p>Otorga un clima que ayuda a los miembros del grupo a reexperimentar relaciones familiares de la infancia y significativas.</p> <p>Desentierra los sentimientos asociados a acontecimientos pasados que siguen insistiendo en la conducta actual.</p> <p>Facilita el insight y resonancia sobre los orígenes del trastorno psicológico y estimula la experiencia emocional correctiva.</p>
<p>Rol del Terapeuta</p>	<p>Facilita la interacción del grupo ayudándolo a crear un clima de aceptación y tolerancia.</p> <p>Permanece de cierta manera pasivo y objetivo, con el fin de que los miembros depositen proyecciones hacia él.</p> <p>Identifica e interpreta la resistencia y la transferencia.</p>

	<p>Ayuda a los miembros en el trabajo elaborativo de los aspectos inconclusos.</p> <p>Establece los límites del grupo.</p>
<p>Estructuración y Responsabilidad</p>	<p>El terapeuta renuncia a su liderazgo.</p> <p>Interpreta conductas.</p> <p>Los miembros producen material inconsciente.</p> <p>Los miembros asumen responsabilidad compartiendo insights y se convierten en terapeutas auxiliares de otros.</p>
<p>Técnicas</p>	<p>Interpretación.</p> <p>Análisis de sueños.</p> <p>Asociación libre.</p> <p>Análisis de la Resistencia y de la Transferencia.</p> <p>Transferencia</p> <p>Distanciamiento</p>

Contribuciones	<p>El interés por las dinámicas familiares es apropiado para trabajar con muchos grupos minoritarios.</p> <p>La formalidad de los terapeutas es idóneo para aquellos sujetos que desean y esperan un profesional distante.</p> <p>El concepto de defensa es útil para entender las dinámicas internas y el manejo de los estresores ambientales.</p>
Limitaciones	<p>No es valorado para aquellos quienes demandan una rápida solución a sus problemas inmediatos.</p> <p>En relaciones interpersonales que se dan en la terapia, a menudo se encuentran en conflicto con los valores culturales.</p>

Capítulo IV. Planteamiento del Problema

Las drogodependencias es sin duda un fenómeno a nivel social que ha ido en aumento cada año, en México el consumo de drogas y sus problemas asociados afectan a una parte significativa de la población.

Alrededor del mundo 246 millones de personas, son consumidores de drogas ilícitas, lo que ha ocasionado problemas en la salud física, mental y social. Son las drogodependencias una de las principales causas de morbilidad, deteriorando en la calidad de vida tanto de los consumidores como de sus familiares. (Marín, Szerman, y Ruíz, 2017)

Por lo que las drogodependencias no sólo atenta la salud del consumidor, sino, que también de sus familiares, quienes presentan diversos problemas físicos, emocionales y psicológicos.

Por tal, se hace pertinente acciones y funciones de índole disciplinaria con conocimiento científico y profesional con la propuesta de incorporar técnicas y conocimientos desarrollados en el ámbito psicoterapéutico, con el objetivo de encaminar hacia una profesionalización y atención integral para responder a las necesidades de este fenómeno, y una de éstas necesidades es intervenir psicoterapéuticamente con los familiares, atendiendo sus dolencias y el impacto que representa tener un hijo drogodependiente.

Hablar de dolencias, es referirnos al duelo; el duelo que los familiares deben de elaborar ante la percepción que tienen fantástica e idealizada de su hijo, ya que existe negación del conflicto, idealización de cambio y expectativa de cura mágica.

Por ende se hace pertinente guiar a los padres al reconocimiento real de su hijo por medio de la elaboración del duelo y con una intervención de psicoterapia psicoanalítica grupal, la cual ofrece

facilidad para que los sujetos puedan externarse, identificarse con otros miembros, aceptar conflictos etc.

En ese sentido surgen las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las experiencias emocionales de los padres con hijos drogodependientes en el trabajo de duelo?

¿Cómo se desarrolla la terapia psicoanalítica grupal para el trabajo de duelo en padres con hijos drogodependientes?

¿Cómo han sido las experiencias emocionales que han surgido en los padres con hijos drogodependientes dentro de un proceso psicoanalítico grupal para el trabajo de duelo?

¿De qué manera la terapia psicoanalítica grupal apoya en el proceso para la elaboración del duelo en padres con hijos drogodependientes?

4.1.Justificación

Centrar el interés en intervenir hacia la vivencia intersubjetiva que los padres tienen en relación a la drogodependencia de su hijo, significa indagar en la patología familiar latente como tal; teniendo en cuenta que el hijo es el síntoma de la familia según la óptica psicodinámica, por lo que el trabajo profundo podrá demostrar los afectos encubiertos y acercarse al saber de lo que no saben de ellos mismos para poder así darle otra mirada a sus vivencias que duelen y al vínculo con su hijo, que generalmente es un vínculo siniestro, ya que de acuerdo a la teoría antes explicada, son los padres quienes desean inconscientemente el mantenimiento del síntoma (adicción de su hijo).

Así mismo, se hace prudente y necesaria dicha intervención, puesto que permitirá colaborar en el trabajo profesional para la comprensión y el tratamiento integral de las

adiciones; ya vimos que hace falta el perfeccionamiento psicológico y el trabajo de expertos en el tema en varios centros y programas de rehabilitación; por ende las aportaciones de esta intervención podrán funcionar para encaminar a un tratamiento complejo y generará conocimiento para explicar e intervenir en la dolencia psíquica que emerge en el cuerpo y en la existencia de los padres con hijos adictos.

Se escogió la terapia psicoanalítica de grupo en función a su método, teoría, pertinencia y práctica. Díaz (2000), afirma que la escuela francesa concibe que el psicoanálisis de grupo está orientado a descubrir lo que “significan la actitud y pensamientos de un miembro del grupo para los demás y cómo cada uno reacciona de manera específica al problema común del grupo”.

En dicho sentido, se selecciona la terapia de grupo debido al incremento del malestar psíquico de la sociedad, y con ello la gran demanda hacia los sectores de salud y hacia los profesionistas en atender sus dolencias.

La respuesta no puede ser inmediata de manera individual, ya que rebasaría nuestras posibilidades de acción, por lo que considero pertinente, necesario y lo más oportuno en ésta temática, el trabajo profesional atendiendo las demandas de manera grupal.

Otra razón, es que la terapia de grupo es un terreno poco trabajado en cuanto al duelo, además, Díaz (2000), afirma que dicha terapia tiene condiciones y características efectivas, ya que:

- a) Resulta ser tan efectiva como la terapia individual.
- b) Se reorganiza la estructura de personalidad a través del análisis del carácter y con ello la resolución del conflicto inconsciente.
- c) El grupo propicia una atmósfera sin prejuicios, lo que provoca que sus miembros se comporten de manera natural.

- d) El grupo es más eficaz que el tratamiento individual, puesto que minimiza culpas y ansiedades.
- e) El grupo propicia la expresión de sentimientos ambivalentes.
- f) El grupo posibilita cuestiones identificadoras y transferenciales, lo que propicia la superación de fallas yoicas.
- g) Se reconoce de manera más ágil las perturbaciones narcisistas.
- h) Proporcionan una diversidad de objetos: espejean, reflejan, son idealizarles, dan la oportunidad de fundirse con el otro, satisfacen la necesidad de mismidad y se fortalece el self.
- i) El grupo en la fase inicial se constituye como “el yo ideal”, resultado de una defensa contra el monitor, quien colocado como el “superyó arcaico cruel”

Por otro lado pero no excluyente, es responsabilidad profesional y humana intervenir ante las problemáticas emergentes e inherentes hacia la sociedad y hacia el ser humano como tal, por dicha razón es un deber aportar y actuar de manera competente, asumiendo un saber de forma ética, empática y responsable hacia los campos de trabajo donde se pueda intervenir de acuerdo al conocimiento y adiestramiento manejado, con el objetivo de comprender y encaminar hacia la reducción de las dolencias humanas.

Consecuentemente, promover y abrir un espacio para que el sujeto simbolice sus dolencias a través de la palabra y minimizar sus conflictos, conducirá a una mejor comprensión de su propio ser y al continuo mejoramiento de sus condiciones de vida y de vínculos sociales sanos.

4.2.Objetivo General

Analizar el proceso psicoanalítico de la terapia grupal en el trabajo de duelo hacia padres con hijos drogodependientes.

4.3.Objetivos Específicos:

- Determinar en los participantes las conductas, emociones y pensamientos en relación hacia la drogodependencia del hijo.

- Determinar en los participantes el momento intrapsíquico del duelo, el funcionamiento familiar, la percepción simbólica del hijo y las experiencias personales de los padres.

- Aplicar y analizar las técnicas de la teoría psicoanalítica grupal y su funcionamiento para el trabajo de duelo hacia padres con hijos drogodependientes.

4.4.Supuestos

1. Las madres sufren una fuerte pérdida narcisista al encontrarse con un hijo drogodependiente, y tendrán que pasar por un proceso de duelo que le permita soportar y asumir la pérdida para aceptar al hijo real.

2. La psicoterapia psicoanalítica grupal apoyará a elaborar el proceso de duelo.

4.5.Método

La realización de esta investigación fue a partir de una metodología de corte cualitativo de tipo descriptivo y explicativo. La metodología cualitativa permitió obtener datos descriptivos basados en los propios comentarios de las participantes, detallando y haciendo énfasis en el discurso para explicar sus percepciones de la problemática, además, también posibilita identificar el origen de la problemática, dándole importancia a cómo las participantes viven y perciben su propia realidad mediante emociones, pensamientos y acciones.

Técnica e instrumento

Bajo la técnica “Entrevista Semiestructurada” se seleccionó los participantes y se empleó el instrumento “Guion de Entrevista Semiestructurada” (Anexo 1), el cual se diseñó del marco teórico y del esquema propuesto por Tizón (2004), (Anexo 2) con el cual se determinó en los participantes las conductas, emociones y pensamientos en relación hacia la drogodependencia del hijo, el momento intrapsíquico del duelo, el tipo de estructura y dinámica familiar y la percepción simbólica del hijo.

Posteriormente se realizó intervención grupal bajo las técnicas de la teoría psicoanalítica grupal y la técnica de investigación observación participante, un coterapeuta y utilizando como instrumento el registro observacional y el diario de campo.

Participantes

Formaron parte de esta investigación cinco madres en un rango de edad de 45 a 57 años quienes presentaron un duelo patológico y/o complicado.

No se consideraron elemento poblacional padres con un duelo normal así como tampoco aquellos sujetos con rasgos predominantes de personalidad preedípica ni con daño cerebral, ya que dichas características podrían encaminar a una disgregación psíquica grupal, impidiendo la elaboración y trabajo del duelo, así como reconocimiento del hijo real.

Tampoco serán parte de la población aquellos padres menores de 45 años ni mayores a 57 años, puesto que de acuerdo al marco teórico conceptual los sujetos tienen mejor afinidad y más facilidad de empatía y proyección con otros sujetos generacionalmente semejantes, y cuando el

rango de edad está muy disparado, impide que exista la base común para el intercambio, lo que perturba la comunicación.

Procedimiento

Se acudió al grupo “AA” “Una luz en tu camino” para presentar y explicar el proyecto de investigación a la coordinadora del mismo, la coordinadora invitó a aquellos padres de ambos sexos en el rango de edad establecido, quienes tuvieran hijos consumidores de drogas tanto lícitas como ilícitas y que quisieran ser parte de un proceso terapéutico grupal. Se tuvo interés de 8 participantes.

Para la primera fase, la cual estuvo diseñada para realizar el diagnóstico de la intervención, se implementaron 8 entrevistas a 8 participantes de tres sesiones cada una con una duración aproximada de 1 hora por sesión, las cuales fueron destinadas a determinar en los sujetos las conductas, emociones y pensamientos en relación hacia la drogodependencia del hijo, el momento intrapsíquico del duelo, el tipo de estructura y dinámica familiar y la percepción simbólica que tienen sobre su hijo. Para ello se hizo uso del Guion de Entrevista previamente elaborado en función del marco teórico.

Todas las entrevistas fueron audio grabadas con el consentimiento previo de las personas, se transcribieron y se hizo un análisis de contenido con el apoyo de Atlas-ti, el uso de este programa permitió generar categorías conceptuales, sus propiedades (aspectos significativos de las categorías) y la relación entre ellas. Con ello se pretendió realizar una codificación teórica de análisis para construir fundamentos teóricos de la realidad psicológica de las participantes, comprenderla e interpretarla. (Teoría Fundamentada).

Para ello, primero se realizaron categorías previamente establecidas e identificando otras que surgieron emergentemente con el discurso de los participantes; las categorías establecidas e identificadas para realizar el análisis de contenido para el diagnóstico fueron las siguientes:

1. Percepción del hijo (a)
2. Reacciones hacia la drogodependencia del hijo (a)
3. Experiencia personal
4. Estructura Familiar
5. Momento Intrapsíquico del duelo.

De acuerdo con los resultados del diagnóstico y con los criterios de inclusión-exclusión, se seleccionaron 7 de los 8 participantes que estaban interesados; sin embargo, dos de ellos se encontraban indispuestos a continuar con la intervención, quedando 5 participantes para la conformación de la segunda fase, la cual es la intervención.

Cabe señalar que a cada sujeto se le explicó el objetivo de la intervención, y se les otorgó y explicó una carta de consentimiento informado, todos los participantes firmaron dicha carta.

Así mismo esta fase fue elemento sustancial para conocer experiencias de las personas que no estaban previamente establecidas en la investigación, pero que fueron parte importante para el análisis de las mismas y la selección de elementos categóricos no determinados; además, contribuyó a generar confianza de la persona hacia la investigación, lo que dio paso al siguiente proceso de la intervención.

Para la segunda fase, se procedió a realizar la intervención con los 5 sujetos previamente seleccionados en la primera fase, conformando el grupo terapéutico con enfoque psicoanalítico.

Fueron 10 sesiones grupales, una vez a la semana y con una duración de 1 hora y media por sesión.

Cada sesión grupal fue audiograbada y transcrita, y mediante categorías previamente establecidas en función del marco teórico, se analizó la información de discurso grupal, determinando e identificando los indicadores psicoanalíticos curativos grupales y analizando las técnicas psicoterapéuticas, enfocándose prioritariamente en los indicadores de cambio hacia la elaboración del duelo.

Las categorías para analizar la información del discurso grupal fueron:

- Identificaciones.
- Instalación de esperanza
- Asociación libre
- Clarificación
- Confrontación
- Interpretación.

De acuerdo con la teoría estos son algunos de los factores curativos en los grupos.

4.7. Consideraciones éticas

La investigación realizada tuvo como ejes principales el respaldo teórico, la supervisión clínica y mi análisis personal, que son los pilares del trabajo con orientación psicoanalítica. De igual manera, el trabajo fue realizado a la luz del Código Ético del Psicólogo de la sociedad Mexicana de Psicología (SMP). La información obtenida ha sido tratada confidencialmente (art. 61), así como procurar el anonimato utilizando un pseudónimo (art. 68). En todo momento se protegieron sus derechos e intereses (art. 73) y la relación que se estableció con los participantes fue

estrictamente profesional (SMP, 2002). Al iniciar tanto el diagnóstico como la intervención se estableció un encuadre y un contrato oral con los participantes, donde se establecieron las duraciones de las sesiones, el número de sesiones a la semana, las responsabilidades y obligaciones tanto de los participantes como la del terapeuta y coterapeuta, ellos firmaron una carta de consentimiento informado donde se establecía que la información obtenida en el proceso psicoterapéutico podría ser usada para fines científicos y de investigación (art. 61 y 122). (SMP, 2002).

Análisis de la Información. Etapa 1

Análisis de las Entrevistas a Profundidad.

A continuación, en la tabla 1 se muestra cómo quedó conformada la población; cabe señalar que las entrevistadas 2 y 3 pertenecen al grupo de 4to y 5to paso “Guerreros de luz”, donde se realizó todo el procedimiento de diagnóstico e intervención; las entrevistadas 1,4 y 5 fueron invitadas a participar en la presente investigación, siendo también integrantes de otro grupo de AA en 4to y 5to paso.

Cuadro 1. Datos Demográficos y Características de los Participantes.

Entrevistado	Edad	Sexo	Profesión	Estado	Lugar que	Drogas
Código				civil	ocupa el hijo	consumidas por el
					consumidor	hijo
					y sexo	

Ana	45	M	Operaria	Casada	Primero M y Tercero F de tres	Primer hijo: Alcohol, marihuana y cocaína. Tercer hijo: Alcohol.
Bere	57	M	Vendedora de Cambaceo	Divorciada	Primero M de dos	Alcohol, marihuana y cocaína
Carmen	56	M	Secretaria	Casada	Segundo M de dos	Alcohol, marihuana y cocaína
Diana	45	M	Vendedora	Divorciada	Segundo M de dos	Alcohol y marihuana
Evelia	54	M	Ama de casa	Casada	Segundo M de tres	Alcohol y Marihuana

La población quedó conformada de manera homogénea respetando los criterios de inclusión: Las participantes se encuentran en el mismo rango generacional, y de acuerdo con la teoría esta característica apoya para que surja en el grupo psicoanalítico reacciones y emociones proyectivas e identificadoras con otros miembros del mismo favoreciendo la expresión y reconocimiento de sentimientos y conductas dentro y fuera del grupo y consecuentemente las interpretaciones por parte del terapeuta de dichos fenómenos. Además, todas las participantes forman parte del programa de Alcohólicos Anónimos en 4to y 5to paso, lo que significa que comparten los mismos

valores, tradiciones e ideología, siendo esto favorable para la fluidez y entendimiento de temáticas que proponen y elaboran dentro del grupo psicoanalítico.

Es importante mencionar que se entrevistaron a tres personas más, sin embargo, una de ellas no concluyó el proceso de entrevista por cuestiones laborales, una segunda persona no se pudo integrar al grupo ya que se identificaron en ella rasgos y mecanismos de defensa psicóticos, y esto es un criterio de exclusión dentro de la investigación; la tercera persona que no se integró al grupo fue un sujeto de sexo masculino quien si concluyó el proceso diagnóstico, sin embargo por cuestiones ajenas no fue de su interés continuar con la intervención propuesta.

Y es así, como se puede observar que la población quedó conformada por personas de sexo femenino, lo que dio como pensamiento tentativo e inductivo que existe una mayor implicación de la madre en relación a la adicción de su hijo (a).

En cuanto a las drogas de consumo se observa una contante similar en la elección de sus hijos: alcohol, marihuana y cocaína.

El lugar que ocupa el hijo consumidor, parece ser que no fue una característica que resalte, ya que tanto son los hijos mayores como los menores son adictos, sin embargo, todos los hijos consumidores son de sexo masculino; solo se presenta una de sexo femenino como hija de una participante y al mismo tiempo hermana del otro hijo consumidor.

En relación a la selección de categorías, éstas quedaron distribuidas de manera flexible, es decir, algunas estaban ya contempladas previamente por el marco referencial (categorías a priori) y por la entrevista en profundidad, sin embargo, fueron surgiendo temáticas y verbalizaciones con

contenido rico para su análisis, por tal motivo, se tomaron en cuenta materiales discursivos emergentes, (categorías a posteriori), lo que dio paso a la creación de códigos no contemplados previamente, pero sustanciales e importantes para el análisis de la información. (Cuadro2).

Cuadro 2. Concentrado de Categorías, subcategorías y dimensiones

No	Categoría	Subcategoría	Dimensión
1	Percepción simbólica del hijo (a)	1.1.Hijo sobreprotegido 1.2.Hijo devaluado / idealizado 1.3.Hijo no deseado	
2	Reacciones hacia la drogodependencia del hijo (a)	2.1. Sentimientos	2.1.1. Culpa 2.1.2. Angustia 2.1.3. Decepción 2.1.4. Enojo 2.1.5. Tristeza
		2.2. Conductas	2.2.1. Búsqueda de ayuda 2.2.2. Evitación 2.2.3. Sobreprotección

		2.3. Pensamientos	2.3.1. Ideas obsesivas 2.3.2. Justificación
3	Experiencia personal	3.1. Relación con figuras parentales	3.3.1. Sobreprotección 3.3.2. Abandono 3.3.3 Violencia
		4.1.Sistema Vincular Ternario	4.1.1. Tercero incluido como prolongación simbiótica de la pareja 4.1.2. 4.1.2.Situación triangular de abandonónico

4	<p>Funcionamiento Familiar</p>	<p>4.2.Características Familiares</p>	<p>4.1.3. 4.1.3.Situación triangular de tercero excluido</p> <hr/> <p>4.2.1. Hijo Abandonado 4.2.2. Modelo Adictivo 4.2.3. Falta de límites 4.2.4. Pacto criminoso 4.2.5. Duelo no elaborado</p>
5	<p>Momento Intrapsíquico del Duelo</p>	<p>5.1. Negación 5.2. Elaboración 5.3. Aflicción y pena /Protesta y resentimiento 5.4. Impacto 5.5. Intrusión 5.6. Reparación</p>	

1. PERCEPCIÓN SIMBÓLICA DEL HIJO

En la presente categoría se analizará cómo fueron las experiencias de las madres desde el momento que se enteró que estaba embarazada, durante la gestación y cómo vivió el desarrollo en las primeras etapas de vida de su hijo.

Complementando lo anterior se indagará sobre cómo ha sido el vínculo entre la madre y su hijo, los cambios que han tenido y la dinámica que actualmente poseen, desde la subjetividad de la madre.

1.1.Hijo sobreprotegido

Lo que ha acompañado todo este recorrido es el énfasis latente entre la diada madre e hijo, para ello se hace necesario retomar las explicaciones teóricas las cuales advierten que pueden existir vínculos patológicos desde los primeros encuentros de la madre e hijo y donde las consecuencias durante el desarrollo psíquico del infante serán caracterizadas como conflictivas y con alteraciones en su personalidad.

Durante el proceso de diferenciación entre madre e hijo podría presentarse una de las mencionadas perturbaciones, éstas pueden ser tanto por los defectos innatos del propio niño respecto a su temperamento, o bien, pueden ser atribuidas a las conductas y afectos maternos inadecuados como la sobreprotección en la cual se sostiene por un tiempo muy prolongado la dependencia total con la madre, obstruyendo el proceso de separación e identificación del hijo, como consecuencia

aparecerán una inadecuada formación de límites psíquicos y un estancamiento en la construcción de la frontera somatopsíquica del hijo, pudiendo aparecer más adelante en el desarrollo del niño síntomas como la drogadicción.

Alkolombre y Petronacci de Hacker (2004), citan a Winnicott, y comentan que en la medida en que la madre prodiga los cuidados al niño con amor, “éste logrará integrar tanto los estímulos como la representación de sí mismo y de los demás y adquirir un yo sano”. Este proceso realizado por la madre, al que Winnicott ha llamado ‘holding’ o sostenimiento, es el factor que marca el paso del estado de no integración al de integración psíquica y a la estructuración de un self verdadero. Las fallas en el sostenimiento generarán un falso self. (Alkolombre y Petronacci de Hacker, 2004)

En términos de separación-individuación, podemos hablar de simbiosis, concepto que viene desde la biología, y da a entender los beneficios mutuos y a veces vitales que huésped y parásito obtienen de su relación biológicamente parasitaria. En psicopatología, la simbiosis madre-hijo, tiene las mismas connotaciones, pues aunque ambos pertenecen a la misma especie, son completamente diferentes debido a los niveles biosociales de su organización. (Cameron, 1990)

(Cameron, 1990), explica que para la madre, el niño representa la autorrealización, el sentirse completada y verse creadora, aporta a su relación con el bebé un mundo de comprensión materna, de deseo de confortar, de proteger y nutrir.

El niño por lo pronto, únicamente es capaz de recibir todo lo que su madre pueda aportar siendo su papel específicamente simbiótico, conforme el niño vaya madurando, debe ir comprendiendo

sus propios límites, formando sus defensas, realizando introyecciones para la conformación de su yo, internalizando objetos, etc., con la finalidad de concebirse como un ser aislado y autónomo.

A la vez, la madre debe ser lo suficientemente sensible para saber cuándo debe alejarse del hijo para que éste vaya desarrollando sus capacidades yicas adaptativas y permitir que se dé la diferenciación madre-hijo para propiciar la separación y por consiguiente, el logro de una meta más del desarrollo en el niño.

En este proceso se pueden presentar dos tendencias según Winnicott: la sobreprotección o la privación. (Akolombre & Petronacci, 2004).

Sin embargo hay casos en que no se logra disolver la relación simbiótica y adquirir una membresía en la unidad familiar debido a la personalidad y necesidades inconscientes psicológicas de la madre.

En las siguientes citas es posible apreciar la dinámica madre e hijo y resalta con gran énfasis la sobreprotección que se fue consolidando, es importante destacar que todo lo analizado será en función de la mira y de la subjetividad de la madre:

"Si Carmelo está enfermo yo también, si él está contento, yo también; y él me decía: "Qué tienes, qué tienes?", "¿Estás preocupada por mí"?... él lo sentía... Y pues yo le seguía motivando, apoyándolo, él me decía que ya lo dejara, que yo no gastara, y pues no lo hice..."

Entrevistada 3

“...Pues yo vivo con una tensión aquí terrible (se toca el cuello), este crisis emocional y todo lo que he cargado, toda la vida he cargado a Roberto, siempre diciéndole que sí y que no, y me duele muchísimo...”

Entrevistada 2

Se puede observar que en ocasiones es el hijo quien intenta diferenciarse de su madre, ella de cierta manera impide dicha individuación y además hace suya los padecimientos o síntomas que pudiera tener su hijo, evadiendo a éste de todo tipo de responsabilidad y ella asumiendo el deber hacer, lo que es consecuencia de una diada simbiótica que no permite la autonomía del hijo y el fracaso en el logro de la independencia y autoafirmación básica de él.

...” entonces esa sobreprotección la llevé a mis hijos, y ahora sucede esa situación a mi hijo, pues adquiero toda la responsabilidad; pues, ¿A quién se la dejo?, lo he llevado de aquí para allá, con psicólogas por que no aprende... etc. Entonces si tú me hablas de responsabilidad, de que corte esa simbiosis, lo hago, pero de repente alguna situación en mi vida, me arrastra, y le he hecho un daño tremendo a mi hijo...”

Entrevistada 3

Por otro lado, vemos cómo la madre comienza a hacer esfuerzos para promover el alejamiento de subjetividades y lograr una diferenciación auténtica; lo que sugiere una conciencia de la parte sobreprotectora que han tenido a lo largo de su vínculo:

”Hay veces que a lo mejor siento que mis hijos no... es que yo le hablo fuerte, yo les digo que no los voy a apapachar, porque no quiero caer en la misma situación de siempre resolverles la vida,

Siempre les pongo en claro las cosas y que siempre van a ver consecuencias de todos sus actos, pero la cual yo no me voy a cargar esas consecuencias, entonces a lo mejor cositas así no les gusta a mis hijos que les diga...”.

Entrevistada 1

...”ahorita estoy en un proceso de desapego de mis hijos por las cuestiones de sus parejas y todo eso, están ahorita medio alejados, y yo antes era la protagonista de sus vidas, la que les solucionaba los problemas, pues ahorita ya llegué al límite de que tengo que pensar en mí...”

Entrevistada 4

...o sea, están demasiado grandes para que yo siga solucionándoles las cosas; debo dejarlos, porque o sea ¿Y si no tuvieran madre?, ¿A quién acudirían?, a cualquier otra persona...

Entrevistada 5

”Si yo lo sobreprotejo, yo no lo dejo que viva las consecuencias de sus actos que al final de cuentas no va a sumir las consecuencias, no va a saber que hizo daño, este, cualquier cosa, al final de cuentas hizo las cosas mal y regresa como si nada hubiera sucedido, no es sano para él, si yo lo apapacho de nuevo y le digo que no pasó nada y que aquí estoy, no es de que no cuente con mi apoyo, sino es que necesita aprender”...

Entrevistada 1

1.2.Hijo devaluado, Hijo idealizado

En las entrevistadas se infiere un sí mismo grandioso y omnipotente, lo cual se refleja en las representaciones que ellas tienen sobre sus hijos, las cuales muchas veces son emocionalmente degradantes y de forma despreciables, en las siguientes citas es posible visualizarlo:

“...yo lo considero, siempre lo he considerado como alguien desvalido en ese sentido, tiene muy pocas herramientas para valerse de sí mismo...”

Entrevistada 2

...”Es responsable, cosa que nunca creía; de verdad eh?, nunca me imaginé que fuera responsable, yo decía que iba a ser de lo peor; y a mí me sorprende”...

Entrevistada 5

...”le dimos más en su madre, porque también su papá; su papá le exigía mucho, le exigía más de lo que él podía hacer, o si podía, pero siempre para su papá era un pendejo y que no servía para nada, nos vendió mucho el que nos hacía un favor el tenernos o mantenernos; entonces lo minimizó a mi hijo también mucho.

Mi hijo estuvo nadado en un grupo de competencia de natación y le ganaba a todos, pero cuando llegaba la competencia, no sé qué pasaba que no; y era porque su papá lo presionaba demasiado, lo metió muy chiquito a trabajar al negocio a los 8, 9 años; entonces pues entre los dos le dimos”...

Entrevistada 4

Es posible comprender que la devaluación del hijo causa conductas compensatorias como en este caso lo es la sobreprotección anteriormente analizada; en ese sentido se entiende que la sobreprotección se da por percibir simbólicamente a un hijo con pocas herramientas para defenderse ante el mundo y con capacidades insipientes para lidiar con conflictos cotidianos que se le pueden presentar:

“Con Mario soy así porque a lo mejor lo veía más débil, porque le partimos más su madre al sobreprotegerlo tanto, él que sufrió más porque es el mayor, y pues como que yo me sentía en deuda con él”.

Entrevistada 4

...”yo quisiera que fuera lo suficientemente inteligente para que él se encargue de su vida, al fin de cuentas aquí el problema es que yo creo que Roberto no es capaz de esto, probablemente si lo sea, pero yo no lo sé, entonces eso es parte de la enfermedad de él, y de la que yo tengo, o sea, de mi codependencia que trato de agarrarlo, y es que lo veo con tan pocas herramientas”...

Entrevistada 2

Ante este planteamiento se afirma que se sobreprotege porque se devalúa; la devaluación es una manera de destruir a los objetos en el sentido de que la madre cree que ella es un objeto omnipotente y espera ser tratada como la única, especial y la más distinguida, cuando ella se da cuenta que su hijo es un ser autónomo y diferente, el sentimiento omnipotente declina y aparece

un sentimiento avasallador de incompletud narcisista al saberse en falta, manifestándose entonces la devaluación del hijo como una venganza destructiva en contra del objeto amado y por consiguiente la devaluación:

...”Por dentro yo quiero pedirle perdón a él, la verdad; yo no quiero hacerle el mismo daño que mi madre me hizo en relación a tomar decisiones por mí; lo quiero soltar; pero verlo con su yeso cojeando, me duele. y yo sé que él sabe (...), y por eso le pedí perdón, y espera; él me dijo que lo había hecho en sus palabras así me dijo: - Eres una excelente mamá, estoy muy orgulloso de ti, pero hay algo que te tengo que decir; me has tratado como un pendejo-; entonces yo en ese momento dije: -¿Como un pendejo?; si yo siempre le decía ¡Vamos adelante, tu puedes!-; pero después comprendí que lo que yo le inyectaba inconscientemente en su mente es: - No puedes- ; y le pedí perdón por lo que yo hice, y por qué le hice caso a las instrucciones de los doctores, que él no podía hacer muchas cosas; y entró una sobreprotección, y en ese momento me sentí mal; haberlo sobreprotegido tanto”...

Entrevistada 3

Ahora bien, en la expresión de la devaluación aparece como defensa la idealización para huir y negar os sentimientos hostiles que se pudieran hacer consientes en contra del hijo (a), la madre inconscientemente otorgará al hijo cualidades sobreestimadas y de perfección como un mecanismo defensivo para eludir y evadir la devaluación y lo que ella conlleva: la hostilidad, agresividad y envidia como consecuencia de la angustia por el temor de perder a un objeto amado y sentirse abandonada.

. Las idealizaciones y las devaluaciones no son fijas ni estables, pueden oscilar en cuestión de momentos y esto va a depender de aspectos conductuales y emocionales del objeto amado, si estos aspectos no son acorde a las expectativas de las madres, éstas entran en un estado de confusión, puesto que el hijo es tratado como el yo propio ya que en el vínculo madre-hijo (a), se derrama una cantidad importante de libido narcisista para con su hijo (a), entonces, cuando la madre se enfrenta con que su hijo (a) no es como ella quisiera que fuera, como lo que fue o como lo que nunca llegó a ser, hay una fuerte herida narcisista, ya que los padres esperan que sus deseos incumplidos sean elaborados por su hijo, cuando éstos fallan y el hijo no cumple con dichas esperanzas o idealizaciones, se puede manifestar una culpa desbordante por parte de los padres, ya que las carencias de sus hijos son vividas como propias por la gran carga narcisista depositada en sus hijos:

...”cuando lo veía jugar futbol, me lo imaginaba como todo un deportista. Y ahorita, yo me lo imagino como un buen papá, porque sé que va a ser un buen papá, porque se fue a vivir con la novia y fue muy responsable; y ahorita lo veo como, sé que, como que dejó una parte de su vida, como la que no le funcionaba, y agarró la otra la que sí, y va por ahí; y debo de soltarlo. Porque si era responsable, yo le quité esa responsabilidad, si era dedicado, yo se lo quité, si era tenaz pero yo se los quité”...

Entrevistada 3

“Al fin de cuentas yo siempre quise tener un niño Einstein, un niño aplicado, pues es lo que queremos todos al final de cuentas, pero especialmente yo quería a un niño responsable, no un niño drogadicto que hiciera lo que quisiera...todas esas limitaciones que yo veo en él me desesperan, porque eso me causa de él que no pueda realizar un trabajo, o sea, sé que con esas

herramientas que tiene ahorita no puede, así lo veo, probablemente si pueda, y yo estoy exagerando, pero así lo veo, es un niño que tiene un problema...eso me genera mucha culpa, al final de cuentas es mucha culpa; yo muchas veces pienso: -Si yo hubiera hecho esto, si hubiera hecho aquello, si hubiera hecho caso a esto, si no lo hubiera dejado ser tan rebelde-, esa es la culpa.

Entrevistada 2

1.3.Hijo no deseado

A nivel psicológico el embarazo representa muchas cosas, durante este periodo se repite especialmente la relación primitiva de la mujer con su propia madre; la mujer encinta se identifica con el feto reviviendo ahí su propia vida intrauterina; además el feto representa para el inconsciente a su propia madre y el superyó materno, así su relación ambivalente o el rechazo es revivido con el feto, que mientras crece dentro puede atacarle o hacerle daño. (Langer, 1976)

El deseo de un hijo tiene que ver con el deseo de todo ser humano de trascender, de prolongarse y de tener continuidad a pesar de la muerte; implica también la posibilidad de reparar los propios traumas infantiles, expandir los propios logros hacia los hijos transmitiéndoles dichos ideales y salvaguardando en esa forma la trascendencia.

Además, el bebé ideal, es el foco fundamental narcisizante, para dar paso y lugar a la construcción subjetiva de madre y de ese hijo en el vientre, actual, presente y real, permitiendo la prosecución de un embarazo y parto en normalidad.

La teoría nos dice que el primer bebé es el hijo imaginado, elaborado durante el embarazo producto de sus fantasías y ensueños preconscientes; sin embargo, nunca la realidad de un hijo se articula exactamente con lo imaginado respecto de él, por eso el segundo es el hijo de las fantasías inconscientes y por lo tanto es aquel niño que remite a su propia infancia. Este segundo hijo es un niño fantasmal, inconsciente y remite a la identificación primaria con sus padres; si a lo largo de la historia psíquica de los padres se han detenido ciertos procesos de desarrollo para hacerles frente a los conflictos primarios, el niño puede revivir de manera avasalladora y hostil; emociones no elaboradas por los propios padres dando pie a que el niño sea el portador de los síntomas de sus propios padres.

... "hijole, la noticia de que estaba de nuevo embarazada me cayó como en... porque se llevan un año seguidito, entonces dije: - ¡Otra vez!- a los 17, 18 años ya tenía otro hijo, y pues dije: - Bueno, ya ni modo-, ya lo voy a tener y de nuevo ese miedo de decirle a mi mamá que estaba embarazada, y pues fue también... no fue deseado así de que - ¡Ay!, lo hubiéramos planeado-, no. Pero pues ya, vamos a tenerlo, y pue ya, a arrancar mi vida con mis dos hijos.

Con la primera, mi familia, mi mamá y mis hermanas me apoyaban porque fue como muy consentida por ellas, desde que estaba bebé iban a mi casa y se la llevaban un fin de semana, porque ninguna de mis hermanas en ese tiempo tenían hijos, y este, con el segundo no, él como era el chiquito en ese momento, su papá como que no lo soltaba tanto por ser varón y no quería, entonces como que lo fuimos formando como con una parte protegida..."

Cuando se espera a un hijo no sólo se movilizan emociones inconscientes en la madre, en el padre representa una crisis vital para el grupo familiar y para el vínculo con su pareja, él debe renunciar a una relación exclusiva de a dos, para dar paso y crear un lugar para un tercero: sólo tres con un hijo producto de ambos, como consumación de su amor.

En muchos casos, se puede observar que el padre se niega a renunciar de dicho vínculo bidireccional y único que tiene con su pareja, dando lugar a un rechazo por el nuevo ser que está por nacer.

...” el segundo, mi marido no quería, o sea, a mi hijo, mi marido no quería, porque además él seguía estudiando la universidad desde casa; este, y cuando le dije que estaba embarazada, la verdad es que ay, fue por una inyección para que me la aplicaran, y yo de idiota, me dejé; pero si, todo el embarazo tuve problemas y amenaza de aborto, había veces que llegaba él de la oficina, y yo estaba hospitalizada”...

Entrevistada 5

...”hay una cosa que yo no le he entendido bien a mi hijo, pero siempre que me escribe, siempre me dice que gracias por haberlo defendido en mi pancita (llanto); me dijo que una vez él había encontrado una carta y en la que vio que según su papá me pegaba en la panza, y la verdad es que esa carta yo no recuerdo haberla escrito, porque no pasó eso; o sea, si su papá cuando se enteró de que estaba embarazada me dijo que lo abortara, ya que él estaba esperando a que cumpliera 19 años para casarnos, porque yo tenía 16 años; y yo le dije que no; y le dije: -¿Sabes qué?, ni me violaste, ni me obligaste, ni me forzaste; y no tienes compromiso conmigo-“...

Entrevistada 4

El bebé también puede actuar como un objeto que satisface la necesidad de la madre de amor incondicional y puede ser colocado como sustituto ante la pérdida de una persona amada o puede servir, también como antidepresivo, posición sumamente siniestra, puesto que desde un inicio la madre le quita toda posibilidad de desarrollar la subjetivación, ya que su hijo es concebido como un propósito para aliviar sus propias necesidades y no como un nuevo ser diferente, cargado de libido narcisista de trascendencia de la madre, sino, como un objeto para ser utilizado como remedio de los propios conflictos no resueltos de la madre; en ese sentido se habla que el hijo actúa como una necesidad de la madre, pero no como el deseo de un hijo, porque eso implicaría un reconocimiento de un nuevo ser.

...” para mí fue el salvavidas de mi vida; porque pues obviamente vengo de una vida muy fracturada de mi infancia, entonces, yo no lo vi como una carga, lo vi como una posibilidad de quien agarrarme para salir adelante, entonces yo nunca ni desee, a lo mejor no fue planeado, pero si lo acepté...”

Entrevistada 4

2. REACCIONES HACIA LA DROGODEPENDENCIA DEL HIJO (A).

De acuerdo a lo anterior analizado y respondiendo al proceso que guía éste estudio, las actitudes de las madres respecto a la drogodependencia del hijo (a) van a variar dependiendo del vínculo y proximidad que hayan mantenido durante el proceso de desarrollo de su hijo, se puede apreciar

que la continuidad del afecto y conducta desde el cómo han convivido y percibido simbólicamente las madres a sus hijos desde la primera infancia, continúa casi de la misma manera, pero ahora el hijo presenta síntomas diversos como lo es la drogodependencia.

2.1.Sentimientos

Los sentimientos que se presentan en las madres son de varias cualidades y de intensidades diferentes; la mayoría de las veces los sentimientos que a continuación se analizarán se presentan de forma simultánea, algunos son opuestos entre sí pero manifestados en el mismo momento, otros son consecutivos, causantes o consecuentes del que se presentó primero o posterior. Por tal motivo es importante mencionar que se analizarán para fines prácticos de manera aislada, pero recalcando que éstos son interdependientes uno del otro, simultáneos, continuos y flexibles.

2.1.1. Culpa

En muchas madres, sus hijos presentaron durante su desarrollo algunos síntomas tanto físicos como conductuales, lo que hace que la madre se sobreinvolucre con ellos esperando resolverlos a su totalidad; al ver al hijo con ciertas carencias y cierta minusvalía, ellas se autoreprochan, se culpan y se convierten en cuidadoras totales del hijo y de cierta manera los sobreprotegen; formando así, un cierto tipo de vínculo, que se va seguir expresando durante el desarrollo del hijo y manifestándose con el síntoma de la drogodependencia actual del hijo (a).

“Mi culpa que traigo ahorita es saber desde la infancia de Roberto hacia donde caminar, para dónde llevarlo, busqué ayuda por todas partes, y la única ayuda que me daban era empestillarlo, y yo nunca quise así, estuvo con psicólogos, estuvo con terapeutas, con psiquiatras, estuvo con

neurólogo y todo mundo me lo empestillaba, y yo decía que por qué lo hacían. Era horrible...yo lo dejé de llevar, la verdad yo ya no quise, y a lo mejor esa es mi culpa, y yo me quise aventar su problema...pero ya hay una carga importante, ese es el rollo, que hasta secundaria yo hice todo por él, a partir de la secundaria yo me cansé, cuando él empezó con broncas de bebida, de alcohol etc., yo dije: “Adiós”. Yo pienso: “¿Hice lo correcto?, ¿No hice lo correcto?”; la personalidad de él me dice que no, y eso es lo que a mí me enoja y me carga de culpa, toda esa deformación de personalidad yo me pregunto que si fue por mí, o por algo que él traía y no lo supe manejar...”

Entrevistada 3

Es posible comprender que lo que predomina en las madres son sentimientos abrumadores una culpa voraz que provoca en ellas sentimientos de insuficiencia y de ineptitud como madres. Ellas, al creer que no fueron lo “suficientemente inteligentes” para darse cuenta a tiempo de las problemáticas de hijo, dudan y autoreprochan su función como familiar del usuario.

“Mucha culpa, al final de cuentas es mucha culpa; yo muchas veces pienso: “Si yo hubiera hecho esto, si hubiera hecho aquello, si hubiera hecho caso a esto, si no lo hubiera dejado ser tan rebelde”, esa es la culpa.

Entrevistada 2

...”hoy por hoy no sé qué le debo a mis hijos, siento que como que no fui una buena madre, como que yo tengo que aguantar a veces ciertas situaciones de ellos en las que no estoy de

acuerdo pero que algo me hace agacharme, algo me hace decir: “Pues te aguantas”, y de Mario me mueve ahorita su problema de su drogadicción...”

Entrevistada 4

...”al enterarme de todo esto, si, si me pegó; creo que hice mal como madre, que estoy mal, que lo intuía pero no hice nada..”

Entrevistada 5

Es posible comprender que el sentimiento de culpabilidad se origina porque las madres están siendo consientes por medio del grupo AA al que asisten, que en el cuidado desbordante, la densa protección y en sentimiento omnipotente ante los síntomas del hijo, se adjudican mucha culpa al no dejarlos ser autónomos ni cuidadores de sí mismos, lo que las motiva a seguir en el programa y trabajar la culpa.

“Mucho es el grupo, el libro; de que me puedo detectar de que inconscientemente le he ocasionado daño, por amor, o por lo que tú quieras; y este, dos o tres palabras que he escuchado de tu boca, que digo: ¡guau!, simplemente el que me dicen que va haber entrevistas y taller; tengo una esperanza de que si me aplico, o sea, voy a poder dejarlo ser feliz y yo también serlo, y no seguir cargando con esta culpa...”

Entrevistada 3

2.1.2. Angustia

Al ver el deterioro físico, psicológico y emocional que está teniendo el hijo, las madres realizan conductas para encubrir la adicción: lo justifican, lo disculpan y son ellos quienes toman las

responsabilidades que le corresponden al usuario, con la finalidad de hacer creer que no existe dicha problemática. Se podría decir que la angustia provoca negación como forma de defenderse del sentimiento abrumador. Antes de pasar a las conductas encubridoras, veremos qué cualidades tiene la angustia y la negación que la acompaña, la siguiente cita ejemplifica dicha afirmación.

... ”y estoy muy angustiada, me angustia mucho, yo siempre me he angustiado mucho, y el que estuviera lejos, la verdad se me había quitado esa angustia, y ahorita llega de nuevo... Si, la angustia siempre ha estado ahí, pero de alguna manera al escaparse de la vista, este, no se siente tan fuerte ni tan pesada día a día...”

Entrevistada 2

2.1.3. Decepción

Acompañado de sentimiento culpíjeno, se encuentra la decepción, la cual también, al igual que la angustia es un sentimiento que es consecutivo a la negación; cuando las madres se enfrentan directamente al saber que su hijo es adicto, la negación deja de operar, muchas de ellas mencionan que ya lo intuían, pero que no querían ver; cuando la realidad les expone llanamente y sin filtro lo ya sabido pero no aceptado, aparece como protección al yo un sentimiento de decepción para poder manejar el impacto de lo manifestado.

...” yo estaba atrás de una camioneta y sin querer escuché que se presentaba como: - Tristemente soy alcohólico, drogadicto y neurótico- ; (llanto)... y pues eso me pegó, pues porque prácticamente, intuía que consumía drogas, pero saberlo, me puso muy mal... y para mí fue un golpe y no lo podía aceptar; yo creo que si yo no hubiera estado en un grupo, yo no sé cómo

hubiera reaccionado, a lo mejor me lo hubiera ma... cacheteado, a lo mejor hubiera sido tanta mi ira, pues, no sé, para mí fue una decepción más que nada; yo no me lo esperaba...”

Entrevistada 4

...”decepción, ¿no?, porque tantas veces que he hablado con él, todas las cosas que han pasado y que no entienda y que simplemente está viviendo la vida de su papá en carne propia y como quien dice, le digo: - Hijo, búscate un trabajo estable”, hijole, es decepción, de que estamos viendo las cosas en carne propia, las estamos viviendo, y de que no me puedas entender que en algún momento de tu vida tú puedas pasar eso, esa vida que tu papá te dio y que no te gustó...”

Entrevistada 1

En las madres, al estar en un programa de 4to y 5to paso, las orienta y las ayuda para contrarrestar y contener los sentimientos agresivos y directos que experimentan al saberse madres de un hijo adicto, en ese sentido existe en ellas un compromiso y un esfuerzo constante para expresar controlar la ira hacía con el hijo; la decepción es una salida para no exteriorizar y contrarrestar la hostilidad y enojo para con ellos.

Sin embargo, no siempre pueden racionalizar y contener la hostilidad; lo que nos lleva a analizar el siguiente sentimiento encontrado en ellas:

2.1.4. Enojo

Las madres piensan que el enojo es una forma de hacerle frente a la drogodependencia; el reproche se entiende como una manera de expresar con el hijo lo que ellas están viviendo emocionalmente, se traduce como una forma de venganza para causar el mismo dolor y frustración.

Se aprecia que el sentimiento de enojo no es únicamente aludido a la drogadicción, ya que ésta es solo un síntoma del conflicto de personalidad que tiene el hijo, sino que, también la ira es ante la percepción simbólica total que tiene la madre para con su hijo, la cual no es acorde a lo que ellas esperan y reaccionan en ocasiones con enojo por la frustración de no tener al hijo que ellas idealizaron; tal como se estudió en la categoría no. 1.

... "sentí dolor, frustración, coraje, y por qué no puede a tiempo poder darme cuenta realmente en qué momento comenzó a usar drogas, y tampoco quiero ahorita con él platicar con él, si él quiere sí, pero por mí no..."

... "él sabe que soy enérgica, pero ha visto mis cambios a raíz de este programa, trato de no gritar, ya no grito, de verdad, soy una sola pieza y ya, trato de calmarme en las cosas que me alteran, y trato de no llorar, de que no se me salgan las lágrimas, soy mensa, porque no me puedo contener las lágrimas..."

Entrevistada 5

... "me siento todavía muy enojada, él no me ha dicho absolutamente nada al respecto del por qué se fue, del por qué me dejó y por qué se fue como se fue, y entonces ni asume... nada, solamente me dice planes, y un día me dice una cosa y al siguiente otra..."

Entrevistada 2

2.1.5. Tristeza

En éste recorrido, se puede entender que la tristeza se origina por sentimiento de inautenticidad y dolor por no cumplir su deber como madres, según su lógica ellas se sienten exiliadas en su función maternal, provocando una experiencia de soledad y de carencia de sentido por su función fallida del ideal de ser madre y el ideal del hijo.

... "todas estas situaciones me han causado dolor, muchas lágrimas...y así era llorar y llorar y decir: -Qué está pasando" tener a lo mejor cierto reclamo, el decir que porqué si estoy aquí, no puede cambiar mi vida, porqué vivir lo mismo, y lloraba y lloraba y haciéndome la mártir... yo no aceptaba, todavía había muchas cosas que me lastimaban, me dolía el no ver.

Entrevistada 1

... "Sentí mucho dolor, me sentí defraudada, dolida como madre y me sentí como que no fui la mejor madre y que a mi hijo le faltó, no lo sé, no sé si le faltó cariño; no sé si mi error fue tratar de darles todo; (llanto)..."

Entrevistada 5

El hijo drogodependiente reanima toda esa fractura narcisista de la madre y alimenta sin cesar toda aquella esperanza de lo que ellas quería ser como madre y que no pudo cumplir; por tal motivo, es muy común que se puedan presentar síntomas depresivos porque constantemente reviven la herida narcisista al encontrarse con hijo real y no el que idealizaron.

... " No me dan ganas de salir ni hacer mi chamba que es cambaceo, que al final de cuentas es ir y tocarle a la gente, y no tengo ganas de ver gente, se supone que mi trabajo es ir de puerta en

puerta ofreciendo izzi a los lugares alejados, pero me hartó demasiado rápido, no estoy pudiendo hacerlo, lo hago mecánicamente... últimamente estoy demasiado cansada, demasiado triste (llanto), de verdad en estas últimas semanas lo único que quiero hacer es como taparme y dormirme, que no pase nada a mi alrededor, pero lo tengo que ver a fuerza.

Entrevistada 2

2.2. Conductas

Las madres, al encontrarse con la noticia de que tienen un hijo adicto o consumidor de drogas, y al experimentar los sentimientos anteriormente analizados, demuestran cierto tipo de conductas las cuales pueden variar en cuanto a sus cualidades de intensidad y a las herramientas psíquicas que tienen para serle frente al impacto de la drogodependencia del hijo (a), en ese sentido las dimensiones de las conductas son advertidas en función al afrontamiento emocional que manifiestan.

2.2.1. Búsqueda de ayuda

Todas las madres se apoyan con un grupo de ayuda para poder hablar de sus afectos, trabajarlos, y entenderlos mediante la comunicación y la escucha de los demás integrantes, el grupo funciona como contención y protección; se identifican con los demás miembros, se confrontan a ellas mismas y trabajan con sus ideas, emociones y conductas.

En ese sentido, vemos como el grupo les ha funcionado para poder simbolizar mediante la intelectualización y racionalización su tristeza, enojo, culpa, angustia y decepción de los síntomas de su hijo, además de otras afecciones que las congoja.

Aunado al grupo AA, la ayuda que se busca puede ser de tipo psicológica, espiritual o bien, con otras redes de apoyo, algunas madres buscaron apoyo para atender la drogadicción de sus hijos (as) en centros de rehabilitación.

...”yo ya había observado el centro de nueva vida, y lo primero que hago fue lanzarme para allá, entonces desde ahí me empiezan a tener una terapia con mi hija, ella iba a terapia psicológica; y yo empecé a entender, a entenderla, a ver sus cambios que ella estaba teniendo; había terapias de sexualidad, de cosas así, y a orientarla con los medios que yo tenía en ese momento, aunque yo traía las cosas mías, yo empecé a ayudarla...”

Entrevistada 1

Cuando se enteraron del consumo de sus hijos todas las madres ya se encontraban en un grupo de AA, algunas ya estaban en 4to y 5to paso, lo que promovió el entendimiento y sublimación de sus emociones que se pudieron haber desbordado en algún momento; o bien, que hubiesen sido maximizadas al momento de conocer la drogodependencia de sus hijos(as); por tal, el grupo es su pilar puesto que les funciona como contención e identificación con otras personas que están padeciendo situaciones similares.

“...al final de cuentas no es fácil, pero pues no me queda de otra más que apoyarme de esta gente que está conmigo (llanto), me enoja muchísimo. Lo trabajo aquí, expresándolo, de alguna manera el grupo es mi pilar...”

Entrevistada 2

“... Y si es difícil, y más si uno no tiene una agrupación para que se olvide; porque es lo que nos funciona, platicarlo y decirle a alguien que también ha estado en la misma situación. Yo nunca pensé que mi hijo fuera codependiente hasta que vine al grupo de codependiente; y me autonombro como neurótica y codependiente; y yo no sabía que tenía ese problema, hasta que escuché a las demás...”

Entrevistada 5

“...me entero que mi hijo el mayor pues le hacía a las drogas, y para mí fue un golpe y no lo podía aceptar; yo creo que si yo no hubiera estado en un grupo, yo no sé cómo hubiera reaccionado, a lo mejor e lo hubiera ma... cacheteado, a lo mejor hubiera sido tanta mi ira... es que el grupo me ha servido, a lo mejor me hace tambalearme, pero enfrento las cosas”

Entrevistada 4

También, el grupo de autoayuda fue un factor para que las madres les propusieran a sus hijos (as), entrar en un proceso de ayuda para trabajar la adicción, o bien, los hijos (as) decidir ser parte de una agrupación como en la que están sus madres.

“...de hecho a raíz de todos los problemas que tuvo ella, este, fue lo que más me decidió quedarme en esto, en conocer más, yo ya tenía una agrupación, una experiencia de 4to y 5to

paso, cuando pasó esto con mi hija, entonces ella cuando sale de la clínica me dijo que quería vivir la experiencia que yo viví...”

Entrevistada 1

Complementario al grupo de AA, algunas decidieron también apegarse a otras redes de apoyo o a la religión.

“... Yo siempre busco pláticas que me dicen que me van a servir para lo que sea, porque me cuesta mucho tomar decisiones, busco la opinión de los demás...”

Entrevistada 3

“... y le pregunté a una de ellas que si cree que yo podría asistir a la terapia contigo porque estoy mal, muy mal, y me dijo que iba a checar a ver si había espacio...”

Entrevistada 5

...”En lo espiritual pues este, estudio bíblico, iba a mi casa un joven, estuvo como un año, también fue algo que me dio mucha paz, mucha tranquilidad, porque en ese estudio mis hijos pudieron de vez en cuando estar, y eso fue lo que me fue llenando y dándome paz y tranquilidad e ir aprendiendo todo esto que estaba en la agrupación, ahora si arrancar y no a estar por estar, tenía que aprender algo, el compartir y ver que no soy la única mujer que estaba viviendo todo eso...”

Entrevistada 1

2.1.2. Evitación

Sin embargo, a pesar de estar en un proceso de ayuda el cual las confronta con sus propias emociones, conductas e ideas, las madres tienden a regresar a mecanismos de afrontamiento primitivos como la evitación en donde el objetivo es escapar, retirarse o posponer el malestar psíquico que les provoca las problemática de sus hijos (as).

“... mi angustia siempre ha estado ahí, pero de alguna manera al escaparse de la vista, este, no se siente tan fuerte ni tan pesada día a día...”

Entrevistada 2

“...y otra vez se vuelve a perder, pero de repente iba a la casa pues yo lo veo, la nariz, yo veo la cruda de un drogadicto, pero no digo nada, es para mí muy fuerte pensarlo... el problema es que a veces yo pienso que como que me pongo una venda, yo quiero comprarle que ya está bien ¿no?...”

Entrevistada 3

“...el problema es que a veces yo pienso que como que me pongo una venda, yo quiero comprarle que ya está bien ¿no?... Y ese día, ya después me dijo él, apenas en estos meses: “¿Sabes qué mamá?, yo no solo le hago a la marihuana”; y le dije: -Ya no quiero saber, ya no quiero saber a qué más le haces... yo tengo un problema que me autoengaño, me hago saber yo sola que todo va a estar bien...”

2.1.3. Sobreprotección

A pesar del vínculo sobreprotector que la madre a mantenido con el hijo, tal como se desarrolló en la primera categoría, en lo referente a la drogadicción del hijo, ésta no se hace tan presente como se podría esperar, se piensa que no es reproducida ya que es más fuerte e imperativo reacciones como la evitación para eludir la angustia, el enojo, la tristeza y la culpa, además el hecho de que se encuentren en los grupos de apoyo y en otras redes de ayuda interviene para que la sobreprotección no se presente de manera grotesca, o bien, son los grupos los herederos de la llamada codependencia: característica principal de la sobreprotección. Sin embargo, se encontraron ciertos comportamientos sobreprotectores, aunque éstos son permeados y minimizados por las dos subcategorías que le preceden.

“...ella a los pocos días empieza a tener un noviazgo con él, este, el muchacho tomaba, se drogaba, empiezan a caer en ése ámbito. Entonces yo pensaba: - ¡¿Ya vamos a volver a lo de atrás!?! - y yo estaba a tras de ella...”

Entrevistada 1

Se corrobora que las madres intervienen para que el proceso de separación-individuación del vínculo con el hijo no se conforme, ya que en su realidad son ellas las que tienen el control y totalidad de las decisiones del hijo, asumiendo toda responsabilidad

“...Yo creo en él, y sé que lo puede hacer, lo quiere hacer y sé que lo va a lograr, porque si él quisiera no me hubiese pedido ayuda, y sé que va a salir de esta, pero mientras esté yo con él...”

Entrevistada 4

2.3.Pensamientos

Los pensamientos son utilizados como otra forma para defenderse de los conflictos angustiantes que bordea el psiquismo, éstos devienen directamente a la conciencia y muchas veces no se los puede manejar o tolerar, sin embargo, el psiquismo opta por ellos, ya que si llegase a la conciencia las emociones que se reprimen, el sujeto entraría en un estado confesional y conflictivo, por ende. Los pensamientos también sirven para aplazar un acto o una acción impulsiva. En las entrevistas, el tipo de ideas son de índole persecutoria y evitativas.

2.3.1. Ideas obsesivas

Estas se refieren a pensamientos negativos recurrentes y constantes orientados a la atención de la frecuencia y la cantidad de la droga de preferencia que consume su hijo, acompañados de acciones para evitarlo; dichos pensamientos y acciones ocasionan dificultades e irrupciones en su vida cotidiana.

“...sé que al liberar mis pensamientos y decir que no voy a pensar en ellos, en pensar donde está; y él me dice que le tenga confianza, que se está tomando su cerveza, pero que ya no se está

drogando, que eso ya no va a pasar...como que mis pensamientos me atan, y mis pensamientos que me llevan a una acción, y estoy pensando a dónde va y que hace...trato de que mis pensamientos no vuelvan y que no sean repetitivos y repetitivos, negativos y negativos...”

Entrevistada 1

En muchas ocasiones las ideas obsesivas suelen estar acompañadas de rituales o de actos compulsivos comúnmente patológicos o que interfieren en la cotidianidad de la persona, se hacen con el fin de colmar las ideas obsesivas y la angustia que éstas les genera, pero dichos rituales siempre fracasan ya que el sujeto inconscientemente reprime la angustia original de su conflicto y por ende, los comportamientos compulsivos acompañados de las ideas obsesivas, lo cual atentan contra el bienestar psicológico y físico de la persona.

“...Para mí eso de dejar las manos así (me muestra las palmas de su mano), me angustia horrible, y siempre me ha angustiado, yo creo que por eso fumaba tanto, y sí, yo me fumaba 35 cigarros al día, o sea, no era poquito, si estaba cañón, no era cualquier cosa... quería quietar mi mente de pensamientos, dejar de estar así como <chun, chun> ... para no escuchar mi cabeza... como que llega una ansiedad y pienso: <me voy a matar>, esa es mi mecánica y sé que por ahí va y sé que es eso, y ahorita trato de calmarla de otra manera, poniéndome hacer otra cosa que no sea ninguna de esas tres: comer, fumar o dormir, y es por eso la actividad y al final de cuentas la ansiedad ahí continúa...”

Entrevistada 2

2.3.2. Justificación

Surge cuando el sujeto necesita explicar en forma “lógica” la negación o la distorsión, se trata de convencer de situaciones inverosímiles, creando pensamientos distorsionados y disculpando la situación conflictiva, lo que genera programaciones verbales falsas, de alguna manera el sujeto se contradice con lo que expresa y con lo que piensa. La justificación también aparece como una manera de evitar la angustia de saberse madre de un hijo drogodependiente y de todas las vicisitudes que esto podría implicar.

La justificación en las entrevistadas se manifiesta verbalmente con etiquetas o estigmas previamente aprendidos en el grupo AA de lo que implica “ser un drogadicto”, ellas adjudican los comportamientos de sus hijos (as), por el único hecho de que son adictos.

... “Como es alcohólico, pues eso hacen”; pero si me enojaba mucho que me robara, que lo entendí después, eso es lo que me molestaba, hay más cosas, pero eso es lo que más; el mentir, si me ha hecho enojar; y no lo justifico: es mentiroso...Pues, bueno, ahora lo entiendo como alcohólico, me desagrada que miente, no sé si mienta lo de la casa, a veces por salirse con la suya pues miente...pero ahora lo entiendo, he aprendido en este programa que el alcohólico, el drogadicto y la persona son cosas completamente diferentes...”

Entrevistada 3

También es muy común que le quiten responsabilidad a su hijo y se la otorguen a circunstancias o a personas de su alrededor, justificando de tal manera su adicción.

“...Y un tiempo él tomó, a lo mejor por la situación que estaba viviendo, o no sé, se juntó con un amiguito de la colonia y empezaron a tomar pastillas, y se me fue completamente...”

Entrevistada 1

“...Por mi mente, yo creía que a lo mejor se sentía muy solo, no quería saberlo...”

Entrevistada 4

3. Experiencia personal

Recordando los ejes que son el pilar que guían ésta investigación, es importante recordar que se determinarán cómo han sido las experiencias personales de las madres, sin embargo, nos limitaremos a realizar un análisis exhaustivo acerca de ello, ya que no forman parte de los supuesto ni objetivos plasmados; sin embargo, el hecho de determinar cuáles y cómo han sido las experiencias de las participantes, permitirá realizar un encuentro y relaciones en cuanto a los constructos que se analizan en las categorías.

Las experiencias de vida que narran las entrevistadas dejan ver cómo han sido sus relaciones objetales, en qué puntos han existido fracturas, eventos traumáticos, abandonos, sobreprotección o violencia; estas dimensiones nos acercan a determinar cómo son us vínculos emocionales, las cualidades de sus emociones y la posible etiología psicológica de ciertos síntomas que puedan presentar; todo lo anterior resaltado primordialmente con la relación y la percepción simbólica de sus hijos (as).

Además, se resalta que todo encuentro con el hijo (a), es un encuentro con las vicisitudes con su propia historia, se mueven identificaciones, proyecciones e ideales, mismos que son atravesados por el encuentro con su hijo (a), a quien se le hereda el drama y trama familiar de origen, aceptando las prohibiciones que se le impongan y siendo el portavoz de las fantasías e ideales familiares, preservando de esa manera el legado familiar y seguir el legado de la propia madre.

A continuación se presentan las cualidades de los sucesos de vida en las entrevistadas.

3.1.Relación con figuras parentales

Las experiencias con las figuras parentales generan la creación de un tipo de vínculo como una estructura dinámica en continuo movimiento, es una manera particular y propia de cada sujeto de relacionarse con otro o con otros y que también es particular para cada momento, dependiendo del caso. Esta relación permitirá que se establezca una conducta de tipo fija y permanente con el objeto. En ese sentido, los vínculos se condicionan y se acumulan en el sujeto, formando lo que se conoce como el inconsciente y siempre van a depender de la cualidad del vínculo que se establecieron desde a primera infancia.

Respecto a la maternidad propia de las entrevistadas, podemos decir que ser madre implica una reelaboración e integración de los conflictos infantiles, a través de la identificación con el hijo la madre tiene la posibilidad de superar las frustraciones infantiles sufridas por sus propias figuras de amor, sin embargo, existen muchas fracturas que aún las madres no elaboran, a continuación se presentan las dimensiones o fracturas encontradas en las entrevistadas:

3.1.2. Sobreprotección

Éste tipo de vínculo genera en el individuo falta de seguridad, falta confianza y ansiedades que pueden acompañarlos en todo su desarrollo, hasta en edades avanzadas y presentar consecuentemente sentimientos de inseguridad, retraimiento y conductas y emociones ambivalentes con sus objetos de amor, y expresándose ante ellos con miedos, angustia de separación, sentimientos de minusvalía ante el otro, así como otras dificultades que atentan el bienestar psicológico.

Dicha sobreprotección que tuvieron las madres en su infancia las pueden recrear en sus hijos, siguiendo un patrón de comportamiento similar, en ese sentido, el hijo se convierte en el depositario de todos sus miedos, ansiedades e inseguridades.

“...yo fui la más chiquita, y así como soy yo, así era mi mamá, y recuerdo que a los grandes mi madre les decía que me cuidaran; y yo era canija, hacía cosas y sabía que a ellos los iba a regañar; fui una niña sobreprotegida, me metían miedos, yo me quise independizar y no me dejaron, mi papá incluso antes de su muerte nos dejó una casa, me decía que no me iba a hacer falta nada, mi mamá muchísima sobreprotección; entonces pierdo dos hijos antes. Llega el primero, "el deseado"; y no les podía pasar nada... reconozco que esa protección me hizo daño; yo tenía miedo de ir a pagar el agua, tenía miedo de salir a la calle, yo no salía porque mi madre me decía que me podían pasar cosas. Yo entiendo que es lo mismo que con mi hijo... por dentro yo quiero pedirle perdón a él, la verdad; yo no quiero hacerle el mismo daño que mi madre me hizo en relación a tomar decisiones”

Entrevistada 3

Las personas que crecen con éste tipo de vínculo, son regularmente dependientes, les falta autonomía, pero a la vez es desconfiado y celoso de las personas que lo rodean. Se muestra como sobreprotector hacia ciertas figuras para que no lo abandonen y se siente inferiores a los demás, por lo que vive muy pendiente de las críticas de los otros y con ansiedades.

“...me da miedo, me da miedo llegar a un lugar y no poder hacer las cosas, yo necesito tener la aprobación de las personas; cuando yo guisaba yo decía que no sabía rico aunque la gente me dijera que sí, hasta cuando guisaba para mi familia yo decía que no estaba bien, o sea, no me sentía capaz (llanto)...”

Entrevistada 4

.La sobreprotección que experimentaron y que ahora la repiten con su objeto de amor, el cual es su hijo (a), se presenta con estrés, en relación a querer realizar el ideal de madre perfecta y omnipotente, estas madres tienden a presentar depresión o rigidez.

...”Pero también me siento bien chingona, de verdad me siento bien fregona (llanto). A lo mejor le partí el hocico a mi hijo, pero lo saqué adelante... al regresar al pasado me hago un daño; porque has de cuenta que como que vuelvo a revivir y no me es grato..., porque si, si me siento así, me he hecho un daño, el no querer trascender... ¿sabes cuál era mi miedo? El que no tendrán quien les dará de comer, qué pasará con la casa. Quiero alejarme, quiero ver las cosas desde otro punto, lejos de la culpa, de que siento que nadie vive sin mí. Yo antes me sentía indispensable, de repente hago terapia del espejo; y me río de mi misma; y me digo: ¡Cómo nadie va a poder vivir sin mí, que no sea ridícula!”

Entrevistada 3

3.1.3. Abandono

El término “Abandonado”, expresa el hecho real o imaginado del niño que pierde o siente que le falta su primer objeto de amor, lo que tiene que ver con la percepción simbólica de la figura de apego, cuando no hay presencia o aparece de forma inconstante y arrítmica para el infante surge en el niño ansiedad, miedo de ser abandonado, miedo de estar solo y la angustia de separación, las cuales se expresarán a durante su desarrollo psíquico y con sus objetos de amor consecutivos, recreando experiencias similares a las que tuvieron en la infancia.

El sentimiento de abandono puede ser motivado tanto por las características propias del cuidador, el cual responde inadecuadamente a necesidades del hijo (a), y su presencia es inconstante, o bien, también el sentimiento de abandono puede ser por el temperamento del infante, que a pesar de la constancia objetal, el niño seguirá con la angustia de separación y el miedo de ser abandonado.

Conocer el origen o la etiología, requiere una gran indagación sobre ambas partes y un estudio prolongado; respecto a las entrevistadas, se observa cómo ellas han percibido su mundo desde la niñez y cómo éste mundo con las introyecciones objetales que lo caracterizan, se ha manifestado a lo largo de su vida, un mundo que las acompaña y que muchas veces las atormenta, ya que el abandono y por consiguiente el miedo de estar solas les provoca inseguridad, y son patrones que se alcanzan a observar en las madres.

“...es un miedo a la soledad, traigo la piel marcada desde chica, mi papá murió, yo vi cómo lo mataron, mi mamá queda, pero a la vez siempre ausente, y yo recuerdo eso de mi niñez: siempre

estar sola, y en cierta etapa de mi vida, llegar a esta edad digo “híjole”, a veces disfruto mi soledad, pero esa soledad me causa muchos miedos, no poder avanzar hacia donde quiero dirigirme, porque yo tengo muchos planes, me quiero salir de la casa donde estamos, donde mi esposo me dejó, y quiero rentarme algo yo, pero me llega eso, el: ¿Voy a poder en sí estar sola?...”

Entrevistada 1

“¿Qué me da miedo?, soy una persona muy insegura, siento que las cosas no me funcionan y ni me van a funcionar...me da miedo ofrecerles a la gente, miedo a que me digan que no...”

Entrevistada 4

...”Me acuerdo que al siguiente día fuimos con el Doctor, y ya yo pensaba mucho en la presencia de mi padre, en su ausencia, el doctor me vio y me abrazó y me dijo: <No te voy a decir nada hija, yo solo te voy a decir que de ahora en adelante le tienes que echar muchas ganas> (llanto), y esas palabras se me quedaron muy en mí, porque yo a lo mejor esperaba de mi mamá eso...”

Entrevistada 1

Las personas en edades adultas, y especialmente cuando son madres, pueden replicar sus mismos sentimientos de abandono para con el hijo, siendo éste un objeto con el cual la madre satisface sus propias necesidades simbióticas intensas provocadas comúnmente por los miedos y el sentimiento de abandono que no se han solucionado y que son proyectados sobre los hijos; el hijo viene a reemplazar la figura de amor que ellas quisieron y las emociones se replican

imperiosamente, dejando al hijo como salvador de las propias carencias emocionales de la madre.

“...Mi hijo fue así como mi salvavidas de todas las broncas que tenía en la casa, el hecho de que siempre fui abandonada, a lo mejor para ser importante para alguien, fue una necesidad mía...”

Entrevistada 4

“...a lo mejor ese fue uno de nuestros errores, porque en mi casa viví carencias emocionales y materiales, en mi caso nunca hubo pastel, reyes, ni nada, en mi fiesta de XV años yo no pedí pastel, ni fiesta ni nada, entonces llegó el día, y mi papá en mis quince años me mandó de sirvienta con una persona que quiso abusar de mí, entonces, pues si tenía varias cosas arrastrando...”

Entrevistada 5

3.1.4. Violencia

Esta dimensión se decidió analizarla de manera específica dentro de esta categoría, puesto que se suscitó de manera emergente en la investigación ya que era una vivencia constante en todas las entrevistadas, no sólo expresaron la vivencia de la violencia en su familia de origen, sino, que también se ha suscitado durante el trayecto de su vida.

La violencia son actos deliberados que tienen la intención de imponer, de causar daño (físico o psicológico) a los demás y de obtener algo de forma brusca.

En las entrevistadas se resalta el padecimiento de la violencia psicológica o emocional, la violencia física y la violencia sexual.

La violencia física refiere al uso de la fuerza para dañar mediante acciones intencionales y recurrentes para controlar, sujetar, inmovilizar y causar daño en la integridad del violentado (a); esto se manifiesta por medio de empujones, jalones, pellizcos, rasguños, golpes, bofetadas, patadas y/o aislamiento.

Las entrevistadas que vivieron violencia física la han repetido ya sea siendo ellas las victimarias o las víctimas.

“...parto de una madre que era neurótica y nos golpeaba por todo; yo pensaba que a lo mejor por la soledad, pero yo también me puse a ver que estando, pues mi madre estaba, y lo único que hacía era golpearnos y nosotros no podíamos hablar, no podíamos decir lo que no nos gustaba y yo era pues muy cerradita, porque en mi casa siempre me tuvieron a pueros golpes y regaños, era la forma de mi mamá...y, bueno, también les daba a mis hijos, también les pegaba...”

Entrevistada 5

“...el golpe físico de mi pareja no me dolió, lo que me dolió fue que él nunca lo haría y si lo hizo, pero también tengo que ser sincera de que yo lo madreaba a él... si yo me enojaba con alguien, con él me desquitaba.

Entrevistada 4

“...entonces mi esposo regresó e hizo feo en la casa, se hirió, nos agredió verbalmente a nosotros muy feo, o sea cosas horribles pasaron, y yo ya no quiero volver a pasar todo eso...”

Entrevistada 1

Comúnmente la violencia física se acompaña de violencia psicológica o emocional, la cual se entiende como una forma de maltrato que se manifiesta con gritos, insultos, amenazas, prohibiciones, intimidación, indiferencia, ignorancia, abandono afectivo, celos patológicos, humillaciones, descalificaciones, chantajes, manipulación y coacción. El objetivo es controlar al otro y provocarle inseguridad, sentimientos de devaluación, minusvalía, baja autoestima y dependencia.

Se observa que las entrevistadas quienes padecieron ésta violencia, llegó a ser muy perjudicial y progresiva, causándoles daños en su personalidad y la volvieron a padecer vuelvan en diferentes contextos y personas, ya que carecen de herramientas necesarias para defenderse o evitarla.

“...si yo llegaba 15 minutos tarde, mi mamá me golpeaba, y yo era una puta, una perra si llegaba tarde; era lo peor; me decía: <Eres una perra, con quién te fuiste a revolver, eres una desgraciada> y eran golpes; entonces prácticamente me casé para salirme de la casa.... cuando conocí al ahora mi esposo él era muy serio, pero yo recuerdo que él nos invitó a comer en una ocasión, éramos varias, como que a mí me integraron al grupo; y me subo a su carro, y había lodo, y él aceleró y él se empezó a burlar, le dio risa de que el lodo entrara hacia mí y me ensuciara la ropa; a mí me dio mucho coraje, pero a él le dio risa, y de ahí empezamos a platicar...”

Entrevistada 5

Ante tal indefensión y carencias de elementos psíquicos para delimitar y salvaguardar su bienestar emocional y físico, la violencia se puede presentar bajo otros tipos de expresión volviendo ellas a colocarse como víctimas; uno de los modos que se observaron en las entrevistadas, fue la violencia sexual, la cual se centra principalmente en la violación, pero también se refiere a toda burla, humillación o abandono afectivo hacia la sexualidad y las necesidades del otro; en la siguiente cita de la entrevistada es posible comprender cómo la violencia sexual de la cual fue víctima la experimentó en repetidas ocasiones, fenómeno que se encriptó en su psique y que se convirtió en un elemento importante y determinante en relación al tipo de vínculo que tuvo con sus hijos:

“...mi papá en mis quince años me mandó de sirvienta con una persona que quiso abusar de mí... yo comencé a trabajar a los 17 de sirvienta con un médico, ese médico trató de abusar de mí...cuando tenía 25 años unos drogadictos me violaron ...entonces, pues si tenía varias cosas arrastrando... y a lo mejor ese fue uno de nuestros errores, porque en mi casa viví carencias emocionales y materiales y yo dije: <Ok, si yo quiero darle otras cosas a mis hijos algo, trabajaré como mula, no importa, pero les daré lo que a mí me hizo falta> ...”

Entrevistada 4

Vemos en ese sentido, cómo la violencia padecida en la familia de origen, y la posición de víctima de la cual fueron colocadas es repetida y alimentada en las relaciones objetales

sucesivas, sólo que a diferencia de las primeras vivencias de violencia que se padecieron en la infancia, ahora son las entrevistadas quienes se posicionan inconscientemente como un objeto victimario, es para ellas muy complicado situarse y pensarse desde otra posición que no sea la receptora de violencia o del maltrato.

Las entrevistadas han llevado esa colocación en las relaciones de pareja, padeciendo tanto violencia física como psicológica; a continuación se plasman dichos sucesos.

... “yo me casé con una persona neurótica impotente, que me pegaba... yo era muy buena vendedora, cliente que llegaba, cliente que no se iba, y él me decía que era muy buena, y mi esposo me decía no, que yo les ofrecía las nalgas, y tas, tas, tas... él empezó a tomar decisiones en mi persona, tuve oportunidades que me ofrecieron sobre cursos y que me iban a pagar y me iban a seguir enseñando, y él no quiso, siempre me bajaba la moral, me decía que soy tonta y que no voy a saber, o sea así... luego estuve en un diplomado de dos años en La Salle, y la maestra que estudiaba la licenciatura y luego una maestría, eso yo quería, y para luego dar clases ahí, pero él me decía que no iba a poder, que soy incapaz, no me iba a desempeñar bien y así... “

Entrevistada 4

Las entrevistadas que viven violencia presentan diferentes conflictos psíquicos, se cuestiona sobre las personas que la rodean, su rol como mujer y se autocrítica de forma muy severa y rígida, no se creen capaz y se coloca en un estado de minusvalía; creándose o maximizando debilidades o defectos psíquicos y físicos, afectado su bienestar físico, mental y moral.

“...no tengo congruencia ni seguridad en mi misma, yo lo vi desde que me fui a la clínica me dijo una psicóloga que hiciera una lista de 10 cosas buenas mías y 10 malas; yo le eché vuelo a las cosas malas, y cuando trato de escribir las buenas, no pude, no salí de ahí...no convivo con mi cuerpo, yo me veo siempre fea, siempre gorda, con decirte que me agarro el pinche cabello y ni peino, no me gusta verme al espejo, me veo y me digo: <¡Qué fea estás, qué gorda estás, qué vieja te estás poniendo! > Y es un problema que no traigo ahorita, sino, ya desde antes, cuando yo estaba delgada yo me veía gorda, estaba flaquita y aun así yo me veía gorda exagerada...”

Entrevistada 4

4. FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Cuando existen integrantes en una familia que presentan cuadros adictivos, siempre es relevante primordial preguntarse y analizar cómo es la familia en donde se encuentra el síntoma adictivo, en ese sentido se optó por estudiar el funcionamiento familiar de las entrevistadas ya que por lo menos un integrante de la familia presenta adicción, dicho miembro es el depositario de las ansiedades de los demás integrantes y portador de los aspectos patológicos del grupo familiar.

En ese sentido, vemos que los sistemas familiares actuales de las entrevistadas están caracterizados por diversas situaciones conflictivas, con patologías que emergen dentro del seno familiar e individual y que existen diversos fenómenos vinculares que potencializan la manifestación de los síntomas adictivos. El recorrido que se propone es analizar tanto el sistema vincular, así como las características del grupo familiar

4.1. Sistema vincular ternario

Se refiere a la interrelación madre-padre-hijo/a, que es de gran importancia para la comprensión, no sólo de la dinámica familiar, sino también de la psicopatología del síntoma adicto que emerge dentro de ella representado por su hijo (a), al que pueden colocar como un tercero que puede ser tanto incluido como excluido, y se puede decir que el hijo está al servicio de la institución matrimonio, del logro de la madre, del narcisismo del padre, es el parche que repara el vínculo. Veamos los diversas dinámicas que se permean en las familias de las entrevistadas.

4.1.4. Tercero incluido como prolongación simbiótica de la pareja:

Padre, madre e hijo (a) son idénticos, aquí se refuerza la estructura fusionar original y la familia se repliega en sí misma, impidiendo la delimitación entre cada individuo y por ende podría impedir el surgimiento de la propia subjetividad.

Vemos cómo en la familia de la entrevistada se expresan impetuosos intentos por parte del hijo (a) para fusionarse con la matriz familiar, fenómeno que se va repitiendo aún y a pesar de que éstos emigraron físicamente del hogar, pero emocionalmente resisten a diferenciarse; la madre obstruye la posibilidad de diferenciación al acceder a las demandas del hijo, lo que impide la delimitación subjetiva de la dinámica familiar y al acceso de otras funciones psíquicas de individuación.

“...yo me junté con él porque me decía: “vamos a bailar y vamos a hacer esto y aquello”, y empecé a hacer cosas que yo no había vivido porque me casé muy chica, y me llevaba a bailar o cenar con amigos, no cosas malas, nada de beber ni así, porque yo lo conocí en el grupo,

entonces mis hijos me cuestionaban de la hora de llegada, me decía: “¿me puedes traer un boing?”, o sea, una cena con amigos que sería a las tres de la mañana, yo le decía que no, porque a las 11 me tenía que ir por la pinche presión de mi hijo... mi hijo me cuestionaba todo el tiempo que en dónde estoy, que a qué hora me voy y yo decía: <¡Cómo!> o sea, él ya vive con una pareja...y después se volvió un control de él hacia mi...”

Entrevistada 4

4.1.2. Situación triangular de abandonico

En esta dinámica el hijo se encuentra abandonado por ambos padres, hay descuido afectivo de los padres hacia él; sin embargo la madre tiene conductas ambivalentes, puesto que por un lado lo sobreprotege y por el otro lado lo abandona, dicha sobreprotección no es otra cosa que encubrimiento de sus afectos negativos hacia el hijo. Por su parte, el padre se encuentra afectivamente desligado de la madre y del hijo, este último queda sujeto a la simbiosis con la madre y al abandono.

“...mi marido no quería, o sea, a mi hijo, mi marido no quería...cuando le dije que estaba embarazada, la verdad es que ay, fue por una inyección para que me la aplicaran, y yo de idiota, me dejé; pero si, todo el embarazo tuve problemas y amenaza de aborto...mi estigma es “codependencia” muy marcada... con mis hijos yo siempre estuve con ellos, estuve más al pendiente de ellos, él se encargaba nada más de que no hiciera falta nada en casa como comida, calzado y así, pero en la forma de estar presente con ellos, pues casi no, él les daba todo, les daba calidad, más no tiempo; y yo pues siempre estuve al pie con ellos...”

Entrevistada 1

Respecto al padre de los hijos, el patrón que se repite en todas las entrevistadas, es el tener un esposo que violentaba tanto a los hijos, como a ellas mismas, las madres intentan parar dichas conductas agresivas, el padre es aquí ausente en tanto su función de ley y de prohibición, dejando al hijo “abandonado” y a merced del deseo de la madre, la cual lo acongoja mediante una sobreprotección.

“...tenía un marido alcohólico, infiel...yo decidí ponerle un ultimátum a mi marido alcohólico y él se va de la casa... entonces si tú me hablas de responsabilidad, de que corte esa simbiosis, lo hago, pero de repente alguna situación en mi vida, me arrastra, y le he hecho un daño tremendo a mi hijo... lo sobreprotegí, lo hice inútil...”

Entrevistada 3

“...el papá de mis hijos se los madreaba, los regañaba, y entonces yo no tuve esa decisión de sentarnos y vamos a ver que hacemos y funcioné como padre y madre aún ellos teniendo padre... ¿Qué quitaría?, ¡pues eso!, el tratar de que vivieran ese tipo de cosas que yo les evité, tratar de dejarlos hacerlas y que sería su decisión, aunque algunas veces las hice, pero es lo que yo no entiendo en algunas partes me doblegan y otras soy muy tajante...”

Entrevistada 4

4.1.3. Situación triangular de tercero excluido

Se presenta una pareja “como si”, el hijo fuese una estorba para los padres y entonces se ve obligado a la actuación para “llamar la atención”, mediante conductas adictivas.

En la cita que se presenta a continuación se observa que tanto la madre como el padre están ausentes, la entrevistada hace grandes esfuerzos para alejarse de su familia, dicha conducta de huida es sintónica con su yo, ya que no le produce angustia ni remordimiento y mucho menos culpa; lo que se infiere que es una salida inmediata de sus impulsos sin control y permeados de hostilidad ante las figuras que se presentan en su hogar, mismas, que como ya se estudió anteriormente, son figuras representantes de su mundo interno.

“...a veces pienso que para qué los tuve, a veces me estorban mis hijos...si no tuviera hijos, a lo mejor andaría bien tranquila, viviría bien, no económicamente, sino, libre, porque a veces yo quisiera irme, agarrar mi pinche mochila e irme, caminar, irme lejos, y no por desesperación, sino por una necesidad de libertad, de sentir paz y tranquilidad, mis sueños y aspiraciones es ser libre...

Pero cuando viene lo de 4to y 5to paso, me dicen que siempre ando en la calle y que los dejo preocupados, y mis fugas ya no las pude hacer, porque ahora me las aguanto, yo era de las que me salía, me subía al carro, manejaba, si llegué a tener amantes, me iba con el amante o así, ese tipo de cosas, pero, me quitaron de alguna manera eso, y ahora ya no tengo esa oportunidad, les cambié la estafeta, se la quité a sus papás, y se las di a mis hijos...”

Entrevistada 4

4.2. Características familiares

Se sabe que la familia es un sistema; y como sistema, el objetivo es unir a los integrantes que la conforman para la no desintegración del mismo; sin embargo, en ese esfuerzo para mantenerse unida equilibrada pueden aparecer organizaciones de tipo patológicas o narcisistas para mantener las características originales del sistema.

El emisario de dicha patología será en este caso el hijo drogodependiente, es el portavoz o el síntoma de una enfermedad sistémica latente, sólo que él es quien lo manifiesta, de tal manera a los miembros de unen por medio de valencias narcisistas en el foco del hijo sintomático para conservar la estructura patológica original.

De acuerdo con el enfoque integrador las familias de pacientes drogodependientes se presentan las siguientes características

4.2.1. Hijo abandonado

Es el resultado de una madre depresiva y un padre ausente; aquí el hijo es objeto de la madre, actuando como su propia droga y es utilizado para satisfacer las propias necesidades de la madre; es su alimento para lograr llenar el vacío y la angustia desbordante de sentirse en falta; el padre por otro lado es como si no estuviera presente, él asume y proyecta una actitud pasiva y podría decirse que “despreocupante”, dejando que el vínculo totalitario entre la madre y el hijo siga en juego; por ende, el hijo no es capaz de identificarse con la función paterna y queda atrapado en el deseo de la madre y siempre al servicio de ella.

“... Con mi hijo el varón, el de en medio, él tiene ahorita 23 años, él sí tuvo muchos problemas, él de hecho es activo a la marihuana, ya no vive conmigo, vive con su familia, él es activo a la marihuana, y mi hija la menor que tiene 16 años es, este, a raíz de todo esto, estuvo internada en una clínica, en metamorfosis, este, precisamente porque empezó a tomar relacionado a todos los

problemas que había en casa con su papá; ella era muy apegada con el papá; él estuvo casi 5 años en el penal, entonces cuando a mí se me da la depresión, yo ya no quiero saber nada porque todos los problemas estaban sobre de mí, entonces los fui dejando, yo no supe en que momento ellos salieron de mi vida, en qué momento se fueron, y aun así, yo sabía que las cosas no estaban bien, y quise buscar la ayuda para con mi hija, porque con mi hijo no podía, se me iba a la calle, regresaba, yo tenía que ir a trabajar, entonces no había momentos en los que yo lo encontraba, y luego con mi depresión, pues ya no quería más nada, saber de todo esto...¿Por qué tuve que entrar a un estado de depresión y no enfocarme en mis hijos completamente al cien por ciento?...”

Entrevistada 1

“...el hecho de que estaba mal en mi matrimonio y caí una vez en la depresión que me llevó a estar en una clínica, me tuve que internar; y luego me fui a vivir la experiencia; y de ahí me fui adaptando a ciertas situaciones que yo veía que estaban mal, ahí me empecé a dar cuenta y trabajarlas; y en si fue eso, las depresiones con las que vivía, y todavía; yo soy depresiva crónica...”

Entrevistada 4

En la siguiente cita se puede apreciar cómo la madre tiene reiteradamente a caer en estados depresivos; cabe recalca que el transcurso de su discurso, se hizo mención omisa respecto al padre de sus hijos, lo que alude a una a anulación completa, el hijo se encuentra en ese sentido al servicio de ella ya que no existe alguna ley con la que se pueda identificar.

“...Yo tiendo a la depresión, ya había pasado por una muy fuerte, vez que te había contado que yo caí en una depresión, y que cuando desperté Rodrigo ya estaba mal, este, ahorita siento que estoy así en la rayita, que si no hago algo rápido, estoy en la rayita y no quiero caer...tengo una contradicción muy cabrona con Roberto, por un lado sé que si yo lo apapacho y le digo: <Aquí no pasó nada,, vente, te apapacho y aquí estoy>, pues la realidad es que no voy a hacer mucho, pero por otro lado lo quiero apretar, que se quede conmigo, ver lo que hace y todo...si por mi fuera yo le diría que se quede para protegerlo...”

Entrevistada 2

4.2.2. Modelo adictivo

Se presenta el uso, abuso y/o adicción de drogas socialmente aceptadas y drogas ilícitas. Aquí los padres pueden ser los consumidores y al mismo tiempo los hijos lo hacen también, favoreciendo el desarrollo de síntomas de adicción en uno o más miembros.

Los integrantes transmiten por medio de conductas manifiestas o latentes, como es la comunicación no verbal, un patrón de comportamientos patológicos que favorecen el uso, abuso y/o adicción de las drogas lícitas o ilícitas. Una de las características esenciales de estas familias es el exceso de bebida en una proporción significativa de los padres.

Paralelamente a lo señalado se determina que las entrevistadas crecieron en familias donde por lo menos un miembro era alcohólico, fenómeno que se relaciona con la elección de objeto como pareja sentimental, los cuales presentan algún tipo de adicción.

Todas las características dentro de ésta dimensión, se hacen manifiestas en el discurso de las entrevistadas.

“...Mi problema, en mi familia, es la drogadicción; ¿Por qué?, porque, este, vienen... la familia de mi papá, mi papa es adicto, de hecho ahorita está internado en una clínica, este, mis hijos ya los tres que tengo, ya hicieron su vida en familia, este, con los que tuve problemas de adicción fue con la más pequeña y con el varón... mi marido, que se drogaba con cocaína, con piedra, marihuana y cosas así.

Entrevistada 1

“...tenía un marido alcohólico, infiel, y pues entonces salí a la calle a trabajar, lo cual a mis hijos eso les pegó mucho, pues porque ellos veían que yo los estaba abandonando...”

Entrevistada 3

...”Mi hijo veía esa vida de que su papá se drogaba, sabiendo que él lo hacía, pero él lo hacía en la calle y no soportaba verlo ahí en la casa; o sea él agarraba y se iba con los amigos, pero mi hijo no soportaba ver esa situación en la casa, de que su padre se estaba drogando...su papá tiene 6 meses en una clínica, porque es adicto a la heroína, conoció la heroína en el penal...”

4.2.3. Falta de límites

La autoridad implica poner y marcar límites; no obstante, si el padre no está, tampoco están los límites que conlleva la prohibición, porque tampoco hay ley.

En ese sentido, y como se ha analizado en éste recorrido narrativo, es claro que los límites están coartados, y la figura de autoridad se hace presente por su ausencia, lo que favorece el vínculos caóticos entre todos los miembros de la familia y de tal manera se obstruye la delimitación de fronteras psíquicas entre los integrantes del grupo.

En este sentido, hay una falta de protección hacia la subjetividad común que se transgreden los límites tanto físicos como psicológicos, manifestando un desorden de acuerdo a las funciones de cada miembro, estas funciones pueden estar cambiando de forma bidireccional constantemente e indiscriminadamente en todos los miembros de la familia.

“...yo no le puedo decir algo porque se me pone al pedo, y digo: <¿Bueno, aquí yo soy la mamá soy la hija o qué?>... , si voy a mandar a hacer algo a la casa, qué por qué lo voy a hacer, me cuestionan todo, quieren saber todo, si salgo con mi pareja, pues obviamente yo ya me junté con una persona, salgo con él y ya me están preguntando que a qué hora llego, que en dónde estoy; y cosas que yo no les hago; ellos se casaron y yo no les cuestiono nada, no me interesa...”

Entrevistada 4

“...Mi hija es extremadamente controladora, ella quiere que Roberto haga lo que ella le dice, y aunque sea su hermana menor ella se comporta como su mamá...”

Entrevistada 2

4.2.4. Pacto criminoso

Aquí los padres mantienen inconscientemente un acuerdo para incurrir en contra del hijo mediante un pacto de índole perversa con el objetivo de salvaguardar su propio vínculo como pareja, atentando la vida psíquica y física de su propio hijo. Los padres suelen tener conductas altamente fantasiosas para con su hijo, grandes expectativas y exigencias extremas de las cuales el hijo no puede cumplir; y así evidencian las carencias de éste, dichas conductas de los padres encubren en realidad sus sentimientos agresivos y destructivos contra el hijo.

“...le dimos más en su madre, porque también su papá; su papá le exigía mucho, le exigía más de lo que él podía hacer, o si podía, pero siempre para su papá era un pendejo y que no servía para nada, nos vendió mucho el que nos hacía un favor el tenernos o mantenernos, entonces lo minimizó a mi hijo también mucho...Mario estuvo nadado en un grupo de competencia de natación, y le ganaba a todos, pero cuando llegaba la competencia, no sé qué pasaba que no; y era porque su papá lo presionaba demasiado, lo metió muy chiquito a trabajar al negocio a los 8, 9 años; entonces a Mario, pues entre los dos le dimos...”

Entrevistada 4

4.2.5. Duelo no elaborado

En estas familias se encuentran históricamente muertes de miembros cercanos del grupo, circunstancia que se define como “duelo central no elaborado de toda la familia”

“...antes de mi primer hijo tuve dos abortos, luego viene mi hijo, Juan que es el más grande, tiene 28 años, y de ahí viene el segundo a los tres años, otro hombre; se llama César, tiene 25 años...”

Entrevistada 3

Así mismo, en esta categoría se presenta el “duelo parental familiar” que se entiende como aquel duelo de cada uno de los padres con respecto a su familia de origen, y el “duelo conyugal” y el cual se refiere al que hacen los esposos en el momento en que se convierten en padre y madre.

...Yo recuerdo que en las noches extrañaba esa casa, a mi mamá, porque yo dormía con mi mamá, fui la hija más pequeña y a la vez era eso de ... “híjole, estoy embarazada”, dejé de estudiar...sé que le cause un dolor muy grande a mi mamá, porque mi mamá en ese tiempo enfermó mucho, yo a la vez me sentía culpable de eso, me decían que estaba triste y enferma, y yo decía que a lo mejor era por esa pérdida, por esa separación, no lo entendía en el momento...por esa parte, buscaba a lo mejor ese amor y esa comprensión, y la busqué en el papá de mis hijos y decidí irme otra vez, pero ya no hubo vuelta atrás para regresar y decir: <Me voy a regresar con mi familia>, y ya desde ahí tuve muy presente las palabras de mi mamá y me quedé ya para siempre a vivir ahí.

Entrevistada 1

5. MOMENTO INTRAPSÍQUICO DEL DUELO

EL duelo es un estado psicológico consecuente a la pérdida de un objeto que formaba parte integral de la existencia del sujeto, el cual puede ser una persona, un objeto real, o bien la pérdida de un trabajo, el abandono de un lugar, pérdida de la propia imagen social, separaciones, caída de ideales, etc. Se caracteriza por el desaliento, desaparición por el interés del mundo exterior, pérdida temporal de la capacidad de amar e inhibición de la actividad.

Ante la pérdida física y/o abstracta de un objeto amado, es necesario y sano elaborar un duelo, y para ello, el sujeto debe poseer la capacidad de retirar la libido del objeto perdido y desplazarla hacia él mismo, lo que significa un reordenamiento pulsional, y así quedar exento de inhibiciones en el mundo físico y dar la posibilidad de reinvestir nuevos objetos.

Para que el sujeto pueda concluir exitosamente las etapas antes mencionadas, necesita de un trabajo simbólico intrapsíquico, de lento y doloroso desprendimiento, que supone un reordenamiento representacional.

El fin del duelo es llegar a la elaboración de la pérdida y poder investir nuevos objetos; para que éste fin se dé, el sujeto debe de hacer un trabajo arduo, en dicho camino se encuentran varias etapas; es importante aclarar que el sujeto puede pasar de una a otra de manera radical; o bien, se puede congelar y estancar en alguna de ellas.

Veamos las etapas, las características y la indagación de las entrevistadas para saber cómo es su duelo ante la pérdida narcisista al encontrarse con el hijo drogodependiente, al igual que las categorías anteriores, el análisis de ésta se hace partiendo de las mayores a las menores concurrencias mostradas en la narración de las entrevistadas respecto a las etapas del duelo.

5.1. Negación

Se intenta negar la realidad de la pérdida, y se puede presentar acompañada de evitación extrema ante la realidad mediante la aparición de fobias, el uso de drogas; o bien, pueden aparecer reacciones maniacas como el control, el desprecio o la pseudo superación.

“...Pues con mucho dolor, muchas lágrimas, el culpándome, la no aceptación, porque una de las partes fuera es que yo no tenía aceptación, yo no aceptaba el tener una familia de drogadictos, a mí me avergonzaba mucho, me daba mucha pena, ya hasta raíz de... yo ya llevo tres años dentro de la

agrupación y puedo decir que a partir de un año para atrás yo me he apegado a lo que realmente es el programa y el seguir aprendiendo más, porque aunque yo ya tenía el programa, yo no aceptaba, todavía había muchas cosas que me lastimaban, me dolía el no ver...”

Entrevistada 1

“...lo hago mecánicamente, me paro, le rezo a Dios por el día, pero últimamente estoy demasiado cansada, demasiado triste (llanto), de verdad en estas últimas semanas lo único que quiero hacer es como taparme y dormirme, que o pase nada a mi alrededor, pero lo tengo que ver a fuerza...”

Entrevistada 2

“...el problema es que a veces yo pienso que como que me pongo una venda, yo quiero comprarle que ya está bien ¿no?..”

Entrevistada 4

5.2. Elaboración

Se comienza a enfrentar la realidad de lo que está pasando; se manifiestan respuestas psicosomáticas como las quejas corporales o incluso afecciones somáticas si la elaboración del duelo se estanca o se "congela"

“...Me duele un chingo, pero sé perfectamente bien que si no lo hago así, aunque duela, hay que dejarlo, porque él sabe el camino, sabe que están los grupos y sabe que si necesita ir al psiquiatra, necesita sus medicinas, él lo sabe, pero pues no...”

Entrevistada 2

“...Mi madre me dijo: <haz de cuenta que estás cargando una cruz pesadísima y esa es tu cruz que vas a llevar toda tu vida>... y como que me lo marcó muy así de que siempre va a ser la cruz de toda mi vida, y dije: <no, no quiero cargar siempre esa cruz tan pesada> y empiezo a conocer el programa y empiezo a deslindarme de cosas, o sea, decir: <Si fui alomejor culpable > pero ahora tengo la responsabilidad de tratar de ayudar, de quitarme eso y de que esa cruz no sea tan pesada. Muchas personas han visto ese cambio en mí (llanto), y dentro de la agrupación, y me han dicho que me he transformado y que he tenido un cambio muy grande, y luego no sé cómo avanzar en todo esto, en el miedo a la soledad...”

Entrevistada 1

“...Y ya ahora me doy cuenta que a través de ellos aprendí, con los que tuve más problemas aprendí más y a empezar a vivir la vida con aceptaciones, el decir que no solo mi lugar es estar en la casa ni el trabajo, empezar a leer, a orientarme y a querer saber más información, y pues todo a través de ellos, y gracias a ellos estoy aprendiendo...”

Entrevistada 1

5.3. Aflicción y pena/protesta y resentimiento

Se caracteriza por una tristeza invasiva, pena y/o culpa extrema y por consiguiente es posible que se manifieste depresión o agitación, o bien, aumento de ansiedades persecutorias.

“...Ahorita estoy devastada con todo esto (llanto), perdón, perdón (llanto), y me duele más porque yo antes no podía ver a los drogadictos, le tenía terror, asco, coraje... cuando tenía 25 años unos drogadictos me violaron, yo veía a un drogadicto y sentía que desmayaba...”

Entrevistada 5

“...lo hago mecánicamente, me paro, rezo a Dios por el día, pero últimamente estoy demasiado cansada, demasiado triste (llanto), de verdad en estas últimas semanas lo único que quiero hacer es como taparme y dormirme, que no pase nada a mi alrededor, pero lo tengo que ver a fuerza.

Camino a la fuerza, en el fondo me digo: “Tengo que salir adelante, tengo que... si no hago esto no como”, pero no tengo una motivación, duermo a ratos, no duermo toda la noche, sino a ratos, me duermo dos horas y me despierto y de nuevo así lo mismo. Como que llega una ansiedad y pienso: “me voy a matar”, esa es mi mecánica y sé que por ahí va y sé que es eso, y ahorita trato de calmarla de otra manera, poniéndome hacer otra cosa que no sea ninguna de

esas tres: comer, fumar o dormir, y es por eso la actividad y al final de cuentas la ansiedad ahí continúa...”

Entrevistada 2

5.4. Impacto

Se caracteriza por el horror, pena, impacto, ira y protesta, provocando reacciones de pánico o agotamiento a causa de las emociones intensas e invasivas

“...al final de cuentas no es fácil, pero pues no me queda de otra más que apoyarme de esta gente que está conmigo (llanto), me enoja muchísimo, a partir de la desaparición de Roberto y de todo este asunto, he dejado tantas cosas que de verdad me enoja conmigo...”

Entrevistada 2

“...escucho a mi hijo y pues me da dolor por eso, porque aparte de que no se me hace que destruya su vida, de que no es padre, saben que es malo, y que no es nada bonito ser una persona drogadicta, alcohólica, y con lo que yo andaba cargando, entonces no sé cómo ayudarlo...”

Entrevistada 5

5.5. Intrusión

Se reaniman recuerdos y vivencias inevitables del suceso. Hay estados de inundación por ideas, emociones, imágenes o recuerdos acerca de la pérdida, y es posible que se presente trastorno por estrés postraumático subagudo muy crónico.

“...Quisiera que sólo hubiera sido una película, lo tengo que trabajar porque todavía me sigue costando trabajo, inclusive un psicólogo me dijo que yo tenía una simbiosis con mi hijo. Se accidentó en la moto, es su cuarto accidente la semana antepasada, (llanto), yo ya llevo 5 años en el programa y mira que lo he trabajado... y otra vez vuelve, estoy cansada, quiero pararlo porque he dejado de ser yo por estar cargando eso. (Llanto)...”

Entrevistada 3

Es posible observar que no sólo se recuerdan sucesos de aquella idealización del hijo, si no, que se reanima la falta de no tenerlo, se vive con sufrimiento por no poder separarse de esa imagen fantástica e ilusoria, ya que es el complemento de la madre, sin esa ilusión, posiblemente el yo se viviría desgarrado narcisísticamente, entonces, se viven siempre en falta y sufrimiento para asegurar el propio narcisismo de la madre por medio de la ilusión. El yo accede a vivir en mentira que aceptar la realidad; aceptarla implicaría ser conscientes que no fueron “lo suficientemente buenas” como madres.

Análisis de la Información en la Psicoterapia Psicoanalítica de Grupo. Etapa 2.

Composición Grupal

A continuación, en el cuadro 1, se muestran las integrantes que fueron parte del grupo terapéutico. Importante señalar que tuvieron entrevistas preliminares con anterioridad (etapa 1) con el objetivo de identificar la percepción simbólica del hijo, reacciones en relación a la drogodependencia del hijo, el momento intrapsíquico del duelo, el funcionamiento familiar y las experiencias personales.

Cuadro 1. Composición Grupal

Participante Código	Edad	Sexo	Percepción simbólica del hijo	Reacciones hacia la drogodependen cia del hijo	Experiencia personal	Funcionamien to familiar	Momento Intrapsíquico del duelo
Ana	45	M	Sobreprotegido No deseado	Culpa Decepción Tristeza Búsqueda de ayuda Sobreprotección Ideas obsesivas Justificación	Abandono Violencia	Situación familiar de abandónico Hijo abandonado Modelo adictivo	Negación
Bere	57	M	Sobreprotegido Devaluado/ide alizado	Culpa Decepción Tristeza Búsqueda de ayuda Evitación Ideas obsesivas	Abandono	Hijo abandonado Falta de límites	Negación Aflicción y pena/protest a y resentimient o Impacto
Carmen	56	M	Sobreprotegido Devaluado/ide alizado	Culpa Búsqueda de ayuda Evitación Justificación	Sobreprote cción	Situación familiar de abandónico Modelo adictivo Duelo no elaborado	Intrusión
Diana	45	M	Sobreprotegido Devaluado/ide alizado	Culpa Decepción	Abandono Violencia	Tercero incluido como prolongación	Negación

			No deseado	Búsqueda de ayuda Evitación Sobreprotección Justificación		simbiótica de la pareja Situación familiar de abandonico Situación triangular de tercero excluido Hijo abandonado Falta de límites Pacto criminoso	
Evelia	54	M	Sobreprotegido Devaluado/idealizado No deseado	Culpa Decepción Tristeza Búsqueda de ayuda	Violencia	Situación familiar de abandonico	Aflicción y pena/protesta y resentimiento o Impacto

Es posible observar que el grupo cumple con los criterios de selección óptimos para iniciar un tratamiento psicoanalítico grupal por las siguientes razones:

- Es un grupo de 5 personas, lo cual, de acuerdo con Díaz (2002), 1 número de integrante aconsejables es de 5 a 10 personas, puesto que facilita la fusión de identidades y la comunicación entre ello.
- La composición se puede ver que es homogénea en cuanto al sexo; y la teoría explica que puede ser mixto en cuanto al género, u homogéneo; sin embargo, la mayoría de los autores indica que es mejor que sea heterogéneo para movilizar fuerzas edípicas; sin embargo, por cuestiones externas y que en la etapa uno de “análisis de resultados” se explica el por qué el grupo se constituyó de puras mujeres.
- Respecto a las edades, vemos que todas ellas son de la misma generación; por lo que responderán a la situación a partir de sistemas de valores semejantes. (Díaz, 2002)
- En cuanto a los criterios de selección planteados en la Etapa 1, es pertinente recalcar que a partir de las entrevistas preliminares, se escogió a aquellas que contaran con la suficiente “fuerza yoica” para afrontar la situación grupal, como tensiones por enfrentamientos, por rechazos y/o por preferencias; que pudieran dialogar directamente, y que tuvieran un mínimo de desarrollo superyoico que le permitirá discriminar “lo injusto de lo justo”, y tener límites internos que les permitan metabolizar sus pulsiones primarias. Con ello, se descartó a una integrante la cual presentaba rasgos esquizo paranoides.
- A su vez, de acuerdo a las conclusiones de la primera etapa, todas integrantes presentan rasgos narcisistas, las cuales les impide tener una diferenciación real con su hijo, al igual,

tienen rasgos depresivos y mecanismos de defensa proyectivos, de identificación, intelectualización y de formación reactiva consecuentes de su historia de vida.

- Siguiendo con las conclusiones del apartado anterior, se puede observar que todas ellas mantienen una relación con su hijo con cualidades de sobreprotección, idealización y devaluación, causadas por su historia personal la cual está permeada en todas con violencia y abandono de sus progenitores; misma experiencia se repite de manera similar, manifiesta y/o de formación reactiva para con sus hijos; con ello se añade el sistema vincular familiar, el cual se desenvuelve por medio del abandono hacia su hijo por parte de ambos padres, de un modelo adictivo, un pacto criminoso entre ambos padres y de falta de límites.
- Vemos en ellas una elaboración de duelo fallida, imperando la negación, la aflicción, pena/protesta y resentimiento y el impacto ante el saberse madres de un hijo con conductas adictivas.
- Ante estas características de dolencia, el objetivo de la terapia grupal fue que pudieran confrontar su historia de vida con su situación actual, hacer consciente lo inconsciente y pudieran nombrar aquello que las daña e identificar patrones repetitivos a largo de toda su vida; con la meta de elaborar un duelo ante la percepción idealista que tienen hacia su hijo por medio de intervenciones grupales con una lectura psicoanalítica y con técnicas y herramientas de la misma índole.

A continuación se muestra los resultados del análisis de la información del material suscitado en la psicoterapia psicoanalítica grupal.

Desarrollo de la psicoterapia psicoanalítica Grupal

Para iniciar, la psicoterapia grupal inicio con un encuadre, el cual se comprendió las siguientes cualidades:

1. Se establecieron normas verbales y no verbales que sistematizaron los encuentros y con un carácter fijo (horarios, actividad o pasividad del terapeuta y de los miembros, pautas de comportamiento y frecuencia de las sesiones. El cual se cita de la siguiente manera:

“Buenas tardes, el objetivo de este grupo es que ustedes hablen de lo que quieran, de lo que piensan, y lo que sienten, enfocado a sus hijos y a sus sentimientos, a sus vivencias, a sus experiencias pasadas y sentimientos que vayan surgiendo en el momento. En éste espacio se puede hablar de otras cosas, aquí lo que importa es que salga una retroalimentación de entre todos. Nos reuniremos todos los jueves en un horario de 5 a 6:30 pm.

Si algo les incomoda o no les agrada del grupo, de sus compañeras o de mí, es importante que las comenten dentro del grupo, de la misma manera, todo lo que pase en este espacio es confidencial y se quedará entre nosotras. La confidencialidad, como lo hemos visto en los procesos individuales, es también parte básica; también es importante que fuera de este grupo no existan vínculos sentimentales, todo ello para darle respeto al espacio y a ustedes mismas. Para fines de investigación y con aprobación de todas ustedes, las psicoterapias serán audio grabadas y el material será exclusivo para mí, cuidando siempre su anonimato. Es su espacio sean libres de decir qué es lo que piensan y qué expectativas tienen”.

Vemos aquí que el encuadre y contrato psicoterapéutico cumple con reglas propuestas por Valiente (1987), que son: a) verbalización; b) del aquí y ahora; c) de abstinencia; d) de restitución y e) de discreción.

2. El análisis de la información fue a partir de los elementos que compone la terapia grupal, para determinar la pertinencia o no de las técnicas y herramientas psicoanalíticas grupales ante la elaboración del duelo.

Se determinaron categorías en función del marco teórico, en particular se escogió la propuesta de Díaz (2002), quien desarrolla ciertas observaciones que están en dinamismo dentro de los grupos.

Existen una variedad de fenómenos curativos en los grupos, y que cada submodalidad teórica psicoanalítica los describe y los explica, sin embargo, por pertinencia y conveniencia de ésta investigación, se analizaron 6 factores, más la subcategoría de “identificación”, el cual lo integro como elemento sustancial curativo.

Existen algunas otras cualidades curativas propuestas también por la autora, las cuales se van a ir narrando conforme se vayan explicando cada categoría.

Se determinaron como categorías las técnicas de intervención, puesto que se consideró una forma agradable y fácil para explicar y analizar el dinamismo, la narrativa y funcionamiento grupal. Por ende, el lector se encontrará con notas entre paréntesis que evocan el seguimiento de las interacciones del psicoterapeuta con las participantes.

La función del co-terapeuta (plasmada en el cap. IV), fue discutir con el psicoterapeuta fuera del grupo sus observaciones comportamentales de las participantes, al igual que una escucha analítica del dinamismo surgido en el grupo. Como se mencionó anteriormente, él actuó como un

observador; cabe destacar que se integró en la tercera sesión, ya que fue complicado encontrar a un psicólogo comprometido en el trabajo, ante ello, fue necesario realizar otro encuadre en la tercera sesión, para crear un clima cálido y de confianza ante el nuevo participante co-terapeuta, lo que ayudó a que no se sintiera para las participantes como “un intruso”. (No se observó cambios en el comportamiento latente y manifiesto de las participantes ante éste hecho “novedoso”).

Por último, para enriquecer la investigación, se optó por presentar los cambios que las participantes pudieron llegar a presentar. Para fines cómodos y armoniosos, esta categoría, será presentada de manera narrativa, puesto que los identificaron en la sesión de cierre, y que, por ser sintomatológicos no tienen la cualidad de analizarlos con un enfoque psicoanalítico grupal.

Cuadro 2: Elementos del Proceso Grupal

En el siguiente apartado se presentan los elementos que se identificaron dentro del proceso grupal, si bien es claro, que el dinamismo grupal abarca muchas cualidades a investigar, identificar, estudiar y analizar, sin embargo, en esta investigación se optó por identificar solo “los factores curativos en el grupo”, nombrados por Díaz (2002), puesto que con ellos se podrá observar (o no), si la psicoterapia grupal aportó para a elaboración del duelo, lo cual comprende el objetivo de esta investigación.

Por otro lado, por cuestiones temporales, fue imposible extender la psicoterapia de grupo hasta un año (o más, que es lo aconsejable), lo impide observar otros dinamismos que se pueden presentar en el grupo.

No.	Categoría	Subcategoría
1	1.1. Factores Curativos en el Grupo	1.1. Identificaciones
		1.2. Instalación de esperanza
		1.3. Asociación libre
		1.4. Clarificación
		1.5. Confrontación
		1.6. Interpretación

1. Factores Curativos en el Grupo

Los grupos en todas sus vertientes (la familia, el grupo de iguales, grupos institucionales, académicos, psicoterapéuticos, etc., tienen reaccionar en forma adaptativa y con ciertas cualidades que los caracterizan, encontrando de tal manera determinadas formas de responder y de actuar como parte de un sistema el cual les da sentido de pertenencia y de sostén, por ende, las respuestas grupales suelen representar un intento de mantener la homeostasis y la angustia grupal en un nivel tolerable, para que el grupo como psique, siga manteniendo el sentimiento de sostén y de pertenencia. (Díaz, 2002)

Una de las características importantes del grupo terapéutico de esta investigación, fue que todas las integrantes forman parte de un grupo de autoayuda y pertenecen al 4to y 5to paso; lo cual integró un elemento sumamente valioso para el dinamismo de la grupabilidad, puesto que gracias

a la convivencia más o menos prolongada, las participantes han producido fenómenos como la cohesión, la socialización, el contagio emocional, la prueba de realidad, el altruismo, disminución del aislamiento, la búsqueda de ayuda, la tolerancia a la frustración, la confianza, la instalación de la esperanza, la sugestión y la intelectualización de sus sentimientos y un acercamiento a la aceptación.

Algunos de estos factores fueron identificados y analizados en la primera parte de ésta investigación; por ende, se puede afirmar que las participantes se integraron al grupo terapéutico con una experiencia previa emocional, conductual e intelectual de índole curativas, los cuales preparan para el cambio por ende, favorecieron el desarrollo de la terapia psicoanalítica grupal.

Sin embargo, a continuación se determinan otros factores curativos, los cuales, de acuerdo con varios autores, son factores promotores de cambios permanentes, y no únicamente precondiciones para la modificación psíquica como los anteriores descritos, y cuya aparición depende, en gran medida del adecuado manejo técnico por parte del psicoterapeuta.

1.1. Identificaciones

La identificación es un proceso psicológico automático, inconsciente y auxiliar en el proceso del desarrollo, en el cual los individuos asimilan un aspecto, propiedad o atributo de otra persona y el individuo se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste adoptando partes de sus características; de esta manera el yo, se va constituyendo en gran parte por tomar prestado características de otro.

La identificación involucra tres mecanismos: imitación, internalización e incorporación. La imitación ayuda a que el individuo se piense bajo otras esferas de comportamiento y dar paso a

que pueda experimentar nuevas conductas las cuales están permeadas de códigos sociales. La internalización va más allá de la imitación, ésta se refiere a la adopción inconsciente de maneras y formas de conductas referentes al modelo al cual se imita y pueden ir cambiando conforme a las experiencias y circunstancias de la vida del individuo.

Además, las identificaciones se estructuran a partir de las internalizaciones, y constituyen la base y el carácter de la identidad, por ende, son difíciles de modificar ya que mediante ellas se conforma el yo, el súper yo, el ideal del yo, el carácter y la identidad; y es un factor constante en el interjuego de las relaciones que se establecen entre el sujeto y sus vínculos objetales primarios (la familia), por tal, las identificaciones dependerán de la calidad y naturaleza de dichos vínculo primarios, y éstos moldearán la forma y el contenido del dar y el recibir afectos como el amor, piedad, envidia, odio o rivalidad; mismos que se manifestarán a lo largo de la vida del individuo basándose en modo, intensidad y cualidad de éstas.

Las respuestas identificatorias, de acuerdo con Díaz (2002), es uno de los mecanismos más importantes para la función terapéutica del grupo, ya que al observar las circunstancias, sentimientos, pensamientos y/o conductas de un miembro con una constelación problemática similar, los demás pueden experimentar las mismas emociones y aprender a solucionar sus propios conflictos.

Ana, sesión 1:

“... yo escuchaba a las compañeras y me pasó lo mismo: Mi hijo llegó a consumir este...yo me acuerdo muy bien el día en que él se me fue de la casa porque se había metido un chingo de pastillas, se hizo un cóctel, andaba mal...”

Carmen, sesión 1:

“...pues bueno me consterna, y me uno a ustedes porque estoy viendo que no es algo ajeno a mí...”

Evelia, sesión 1:

“...Bueno, este pues, escuchar a mis compañeras, y yo estaba igual, ahora hago muchas cosas, ¿no?, primero les puedo decir que mi vida ya está bien, ¿no? Ya está controlada ahora si ya...”

Las participantes en la primera sesión comienzan a hablar de sus afecciones, pueden reconocer que todas comparten historias similares y con ello se sienten libres de hablar de sus problemáticas. De acuerdo con Díaz (2002). Las identificaciones “puede facilitar el desarrollo de funciones yoicas deficientes, disminuir defensas incapacitantes y reemplazar objetos internos extremadamente severos por otros menos punitivos”.

A la mitad del tratamiento, una de las participantes, por medio de la asociación libre, comenta lo siguiente:

Carmen, sesión 5:

“...entonces, en ese momento si le dije a mi hijo: “sabes que si tú crees que tu problema no tiene solución y para ti la solución es matarte realmente, discúlpame ¡Qué pendejo eres!...”

Lo que dio paso a que dos de las participantes quienes sus hijos presentan conductas suicidas hablaran sobre ello:

Evelia:

“...Mi hijo es una persona de un carácter agresivo, muy agresivo; en una ocasión se sentía muy frustrado y enojado con su pareja, tomó un chingo de pastillas queriéndose matar, no es la primera vez que lo hace. (Llanto)...nunca había dicho esto, me daba mucha vergüenza”

Gracias al contenido de las otras participantes, Evelia, pudo comentar una vivencia dolorosa, fue un momento de catarsis, de acuerdo con Díaz (2000), la catarsis conduce a poder decir lo que molesta, aprender a expresar los sentimientos y otorga un alivio emocional. Aunado a la catarsis, se presenta el principio curativo de Universalidad, con el cual, la participante, por medio de identificaciones logró verbalizar y expresar emocionalmente el tema temido del suicidio. A partir de ésta sesión, Evelia pudo realizar más asociaciones libres y pudo desenvolverse de forma armónica y fluida con el grupo.

1.2.Instalación de Esperanza

La creencia y la fe en el tratamiento es necesaria para mantener a los pacientes en la psicoterapia ya que éstas funcionan como una alta expectativa que se correlaciona con un resultado positivo dentro de las sesiones actuando a través de la esperanza y convicción consciente.

Las curaciones por la fe suprimen los síntomas y es un elemento importante para el trabajo elaborativo psíquico, sin embargo, ésta implica la aceptación, pero no la resolución de los conflictos que puedan estar cristalizados.

Bere, sesión 1:

“Bueno, yo espero de este grupo, pues, tener las respuestas, a lo mejor a veces, para poder tratar a mi hijo, ¿no? Este, yo la verdad, mi hijo yo no sé qué posición este ahorita, o sea, un

día, ahorita yo lo veo muy tranquilo ¿no? Pero, hace meses, pues, antes de la boda, de su boda, pues, él si me trajo completamente en jaque...”

Evelia, sesión 1:

“Pues, yo la verdad sí quisiera a veces entender cómo le tengo que hablar, porque llegó un momento en el que habló conmigo que se quería suicidar, ya no estaba aquí pues, lo que tú quieras hacer, ¿no? En ese momento tuve que agarrar el valor, pues, de contestarle que, pues, es tu decisión.

Ana, sesión 1:

“...yo la verdad espero de este grupo tener la respuesta de cómo tratarlo, de cómo decirle cómo va provocando daños...”

Diana, sesión 1:

“De esta terapia, yo espero, es el de alguna manera sanar esas heridas, ¿no? Hablar de esa culpa, que es lo que me ha traído toda la vida como que atada, cómo sanar esa culpa que me han impedido llevar una vida sana”...Eso es lo que yo quiero de alguna manera sacar de aquí, como no permitirme que me haga daño, y por lo tanto, poder ayudarlo porque si te estorban no puedo hacer nada por él.

Carmen, sesión 1

“...pues ¿qué espero de esto? llevarme herramientas para mí, para mí..”

Se observa cómo todas las participantes tienen esperanza y una cierta motivación al tratamiento, lo cual es el factor más importante, ya que tienen que estar dispuestas a soportar la pena de revelar sus experiencias íntimas cargadas de culpabilidad, además de estar comprometidas en tiempo y espacio para el tratamiento y renunciar a las ventajas secundarias de su padecimiento

1. Lo que responde el supuesto de “ Grupo de trabajo”, en el cual, las participantes actúan con esfuerzo y cooperación, hacen uso de la racionalización para promover su crecimiento, tienen los objetivos claros, existe libertad para expresarse y apertura a las opiniones, hay un clima de tolerancia y respeto; también, el conflicto se extiende a todo el grupo, promoviendo comentarios y opiniones de un problema y existe una autoevaluación continua.

Asociación Libre

La Asociación libre se refiere al método principal de producir material en el psicoanálisis, el cual consiste en que el paciente debe de expresar todos sus pensamientos, sentimientos, fantasías y producciones mentales en general, según le vayan surgiendo en su cabeza y sentimientos sin exclusiones o restricciones algunas; por lo general se inicia después de haber concluido las entrevistas preliminares.

La asociación libre no es un factor terapéutico primario, sino un producto del vencimiento de las resistencias a la emergencia de lo reprimido, que a su vez la favorece, por ende ésta es un factor necesario, más no suficiente para lograr el cambio.

Carmen, sesión 8:

“...yo sentada viendo la pinche hoja porque no pude apuntar una pinche virtud y yo le decía: “es que yo no tengo virtudes” ¿no? o sea en qué momento se... ¿en qué momento yo me anulé como persona para no pensar o creer que yo podía?...”

Antes de ésta frase, la participante había estado hablando por un tiempo más o menos prolongado, mi actitud fue de disponibilidad y atención para continuar siendo un objeto amado, bueno y protector, incitando la transferencia positiva y permitiendo abrir vías psíquicas por las cuales pueden penetrar nuevas formas de vinculación externa para el grupo.

Permanecí en silencio y no cuarté su asociación; mi **silencio** fue mi intervención, porque con él, le comuniqué mi disponibilidad, mi atención, tolerancia, mi actitud sin crítica y mi esfuerzo por comprender.

A la vez, mediante la asociación libre, se pudieron disminuir defensas grupales y pudieron llegar a la conciencia de emociones opuestas o sentimientos encubiertos.

Diana, sesión 4:

Bueno, este pues, escuchar a mis compañeras, y hago muchas cosas, ¿no?, primero les puedo decir que mi vida ya está bien, ¿no? Ya está controlada ahora si ya... a fin de cuentas, pues, ellos se tienen que dar cuenta de su realidad. (...)

o sea me duele mucho mi hijo pero yo ya no puedo hacer nada... trato de vivir mi día, mi día ¿no?, mi hoy ¿no? Como les comento, esto para mí fue algo bien importante ¿no? ocurrieron muchas cosas ¿no?, dentro de ello en este taller ¿no? Quiero aprender más ¿no? Porque las situaciones a veces bajan, suben y digo: -¿qué hago? ¿no? , -no puede ser, creo que si estoy mal.

Carmen, sesión 9:

“... Ahora comprendo que se tienen que dar en la madre, lo entiendo y no puedo hacer nada, no puedo ponerme de colchón, y no puedo... no puedo dar más, no tengo, no puedo...”

Por medio de la libre asociación, el grupo logra hacer consciente sus dolencias, aceptando que no pueden vivir sin dejar de pensar en sus hijos, esto es un punto favorable: el reconocimiento de emociones a través de identificaciones, para un trabajo de duelo.

1.3. Clarificación

La clarificación es un tipo de intervención verbal la cual resume, sintetiza, y subraya la comunicación del paciente, teniendo como finalidad poner de relieve los aspectos más esenciales de lo expuesto, para incitar e invitar al paciente a continuar con su comunicación.

Su objetivo es extraer los detalles significantes y separarlos cuidadosamente de la materia extraña con la finalidad de que el paciente se detenga a observar sus asociaciones y brinde más información.

Se emplea cuando el terapeuta tiene interés de que el paciente siga con su relato y hacer referencia a los elementos explícitos narrados y dejar a un lado la connotación del material inconsciente. La clarificación crea un ambiente de serenidad que propicia la relajación de los mecanismos defensivos. (Coderch, 1990), a continuación podemos ver algunos ejemplos dónde la técnica de clarificación:

Ana, sesión 3:

” Recuerdo que mi madre nunca estuvo, yo, soy la mayor de mis 4 hermanos, mi padre nos dejó cuando mi madre era muy joven, entonces yo siempre tuve que cuidar de mis hermanos, de protegerlos y cuidar la casa también, ellos me veían como su cuidadora y se sentían protegidos..”

Ps: “Al parecer has sido madre desde chiquita”

Ana: “ Pues si, ese papel tuve que ser, sino era yo, ¿quién?, ahora me doy cuenta que yo nunca pedí ser madre...”

Por medio de la aclaración, la participante logra enunciar su rechazo a ser madre, aunque en su consciencia habla de forma pasada: “ser madre de sus hermanos”; pero la lectura que se hace es que no quiso ser madre de su hijo, aunque no era momento de realizar dicha interpretación. Sin embargo, el material que la participante logra enunciar por medio de la aclaración, no sólo ella lo nombra, sino, que hubo respuesta de las demás participantes del grupo. Evelia comenta lo siguiente:

“ Es muy difícil dejar de hacer lo que ella era antes, yo siento que es un comportamiento aprendido desde toda su vida. Yo desde que tenía cuatro, cinco o seis años era así, también tuve que cuidar, y hoy que tengo 56 y no puedo dejar de hacerlo. ¿Cómo no lo hago? ¿no?.

Explíquenme con qué se come no hacerlo, porque no tengo idea de cómo ser otra persona”

Podemos ver que en el grupo existen resistencias, la psique grupal opera para no salirse de su etiqueta de “ser madres protectoras”, por el temor a descubrir que la sobreprotección son deseos inconscientes de agresividad y violencia para su hijo.

Por lo que éste fenómeno atañe al principio de placer/displacer, Kaës (2000) en el cual el grupo evita la excitación excesiva interna y mutua, evadiendo la angustia, proporcionando experiencias placenteras, en tanto que el sujeto experimenta la satisfacción de necesidades y pulsiones, tiene una sensación de protección, de escucha y de cuidado, (placer), dicho placer es el de seguir siendo lo que les dijeron que eran: “buenas madres”. Un mandato superyoico que provenía del exterior, y conforme se identificaron con él, lo introyectaron, se volvió suyo y se convirtió en mandato superyoico interno, del cual el grupo está “cómodo”. Se podría sugerir que por medio de confrontaciones e interpretaciones a lo largo del proceso, puedan lograr descolocarse de su etiqueta.

En la sesión 6, ocurre lo siguiente:

Carmen:

“..Creo que su problema soy yo”... (Refiriéndose a su hijo)

Ps: *Si ya sabes cuál es el problema, ya tienes la solución*

Carmen:

La solución es solucionarme a mi primero. (Risas)

Después de una confrontación, que al principio la rechazó, luego logró aprehenderla, se realizó la aclaración y hubo una modificación discursiva subjetiva.

En la sesión 7 se presenta lo siguiente:

Ana, sesión 7:

“...El fin de semana me dediqué a mis plantas, amo tener un jardín bonito, siempre he cuidado mucho de mis plantitas, pero últimamente las había olvidado, ahora, el fin las consentí y puse mi

jardín bello, como antes, amo hacer eso, me hace sentir muy bien; siempre lo he amado, mi madre me enseñó eso...”

Ps. sesión 7:

Por lo visto estás recuperando los espacios amorosos y cálidos con los que creciste, creo que estás recuperando quién eres tú y de qué estás conformada.

Ana: (con una sonrisa me comenta): “¡Si, esa soy! Y espero ya no perderme”.

Ps.: Al cuidar tus plantas te cuidas a ti misma, no creo que te vuelvas a perder, ellas estarán ahí para recordarte quién eres. (Ésta intervención tiene la modalidad de ser sugestiva)

Se puede observar un cambio de comportamiento ante su vida, cuidando y respetando sus espacios es una manera de poner límites subjetivos y conllevar a la diferenciación-individuación, lo que apuntaría a un avance en la elaboración del duelo. Vemos que puede optar por mecanismos de sublimación, y dejando la ira, rabia e impacto que caracterizaba sus respuestas ante conflictos con su hijo. (y en realidad como modalidad defensiva ante cualquier problema).

1.4.Confrontación

Se utiliza para dirigir la atención del paciente hacia aspectos de su comportamiento o de sus verbalizaciones de los que no se ha percatado adecuadamente, pero que, mediante esta intervención, puede ser capaz de y reconocer por sí mismo.

Se usa cuando el terapeuta crea necesario que el paciente profundice su pensamiento alrededor de un hecho que en realidad es consciente, pero que no ha querido o podido reflexionar. Pone a relieve las omisiones o repeticiones importantes del paciente, así como aquellas partes de sí mismo que están fuera de la realidad de manera muy notoria; también la confrontación se usa para resaltar

comportamientos, sentimientos o pensamientos que muestre alteraciones notables en el funcionamiento del yo, a fin de preparar el camino para un mejor esclarecimiento de los mecanismos de defensa o fantasías inconscientes que provocan un disfuncionamiento psíquico. (Coderch, 1990).

Con la confrontación, el terapeuta pone frente a frente dos elementos simultáneos y contrastantes, que pueden darse tanto en el material verbal como en la conducta”, haciendo énfasis en que hay algo erróneo en el comportamiento, discurso o actitud del paciente, o bien, que existe un olvido que debe subsanarse; en consecuencia, el terapeuta dispone la mente del paciente para el insight. (Coderch, 1990)

Carmen, sesión 7:

“Estoy muy cansada y fastidiada con todo esto, no puedo ni siquiera estar en paz en mi propia casa, mi hijo ya hizo su vida, y aún sigue llegando con su esposa sin avisar, tiene llaves, ¿puedes creerlo?, ¡como si todavía fuera su casa!, ¡no respeta!”

Ps: *Dices que ya estás cansada, pero por lo visto no haces nada para proteger tu hogar, las puertas de tu intimidad siempre están abiertas.*

La participante se quedó callada y comenzó a reírse, posterior de su silencio, comenta lo siguiente:

Carmen: *“Siempre he sido un libro abierto, he dejado que vean todo de mí, no me he respetado, tampoco mi casa... tengo que cambiar la chapa.”*

Ana interviene y comenta:

Ana, sesión 4: ” *Yo creo que primero podrías hablar con tu hijo, no hay necesidad de llegar a esas medidas, yo hablo mucho con mi hija siempre, de sus parejas, del sexo, de las drogas, porque no quiero que haga lo mismo que su hermano mayor... (continúa con material verborrérico) .*

Se pudo observar que por medio de la confrontación que la participante logró no sólo aceptarla y observar una contradicción entre lo que dice, hace y piensa, sino, que también hizo resonancia en su inconsciente. Sin embargo, operó la resistencia al no hablar de lo que internamente proponía: el hecho de que han transgredido su intimidad, y concluyendo que la solución es únicamente manifiesta: “cambiar la chapa”.

Se podría leer que se rehúsa al tema inconscientemente, porque toca aspectos de la sexualidad, agresión y/o transferencia. (La participante tiene historial de abuso, y como se sabe, los temas de violencia se deben atender de forma paulatina, por tal, se decidió no suscitar a la participante a generar material inconsciente, ya que son pocas sesiones sujetas a los objetivos previstos; sin embargo, se hace la lectura analítica de su discurso para fines de entendimiento del psicoterapeuta)

La parte resistencial y protectora del psiquismo grupal, lleva material superficial para evadir lo inconsciente por medio de la verborrea y de “los consejos”. El grupo trata de continuar con el principio de placer.

En la sesión 6, ocurre lo siguiente:

Carmen:

“ No le puedo negar la comida a mi hijo, él abusa, y no tenemos dinero para estar compre y compre, pero tampoco me puedo enojar con mi hija porque le dice de cosas a su hermano, ya

que ella es la que más aporta a la casa, estoy cansada de esos pleitos y de ser la que siempre termina mal tratando de resolverlos”

Ps: *Dices que estás enojada, pero llevas tu problema a tu hogar, a tu intimidad. (La participante comentó sesiones anteriores, que ella le pidió a su hijo que permaneciera en casa de ella, por “miedo”).*

La participante se queda callada, cruza los brazos y se asombra de lo que comenté.

Carmen, sesión 6:

“Cómo que no hago nada, yo soy siempre la que trata de resolver todo, todos sus problemas, ya me cansé que mi hijo siga en la casa, sólo lleva problemas... creo que tengo que dejarlo ir y que viva dónde siempre quiso, creo que su problema soy yo” ... (Silencio).

La participante se enoja por la intervención, sin embargo, logra decir que “no hace nada para resolverlos”, y se puede observar material de diferenciación e intentos de separación con la simbiosis que existe con su hijo. (Posteriormente se realiza una clarificación, regresar a dicha categoría para su lectura).

1.5. Interpretación

“Está diseñada para transmitir la comprensión del significado dinámico o latente de la conducta y comunicaciones de los pacientes y el de los sucesos que afectan al grupo” (Díaz, 2002)

Mediante ella se explica y se da a conocer a los sujetos y al grupo el sentido inconsciente de sus manifestaciones verbales y de sus comportamientos que dirigen y condicionan sus relaciones objetales, sus deseos, ideas e intereses. A través de ella, el grupo debe ser consciente de la

vinculación existente entre sus ansiedades, fantasías inconscientes, sus defensas ante las mismas y sus dificultades en la vinculación objetal. (Coderch, 1990)

Greenson (1976), menciona que la interpretación es el instrumento último y decisivo. Todos los demás procedimientos preparan la interpretación o la amplifican, y ellos mismos quizá tengan que ser interpretados. Interpretar significa hacer consciente un fenómeno inconsciente; lo que quiere decir que el paciente trae a la conciencia el significado, el origen, la historia, el modo o la causa inconsciente de un suceso psíquico dado.

A continuación se narra lo sucedido en la sesión 9:

Evelia llega apurada a la sesión, se le nota agitada y con sudoración, trae consigo tres bolsas cargadas dos de ellas con fruta y despensa, la otra con café y galletas para el grupo y carga también con su bolsa de mano. Comienza la sesión, y cuando le pregunto que cómo está, se genera lo siguiente:

Evelia, sesión 9:

“estoy muy bien, ahorita vengo corriendo del trabajo, ahí estoy estresada, pero bien, gracias, hoy si, muy bien.

Ps: Si, te vi que llegaste un tanto agitada, vienes con cosas cargando.

No se logra que le resonara la intervención interpretativa, por lo que contesta:

Evelia: “ Si, todo es para mi casa, ya sabes, la despensa y unas cuantas cosas para el grupo ”

Ps: Siempre cargas con todo, ¿Por qué no sueltas?

Evelia:

"Si, me cargo todo, y es enfermizo, es como tomar un cachito de cada quien, me lo pongo, lo cargo, y no sé por qué.... (Silencio)

"Fíjate que desde que yo era chiquita era así como que la niña apartada, la niña que podía hacer todo. Entonces yo me bañaba sola, mientras que a mis hermanos los bañaban, yo comía sola y a ellos tres les daban de comer, yo dormía sola y ellos tres... y yo iba creciendo y siempre fue una lucha mía por no querer crecer y ser parte de ellos, porque me sentía afuera y cómo la mujer barbuda del Circo ¿no? haz de cuenta que eso me creía yo, yo jamás en la vida tuve novio hasta que llegue aquí a Cuernavaca que tenía 30 años cuando empecé a salir con alguien ¿no? ya que no estaba además en mi casa, y ese alguien pues estaba conmigo sólo porque le gustaba el sexo"

La participante logró hacer insight, comenta de dónde proviene su carga, habla del pasado y su repercusión en el presente, no operó la resistencia y se hace nuevos cuestionamientos que la pueden llevar a una modificación estructural y consecuentemente a una elaboración del duelo.

Ana, sesión 9:

"...Yo si le dije a mi hijo: - que te vaya bien, que dios te bendiga, vete, adiós. Y ahorita que ando en esa pinche posición de que digo ya no me voy a enganchar con nadie porque neta nadie merece que yo este mal y yo vea a todo el mundo con su cara de felicidad-..."

Ps: Te molesta que ellos puedan ser algo que tu nunca has experimentado"

Ana: *“No es que me moleste, pero estoy tratando de ya no engancharme con las personas, porque la verdad ya me he dado cuenta que lo dañino es eso, que yo me engancho con las emociones de las demás personas y todas las demás personas andan como si nada...”*

La participante rechaza la interpretación, en su discurso se deja ver una desestimación. Sin embargo continúa comentando lo siguiente:

Ana:

“...Creo que me voy a volver medio egoísta, o egoísta completamente porque también a mi pareja le he dicho que ya no quiero estar con él, no quiero estar con nadie, necesito un tiempo para mí, siempre he dado todo, y no me corresponden, ya a la fregada todos, ellos si pueden hacer su vida, y yo no, no es venganza ni nada, solo que quiero disfrutar, nunca he podido hacerlo, mi padre siempre me controló...”

Ps: Entonces es con tu padre con quien estás verdaderamente enojada y te quieres vengar ahora con otras personas ya que en el pasado no pudiste hacerlo con tu padre.

Ana:

(Silencio) Creo que ante la ausencia de mi esposo empecé a ser permisiva, sintiendo que al mimarlos supliría esa ausencia y empezando a perder desde ahí su autoridad como madre, dejándole al dogma social el poder de la educación y límites en mis hijos.

La participante puede hacer regresiones aunque no tan profundas, se observa un cambio discursivo a nivel subjetivo, puede nombrar la ausencia y el desencadenamiento de su comportamiento. Sin embargo este discurso se podría pensar que inconscientemente evade la

interpretación, y racionaliza su padecimiento actual, colocándose como la culpable y víctima de la problemática de sus hijos.

Inmediatamente, Bere comenta lo siguiente:

Bere, sesión 9 :

“Me siento confundida, como enojada.

Ps: ¿Tiene algo que ver con el enojo hacia tu padre?

Bere:

*“No lo sé, probablemente, fijate que con todo esto del funeral, es una gastadera de dinero, nadie de mi familia me apoya, mi hijo, pues ya sabes, con sus problemas de drogas, extraño a mi padre”
(llanto).*

Ps: Te enoja que te haya dejado como lo hizo cuando eras niña

Bere:

(llanto), lo extraño mucho, pero también estoy enojada con él por abandonarme, no sé qué hacer, me siento sola.

Fue posible en ésta sesión nuevos planteamientos ante su propia vida y mundo interno, el grupo pudo nombrar afectos ominosos hacia sus figuras de amor, lo que encamina a poder nombrarlos también con su hijo, encamina a que se puedan confrontar, elaborar un duelo y separarse no violentamente, como muchas de ellas lo han querido hacer, sino, separar su psique.

Éste material discursivo fue mostrado en la penúltima sesión, lo cual se puede leer como una neurosis de transferencia ante el terapeuta como deseo de continuar con las sesiones terapéuticas y seduciendo: “Mostrando lo que el psicoterapeuta quiere ver”.

Observemos ahora lo que acontece en la sesión 6:

Diana, sesión 6:

“Ayer estaba tan enojada con todos, tenía muchas cosas en mi cabeza, sentí que le contesté mal a mi comadre y las señoras de la reunión, me siento culpable, van a creer que soy una maleducada, temo que no me quieran hablar, eso me mantiene preocupada y algo ansiosa.

Ps: sesión 6: *No eres tan importante, para tu comadre y sus amigas tengan una reacción tan abrupta.*

Diana: Guarda silencio, se ríe en tono nervioso y se queda pensando.

Con esa intervención de tipo interpretativa, apunta directamente hacia su narcisismo, despojándola de todo ideal omnipotente del que ella misma se piensa, con ello se pretendía reducir la culpa no sólo de su evento presente, sino que resonara en su inconsciente.

a) Cambios en el discurso sintomáticos.

A continuación, se presentan algunos cambios a nivel conductual, de pensamiento y sentimiento, que las participantes comentan tener a raíz de la psicoterapia grupal, cabe destacar, que la información es a nivel consciente y es la autopercepción de ellas mismas. (Para evitar interpretaciones y sesgos, los comentarios que se presentan son textuales, pero plasmados en segunda persona).

Ana comenta que:

- El grupo le sirvió mucho puesto que se pudo liberar, sentir comprendida e identificarse con sus compañeras.
- Menciona que antes de venir no entendía muchas cosas y que eso no le permitía vivir en plenitud. El grupo le ayudó a soltar la dependencia hacia el papá de sus hijos, y gracias a ello dice tener ahora una mejor relación.
- Por otro lado menciona que encuentra tranquilidad y con ello es capaz de afrontar la realidad.
- Ella comenta que a pesar de que su familia es muy importante, su entorno familiar sigue siendo igual de destructivo, pero que su decisión es de no volver a su casa pese a los comentarios de sus hijos de volver.

Bere comenta que:

- Menciona que las sesiones le sirvieron para darse cuenta de que no es culpable de que su hijo se convirtiera en adicto.
- Sigue en la postura de soltar a sus hijos y no seguir haciéndose cargo de sus problemas dejándolos hacer su vida y hacerse responsables de su propia vida.
- Se siente tranquila de ir solucionando las cosas con su hija e ir mejorando el trato con su hijo.

Carmen comenta que:

- Ve en el grupo una identificación con sus demás compañeras y se siente liberada al haber venido.
- Comenta que antes se sentía disgustada y enojada con su hijo, ahora ya lo puede hablar sin pena y que eso le ayuda.

Diana comenta que:

- Se sintió liberada en el grupo y le ayudó a darse cuenta que no era la única en el problema que enfrentan otras madres teniendo hijos adictos.
- Menciona que ha podido dormir mejor y ha reducido el uso de cigarrillos.

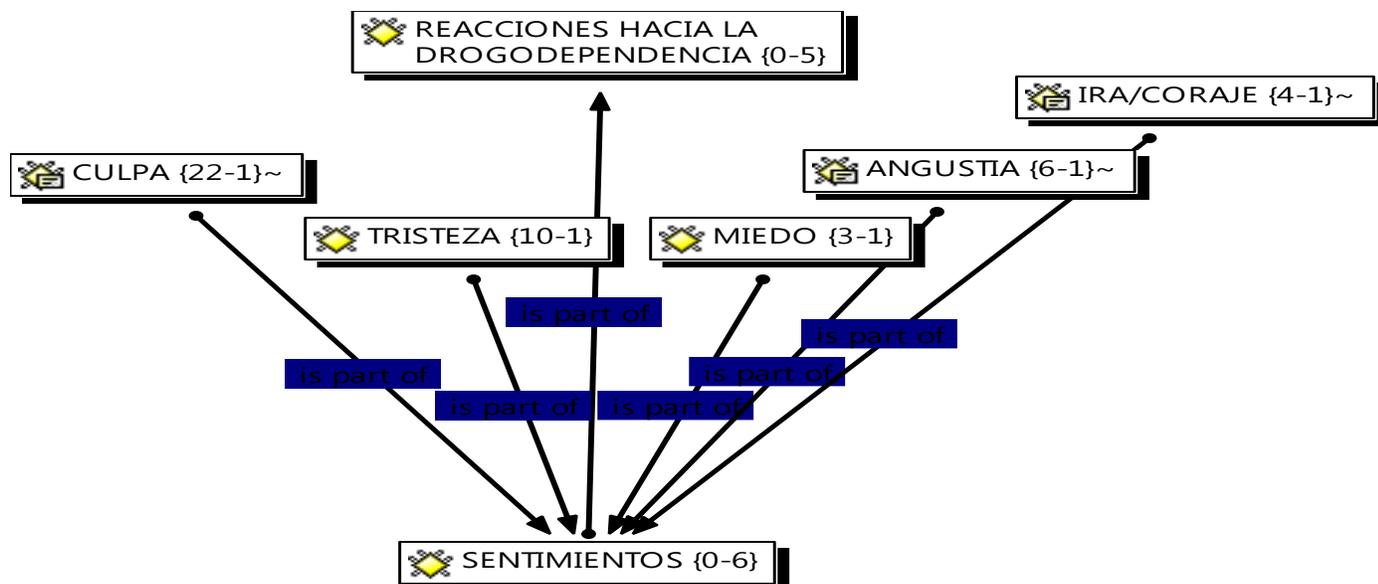
Evelia comenta que:

- Pudo darse cuenta de patrones que repetía en el presente hacia su familia y en especial a su hijo.
- Comenta que fue liberador hablar de su vida y de su niñez.

Discusión Conclusiones

Conclusiones de la primera etapa

Al analizar los resultados, se manifiestan sentimientos, conductas y pensamientos que las limitan en su vida cotidiana ya que éstos se expresan abrumadores, por tal, se piensa que sus reacciones intensas son consecuentes de identificaciones y proyecciones ante sus hijos puesto que las madres ven el hijo lo que ellas fueron, lo que no pudieron ser o lo que hubiesen querido ser. Es un desgarramiento del ideal del hijo perpetuo en su psique, y con ello, inconscientemente temen perder el representante narcisista que le otorga su hijo como sostén de madre y de completud yoica, reaccionando con ira, culpa, tristeza, ira y angustia acompañadas generalmente con respuestas somáticas.



De tal forma, se piensa que las madres tienen rasgos de personalidad con predominio narcisista, y cuyos deseos y necesidades fallidos en la interacción vincular con sus hijos produce sentimientos caóticos que irrumpen su armonía psíquica.

Ante el saberse madres de un hijo con conductas adictivas, se observa que la culpa es el sentimiento que impera, la cual se produce por un mandato impuesto del exterior que estipula cómo se debe ser “una buena madre.

Bloch (1985), mmenciona que el sentimiento de culpa conlleva además una expectativa de castigo causada por las propias ideas de la mujer que se siente responsable de la situación, y que la culpa es causada por un conflicto con el ideal del yo, con el modelo ideal de madre y de

mujer, como “se supone que deberían ser las mujeres madres”. Y, también, con el superyó, que, como dice Freud, viene siempre de las generaciones pasadas: las sagradas obligaciones.

La angustia se observa como consecuencia, y surge por la rabia narcisista, el fracaso de su omnipotencia y control hacia el objeto, interiorizando y un mal auto concepto que contradice la grandiosidad de ellas; percibiéndose como fracasadas, frustradas e impotentes.

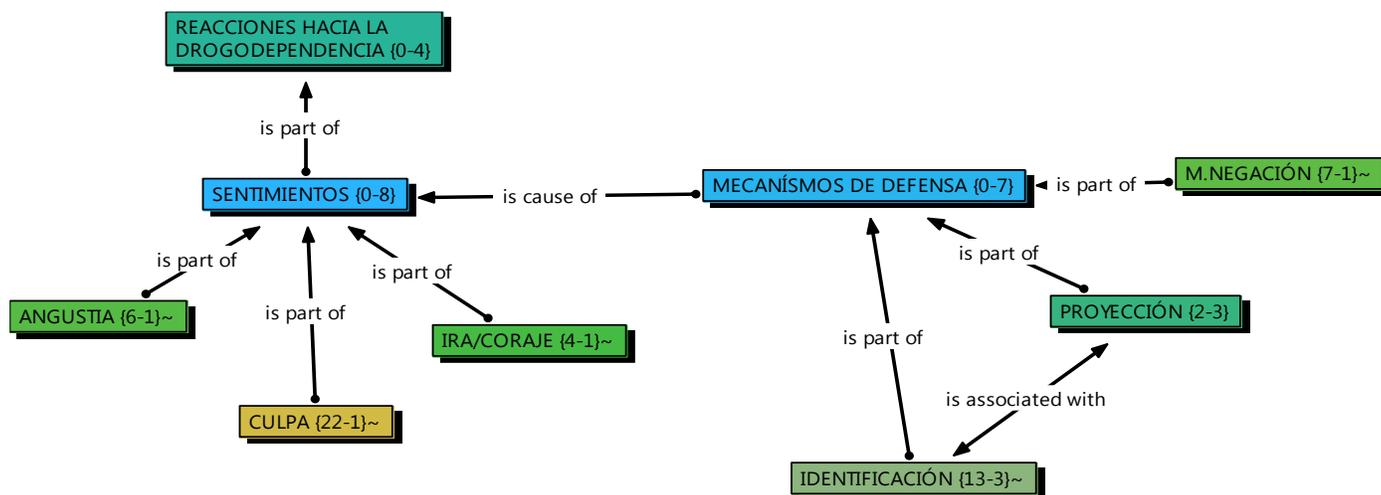
Inconscientemente, el miedo y el enojo son realmente hacia ellas mismas por no ser “una madre totalmente buena”, opera la negación para sostener su imagen ideal, por tal, tienen conductas autodevaluadoras que funcionan como una salida masoquista para castigarse de toda la culpa.

La tristeza se manifiestan cuando la negación e idealización ya no operan y la realidad del hijo rebaza cualquier tipo de fantasía que tuvieron para y con él. Se podría decir que la tristeza da paso a una elaboración auténtica ante la pérdida del ideal del hijo y al trabajo con las identificaciones y proyecciones puestas en él.

Como ya se mencionó anteriormente, las madres luchan inconscientemente por no perder esos ideales hacia sus hijos y hacia ellas mismas por medio de mecanismos de defensa proyectivos, mecanismo de identificación y de negación, y mostrando así un comportamiento aparentemente de sobreprotección y/o de devaluación hacia el hijo para perpetuar la imagen fantástica, omnipotente y narcisista que ellas tienen de sí mismas en su función de madre.

Por tal, se entiende que su amor narcisista es, lógicamente un amor hacia ellas mismas, y que buscan su satisfacción mediante esfuerzos frenéticos para ser admiradas y “amadas”. (Freud (1914), dirá que ese amor narcisista es una relación con el otro o aspectos del otro, pero visto como propio o como sí mismo. Por ello, a través de la identificación con el hijo la madre tiene la posibilidad de superar las frustraciones infantiles sufridas por sus propias figuras de amor.

Por tal, se entiende que las reacciones observadas son a causa de la negación, proyección e identificación; mecanismos defensivos como estrategia psicológica inconsciente para serle frente a la realidad formal y psíquica para no llega a la consciencia; a continuación se observa la relación descrita:



El mecanismo de negación aparece en el momento que surge el impacto de conocer la drogodependencia del hijo, sin embargo, la negación se fue elaborando en las entrevistas por medio de sus redes de apoyo, tal como lo es el grupo de AA al que han acudido desde antes de saberse madres de un hijo con problemas de drogadicción; éste grupo las ha ayudado a contener sus impulsos agresivos y hostiles en relación con su hijo y consigo mismas, además, han podido acceder a mecanismos de defensa secundarios, impidiendo la descarga inmediata y voraz de sus emociones, por ende, las conductas que más imperan en la reacción hacia la drogodependencia del hijo, es la búsqueda de ayuda; ya sea por medio del grupo de AA, el acercamiento espiritual o la búsqueda de otras redes de apoyo, como lo son sus grupos de iguales.

Además, ante los sentimientos que experimentan, en las madres también se juegan mecanismos de defensa más elaborados, como lo es la intelectualización, éstos posiblemente sean consecuentes a las vivencias que tienen en el grupo de AA y a su permanencia prolongada que han tenido dentro de él, ya que todas se encuentran en el 4to y 5to paso, lo que significa que ya han elaborado patrones mentales en función a la literatura de autoayuda que han manejado durante años, y conducta estereotipadas para la contención y prolongación de sus emociones intensas.

Sin embargo, la contención y la racionalización que tienen gracias a la búsqueda del grupo de AA, les impide acercarse al entendimiento de sus verdaderos impulsos y deseos, manteniéndose en un estado de negación inconsciente. Ninguna ha podido realizar un verdadero insight, por tal, mantienen reacciones que desequilibran su cotidianidad y sus emociones. Por lo tanto, si aún no hay insight, no pueden acceder al origen del dolor, entonces, existe una engañosa elaboración del duelo.

Se podría pensar que se encuentran en la etapa de duelo elaborativo, la cual se caracteriza por el enfrentamiento con la realidad de lo que está pasando de manera que comienzan a depositar la libido en otros objetos de amor, sin embargo las conductas que se muestran sugieren que existe en ellas un congelamiento y estancamiento en la elaboración del duelo, ya que experimentan un sufrimiento interno el cual racionalizan, pero cuando sus defensas fallan, lo pueden externar, además, tienen conductas de mucha agresión tanto para ellas mismas como para las personas que las rodean, se observan conductas obsesivas, controladoras y un sentimiento de abandono abrumador por la ausencia del hijo imaginario, lo cual sugiere el estancamiento del duelo. Además manifiestan respuestas psicósomáticas como las quejas corporales o incluso afecciones corporales, todas en relación a los padecimientos sintomáticos de su hijo.

O bien, pueden manifestar conductas maniacas como el fumar en exceso, realizar múltiples actividades al día, trabajo en demasía o una sobreprotección, lo cual todas estas conductas aluden a una reparación maniaca puesto que tratan de controlar la ansiedad depresiva ante la pérdida narcisista por medio de fantasías omnipotentes y comportamientos compulsivos; de esta manera, se podría controlar y dominar los objetos malos representados en el hijo, y salvar, restaurar y perpetuar los objetos amados e idealizados (el hijo ideal, y un self grandioso y omnipotente), negando así la realidad y deteniendo el trabajo elaborativo del duelo.

Al unísono, también es posible encontrar reacciones depresivas, éstas se presentan cuando las madres comienzan a separarse del objeto amado, a aceptar por medio de racionalizaciones e intelectualizaciones el desprendimiento simbiótico que han mantenido a lo largo de su historia respecto al vínculo con su hijo; lo que causa gran vacío, al saberse incompletas, fracturadas y tentadas directamente contra su narcisismo y omnipotencia maternal.

Vemos entonces, que lo expresado se corrobora con los planteamientos teóricos del duelo presentados, y se puede afirmar que las entrevistadas no pudieron tolerar la frustración de sus necesidades tempranas y la ambivalencia del objeto; por ende, en la actualidad ante la pérdida simbólica del hijo, experimentan desequilibrios en su actuar, pensar y sentir, atentando en ciertas ocasiones el bienestar psicológico y pudiendo desarrollar cuadros psicopatológicos como lo es la depresión, la manía, adicciones, trastornos del sueño, ansiedad, inhibiciones en su actuar cotidiano, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas.

Al analizar el funcionamiento y las características familiares, se determinó que la adicción del hijo opera como un síntoma de la patología familiar, es él quien cumple la función de depósito de las ansiedades de los demás miembros, lo que significa que es él quien carga con los aspectos patológicos del resto de sus integrantes, convirtiéndose como “el portavoz de las necesidades de la familia”.

Se afirma que en las entrevistadas el hijo ocupa la situación triangular de abandonado ya que se encuentra abandonado por ambos padres, hay descuido afectivo ellos hacia él; sin embargo la madre tiene conductas ambivalentes, puesto que por un lado lo sobreprotege y por el otro lado lo abandona, dicha sobreprotección no es otra cosa que encubrimiento de sus afectos negativos hacia el hijo, lo que le genera culpa por toda esa violencia permeada de “buenas intenciones”; de nuevo nos encontramos que la sobreprotección se relaciona con las personalidades depresivas de la madre.

El hijo también puede operar como un tercero excluido, ya que es para sus padres como un estorbo y entonces se ve obligado a la actuación mediante la adicción. En los padres se observan sentimientos agresivos para con su hijo como la ira y el enojo, estos son, comúnmente consecuencia de la forma de relación objetal que tuvieron especialmente las madres a lo largo de su historia.

En otras ocasiones también se observa que el padre, madre e hijo (a) son idénticos, aquí se refuerza la estructura fusional original y la familia se repliega en sí misma, impidiendo la delimitación entre cada individuo y por ende podría impedir el surgimiento de la propia subjetividad. Éste tipo de funcionamiento familiar recae en la obstrucción de la ley del padre y

de la falta de límites, en muchas entrevistadas nunca hubo una ley familiar o bien, si existió, ésta fue anulada tanto por la madre como por el hijo.

En relación a las características familiares se determina como función primordial las familias con un modelo adictivo, en el cual uno o más integrantes consume algún tipo de drogas; en especial es el padre el que consume y eso favorece la adicción del propio hijo; sin embargo, también las madres han presentado algún tipo de conductas adictivas, pero ellas las manifiestan en una codependencia, en cigarrillos, en medicamentos antidepresivos o en conductas compulsivas.

Otra característica que resalta es que en las familias del hijo drogodependiente, éste se encuentra abandonado por ambos padres ya que la mayoría de las madres tienen estados depresivos y el padre está constantemente ausente; aquí el hijo es objeto de la madre, actuando como su propia droga y es utilizado para satisfacer las propias necesidades de la madre; es su alimento para lograr llenar el vacío y la angustia desbordante de sentirse en falta; el padre por otro lado es como si no estuviera presente, él asume y proyecta una actitud pasiva y podría decirse que “despreocupante”, dejando que el vínculo totalitario entre la madre y el hijo siga en juego; por ende, el hijo no es capaz de identificarse con la función paterna y queda atrapado en el deseo de la madre y siempre al servicio de ella.

En cuanto al pacto criminoso, se encontró que en ocasiones ambos padres tienen altas expectativas para con el hijo, devaluándolo directamente si éste no las cumple, el objetivo inconsciente de los padres es incurrir en contra del hijo mediante un pacto de índole perversa con el objetivo de salvaguardar su propio vínculo como pareja, atentando la vida psíquica y física de su propio hijo.

Respecto al duelo, se puede afirmar que existe una elaboración fallida del trabajo del duelo y por consiguiente no pueden entrar a un estado de reparación de la pérdida; se encontró que las madres pueden oscilar entre un momento intrapsíquico del duelo a otro, o bien, estar dentro varias etapas al mismo tiempo; las instancias no son fijas ni estables, y eso dependerá de las circunstancias adversas que estén pasando complementarias a la drogodependencia del hijo, de sus redes de apoyo, de la rehabilitación de su hijo y de las pérdidas que puedan tener con ciertos vínculos objetales importantes para ellas en ese momento.

Las etapas de duelo que más se detectan son, además de la negación y la pseudoelaboración antes analizadas, la “Aflicción y Pena/ Protesta y Resentimiento” que se caracteriza por una tristeza invasiva, pena y/o culpa extrema y por consiguiente es posible que se manifieste depresión o agitación, o bien, aumento de ansiedades.

También se puede ver que es el “Impacto” otro momento intrapsíquico del duelo en las entrevistadas, éste comprende el horror, pena, impacto, ira y protesta, provocando reacciones de pánico o agotamiento a causa de las emociones intensas e invasivas

Éstas reacciones son a consecuencia del vínculo que se permeó con su hijo, el cual tiene la cualidad de ser simbiótico, las madres son depresivas y se relacionan con el hijo como si éste fuera un representante que opera como el falo que obstruye su propia falta narcisista

En ese sentido la sobreprotección es una manera para no perder su ideal de ser un ser total para el hijo, por ende, lo devalúa al percibirlo como alguien desvalido y ella la única salvadora de sus limitaciones, también aquí se encuentra la identificación con su hijo, ellas también se sienten débiles y devaluadas, por tal, al encontrarse con la drogadicción del hijo, la protesta, ira y el

impacto es hacia su propio self, al sentirse en falta y develando su propia fractura por tener un hijo adicto.

El estancamiento del duelo y los cuadros patológicos subsecuentes, son por un fallo en la estructura yoica, proveniente de la falta de integración de objetos totales, creando en ellas un psiquismo desorganizado y débil, creando miedo, temor al abandono, ansiedad, percepción de no merecer ser querido, rabia e ira, depresión, consumo de alcohol y otras drogas.

Se tiene esa lectura puesto que a lo largo de la vida de las entrevistadas han existido a violencia emocional, física y psicológica, principalmente de sus figuras paternas, provocando un sentimientos de inseguridad e invalidez en su mundo psíquico, por lo que domina la hostilidad hacia el objeto idealizado perdido y éste se transforma en perseguidor, tambaleando la creencia en los objetos de su propio mundo y presentando ansiedades de tipo persecutorias por ese objeto hostil internalizado.

Vemos de nuevo, cómo es el hijo, el representante de los otros representantes de la historia de las madres en relación a sus experiencias violentas con sus progenitores.

También se observan cuadros depresivos, éstos son consecuentes de experiencias pasadas de tipo sobreprotectoras por parte de sus progenitores, que dio como consecuencia la angustia de separación ante sus padres; y actualmente al momento de sentir que algo suyo se ha perdido (la idealización del hijo), se revive la falta y se reaniman eventos muy marcados de separación y con ello su temor a la soledad y al abandono primario.

Conclusiones de la segunda etapa

De los resultados obtenidos a partir de la psicoterapia psicoanalítica grupal, se puede señalar que en el grupo se reviven vivencias, escenas o situaciones de la historia personal de cada sujeto, las madres buscaron nuevas respuestas y encontraron nuevas formas para comunicarse y expresar sus dolencias, tal como el llanto.

Se afirma que es de gran ayuda y elemento clave realizar un buen encuadre y contrato psicoterapéutico, ya que gracias a ello, las participantes se sintieron seguras, en un lugar de sostén y de libertad, todas compartían un objetivo general, lo cual permitió la generación de empatía, cohesión, socialización, imitaciones y el contagio emocional.

Ante los objetivos perseguidos, se puede observar que los elementos curativos del grupo están en función primordial de la instalación de esperanza, el grupo deposita en las participantes, en el psicoterapeuta y en el grupo mismo una fantasía de cura, lo cual es óptimo para comenzar el tratamiento, ellas creen en él, y con ello existe una respuesta favorable.

En cuanto a los principios grupales, el grupo operó mediante el principio de placer/displacer, evitando la excitación displacentera, evadiendo angustias y experimentando la satisfacción de necesidades y pulsiones, mediante una sensación de protección, de escucha y de cuidado, (placer).

Se presentó a su vez, el principio de indiferenciación/ diferenciación; en un inicio el grupo se consolidó por poca diferenciación de las psiques; y eso se observó desde el primer encuentro, todas ellas se identificaban por tener culpa, miedo, enojo, por sentirse víctimas y ser sobreprotectoras, señalándose como “codependientes”; una etiqueta que se convirtió en estigma y que las hizo actuar como tal.

Conforme fue avanzando el proceso cada participante pudo diferenciarse de esa etiqueta y de todos los verbos calificativos con los que se identificaban, desarrollando nuevas formas de actuar y de percibirse a sí misma. Éste fenómeno es llamado “Génesis Grupal” que permitió el desarrollo de psiques individuales ante la psique grupal. Lo que sugiere que las participantes puedan acceder a la delimitación de su psique y la diferenciación de su subjetividad y la de sus hijos, trabajando así la simbiosis y rescatando la individualidad y responsabilidad de ellas mismas.

Se observó a nivel discursivo subjetivo y sintomático que el estancamiento del duelo que las caracterizaba, se movilizó y comenzaron nuevas interrogaciones hacia su propia persona, nuevas formas de concebir una problemáticas aunado a la disminución de conductas maniacas como el fumar en exceso.

Mediante los factores curativos del grupo se pudo trabajar ante el miedo y el enojo que inconscientemente el enojo es hacia ellas mismas por no poder ser una “madre buena”, se disminuyeron mecanismos de negación, por lo que en ocasiones se hizo evidente la falta narcisista de la que están inmersas, con confrontaciones, clarificaciones e interpretaciones, se apuntaló al reconocimiento de su yo real, disminuyendo el ideal del yo.

Hubo material regresivo por parte de algunas participantes, se enfocó en la percepción que tienen ante sus figuras de amor primarias, se dejó ver las emociones violentas y agresivas que sienten hacia algunos de los progenitores, por medio de la asociación libre, pudieron comentarlo y escucharse, elaborando nuevo material para su posterior análisis, comentaron los vínculos de abandono que permearon su infancia; el simple hecho de que se narre, ya es un buen indicador para nuevas subjetividades. Se pudo observar que algunas participantes hicieron insight ante ello, otras aceptaron las intervenciones y las reformularon, otras las negaron.

Algunas aceptaron tener sentimientos de venganza y odio hacia dichas figuras; por lo que el espacio psicoterapéutico escuchó, y mediante intervenciones, ciertas participantes pudieron nombrar afectos amorosos hacia ellos.

Éstas condiciones son favorables, ya que la separación simbólica (en éste caso con sus hijos), dependerán del cómo introyectan sus objetos amados primarios. Bajo ésa perspectiva se obtuvo material sustancial, el cual me atrevería a pensar que es el primer paso:” el reconocimiento de sus afectos amor-odio”, para percibir otro tipo de introyección. Sin embargo, por los tiempos, no se dio la oportunidad de continuar trabajando dicho material.

Las participantes dentro de la psicoterapia tuvieron la capacidad de simbolizar, de representar ausencias, elaborar pérdidas y llevar a cabo reparaciones verdaderas, así como el insight y resonancia resultaron a mayor profundidad en relación a sus defensas y resistencias.

Es posible ver también barreras somatopsíquicas, ya que algunas de las participantes lograron proponer y mantener otro tipo de vínculo con las personas a su alrededor, vemos cómo la libido se va transformando y comienzan a descargarla en nuevas maneras de actuar, en actividades placenteras, y en nuevos pensamientos.

Se acepta que el grupo es un medio donde se restauró, se formó y se consolidó las funciones integrativas yoicas, mejorando el control de las pulsiones, asegurando la catarsis de conflictos, reforzando la adaptación al medio real y desarrolla mecanismos de defensa importantes como la sublimación.

Conclusiones Generales

Una de las conclusiones finales es que los hijos son investidos con la libido narcisista de la madre, lo que produce complicaciones para separarse subjetivamente del hijo, y operando con

conductas sobreprotectoras. Al cuidar de ellos, están cuidando de la imagen que tienen sobre ellas mismas.

Los hijos son también una identificación complementaria de las madres en el cual se reaniman relaciones objetales pasadas y es el hijo el representante y receptor de las imágenes ideales que la madre tiene sobre sus figuras de amor primarias. De esta manera la escenificación es siempre una relación entre sí-mismo y sí-mismo... ¿Y dónde queda el hijo?.

Por ende, existe una simbiosis madre- hijo, de la cual, están atrapadas y todo lo que le pase al hijo, lo perciben de la misma magnitud, como si fueran un mismo cuerpo, una misma psique. Eso es la causa del estancamiento del duelo, todas ellas presentan un duelo complicado o una pseudoelaboración, consecuentemente lo simbolizan mediante conductas maniacas y/o autodestructivas.

Dichas conductas se fueron permeando a lo largo de su historia personal, sus experiencias pasadas tienen la cualidad de ser violentas, con vínculos sobreprotectores o de abandono, por lo que han introyectaron objetos de amor ambivalentes, y relacionándose de manera destructiva con sus vínculos posteriores, por ende la relación con sus hijos que se materializa de manera similar. Las madres repiten su historia con el objetivo inconsciente de cambiarlas y resolverlas en el presente; repiten la misma historia de abandono, de sobreprotección, de violencia y de adicción principalmente.

Como mecanismo para mantener un psiquismo más o menos equilibrado a la orden del yo, opera su narcisismo primario, introyectando idealizaciones sobreestimadas al yo, con ello aparentemente sienten fortaleza y sobrestimación de sus funciones superyoicas impuestas por el

exterior, sin embargo es una formación reactiva para eludir su sentimiento real de menosprecio y devaluación.

Por tal, se concluye que el trabajo hacia ellas tendría que estar enfocado a la consolidación de la autoestima, e interviniendo ante su yo ideal fantástico, en el que el objetivo sería la individuación, separación e introyección. Con ello se fortalecería su yo, se vincularían con objetos totales, se pospondría la descarga masiva de pulsiones, accederían a mecanismos defensivos superiores y lograrían una nueva subjetividad. Claro, que ésta meta se piensa a largo plazo.

Las madres hacen uso excesivo de la racionalización, lo cual irrumpe la salida real de sus deseos reprimidos. En cuanto al grupo de AA, se afirma que es funcional en cuanto a la aceptación, racionalización e intelectualización como métodos psicoeducativos y catárticos sin embargo, las limitantes que se observa que también impera como resistencia al no enfocarse al insight a la resonancia.

Respecto al grupo, se concluye la psicoterapia otorgó un clima que ayudó a las participantes a reexperimentar relaciones familiares de la infancia y significativas, también ayudó desenterrar los sentimientos asociados a acontecimientos pasados que siguen insistiendo en la conducta actual, facilitó el insight y resonancia sobre los orígenes del trastorno psicológico y estimuló la experiencia emocional correctiva.

En cuanto al rol de psicoterapeuta, se afirma que facilitó la interacción del grupo ayudándolo a crear un clima de aceptación y tolerancia, se establecieron los límites del grupo, se pudo identificar material inconsciente para interpretarlo y se ayudó a los miembros en el trabajo elaborativo en función al duelo.

Se concluye que los factores curativos en el grupo, efectivamente ayudan a un cambio subjetivo y sintomatológico. Del mismo modo, por medio de las técnicas psicoanalíticas, se pudo comentar y trabajar material inconsciente, escuchar las asociaciones libres, clarificar actitudes, confrontar aspectos opuestos; lo que ayudó a que las participantes pudieran trabajar con su yo ideal e ideal del yo (autoestima), logrando investir la libido en acciones novedosas, sublimando impulsos agresivos, nombrando sentimientos ominosos y realizando insight de sus verdaderos deseos reprimidos.

En el grupo se dieron intercambios y vivencias que tuvieron impacto en los procesos emocionales de las participantes, por medio de las relaciones vinculares que se establecieron logrando modificaciones como minimizar conductas de consumo, sublimación de impulsos, poner límites somatopsíquicos, poder dormir y minimizar culpas.

La conclusión final, es que es un trabajo laborioso, de mucha paciencia, dedicación, y, por supuesto interminable; existe muchísimo material para analizar, sin embargo se tuvo que apegar a los objetivos de la intervención; se llega a la conclusión que el grupo es muy favorable para trabajar las culpas, la depresión, la ira, los duelos y el narcisismo. Entender el funcionamiento grupal y el psiquismo individual al mismo tiempo, analizarlo y explicarlo, no es tarea fácil, y eso nos lleva a un último apartado:

Limitaciones

Para comenzar, una de las limitaciones fue el corto periodo de la intervención, ya que por fines académicos tuvieron que ser únicamente 10 sesiones.

Otra limitante es que las participantes están muy acostumbradas a la modalidad de un grupo de AA, lo que en ocasiones obstruyó la libre asociación, ya que la racionalización imperaba.

En el trabajo analítico, cabe decir que la limitante principal fue tener un cúmulo de información, y decidir cómo se va a organizar, analizar y comprender. Sin embargo esto último me aportó bases para conocer mis limitantes y trabajar en ellas.

Además de ello, fue complicado encontrar a un co-terapeuta adiestrado en la técnica del psicoanálisis grupal, por ende, se integró a la tercera sesión un psicólogo como-terapeuta, quien hizo una labor únicamente observacional sin interactuar en el grupo por falta de adiestramiento, sin embargo fue de gran apoyo, ya que intercambiamos escuchas flotantes y comentarios de las participantes.

Es importante también mencionar que al ser un trabajo novedoso para el investigador, fue una oportunidad para ampliar el conocimiento técnico y teórico de lo que comprende la terapia psicoanalítica grupal; misma que en la ciudad donde se radica no hay un ámbito académico, práctico ni psicoterapéutico donde se pudiera obtener un mayor acercamiento a este tipo de técnica. Siguiendo con la misma idea, fue labor del investigador buscar un espacio psicoanalítico grupal en la Ciudad de México, sin embargo, por las limitantes económicas y temporales, no se pudo continuar en constante sesiones.

Todo ello obliga como profesional a continuar ilimitadamente con el conocimiento, mediante la praxis, el estudio, las investigaciones constantes, la actualización en diversos tópicos y en mantener una actitud ética y congruente con lo que se enseña e interviene a diario. Sin duda se puede aseverar que ésta intervención fue de un gran aprendizaje académico, profesional, técnico y metodológico, lo que impulsa a persistir en el continuo conocimiento e intervención para aportar un tratamiento hacia las dolencias del ser humano.

Referencias

- Abraham, K. (1959). *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires, Argentina: Horme.
- Akolombre, P., y Hacker - Petronacci, R. (2004). La violencia encubierta en la clínica con niños y adolescentes. *FEPAL*, 1-18. Obtenido de Asociación:
http://fepal.org/images/2004ninos/la_violencia_encubierta_alkolombre.pdf
- Alizalde, A. (1995). *Clínica con la muerte*. Argentina, Buenos Aires: Amorrortu.
- Anzieu, D. (1996). *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Madrid, España: Biblioteca nueva.
- Bion, W. (1974). *Experiencia en grupos*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bleger, L. (1997). *Psicoanálisis grupal: ¿Cómo, Cuándo, Por qué?* Obtenido de
<https://epdf.tips/psicoanalisis-grupal.html>
- Bleguer, L., y Bleguer, J. (1959). *Grupo familiar: Psicología y psicopatología*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bloch, D. (1985). *Para que la bruja no me coma*. México D.F, México: Siglo XXI.
- Bowlby, J. (1969). *La Separación afectiva*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cameron, N. (1990). *Desarrollo y Psicopatología de la personalidad: Un enfoque dinámico*. México D.F, México: Trillas.
- Coderch, J. (1990). *Teoría y Técnica de la Terapia Psicoanalítica*. Barcelona, España: Herder.

- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Belmont, California: Desclee de Brouwer. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/197762167/Gerald-Corey-Teoria-y-practica-de-la-terapia-grupal>
- Defey, D. (1997). *Duelo por un niño que muere antes de nacer*. Montevideo, Uruguay: Paidós.
- Díaz, I. (2002). *Bases de la terapia de grupo*. México D.F, México : Pax.
- Donzino, G. (2003). *Duelos en la infancia. Características, estructura y condiciones de posibilidad. Cuestiones de la infancia*, 39-57. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/176486298/Duelos-en-La-Infancia>
- ENA. Encuesta Nacional de Drogas. (2011). Reporte de Drogas. Obtenido de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf
- Freud, S. (1914). *Introducción del narcisismo*. En: *Obras Completas* (Vol. 14). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Freud, S. (1917/1993). *Duelo y Melancolía*. En: *Obras Completas* (Vol. 14). pp 235-258. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Obra original publicada en 1917)
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. En: *Obras Completas* (Vol 18). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Galimberti, U. (2006). *Diccionario de psicología*. México D.F, México : Siglo XXI.
- García, M. (2003). *El Proceso de Duelo en Psicoterapia de Tiempo Limitado (Tesis Doctoral)*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/17783/1/T34105.pdf>
- Greenson, R. (1976). *Técnica y práctica del psicoanálisis*. Buenos Aires , Argentina: Siglo XXI.

- Kaës, R. (2000). *Las teorías psicoanalíticas del grupo*. Buenos Aires, Argentina: AAPPG.
- Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivo. En *Obras Completas* (Vol. 2). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Langer, M. (Junio de 1976). Maternidad y sexo. *Estudio Psicoanalítico y Psicosomático*. 22(41). Buenos Aires, Argentina: Paidós . Obtenido de <https://lamalcria.files.wordpress.com/2014/09/langer-marie-maternidad-y-sexo-estudio-psicoanalitico-y-psicosomatico.pdf>
- Marín, R., Szerman, N., & Ruíz, P. (2017). *Monografía sobre Patología Dual*. México D.F , México: INPRFM,IAPA.
- Nasio, J. (1996). *El Libro del Dolor y del Amor*. Barcelona, España: Gedisa.
- Real Academia Española. (2001). (22. Ed). Madrid. España: Autor. Obtenido de <https://dle.rae.es/?id=JaoUQPQ>
- Roudinesco, E. (2003). *La familia en desorden*. Buenos Aires, Argentina: FCE.
- Sáenz, M. (2003). La familia del drogodependiente. *Ciencias Sociales, I*, 25-44. Obtenido de <https://revistacienciasociales.ucr.ac.cr/images/revistas/RCS99/02.pdf>
- Singer, F. (2014). Duelo y trabajo de objetalización. *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*, VIII(4), 124-115. Obtenido de Revista de Psicoterapia Psicoanalítica: <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272014080408.pdf>
- Tizón, J. (1996). El duelo en la atención primaria a la salud. *Formación Médica Continua en Atención Primaria*, 3(9), 566-547. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Jorge_Tizon2/publication/313833200_Los_procesos

[_de_duelo_en_atencion_primaria_de_salud_Una_actualizacion/links/5a4e5dd8a6fdccdcce2d319bf/Los-procesos-de-duelo-en-atencion-primaria-de-salud-Una-actualizacion.pdf?origin=p](#)

Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Madrid, España: Paidós.

Valiente, D. (1987). *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*. Madrid, España: Fundamentos.

Anexo1: “Cuestionario Semiestructurado”**Ficha de Identificación:**

Edad

Sexo

Estado civil.

Escolaridad

Ocupación laboral.

Lugar de residencia.

Religión

Retrato del sujeto:**Definición del problema:**

1. Cuál es el nombre de su hijo?, ¿De dónde viene el nombre?, ¿Quién lo eligió?, ¿Cuántos hijos tiene?, ¿Cómo se lleva con ellos?, ¿Cómo es la relación entre ellos?, Cuénteme un poco más que sabe usted de su familia.

2. ¿Cómo fue que se enteró de la clínica? , ¿Cómo fue que su hijo (a) está aquí?.
3. ¿Qué sabe del consumo de su hijo a)?, ¿Qué drogas lo trajeron aquí?, ¿Desde cuándo consume?, ¿ Con quién y en dónde consumía? ¿ A qué considera usted que se debe el consumo de su hijo (a)?.. Cuénteme un poco más.
4. ¿Su hijo ha recibido algún tratamiento anterior?, ¿Cómo era el tratamiento?
5. ¿Usted o alguien de su familia ha recibido algún tipo de tratamiento?, ¿De qué manera?, ¿Desde cuándo?

I. **Percepción de los padres hacia su hijo**

1. ¿Cómo tomó la noticia cuando se enteró de que sería madre(padre) de su hijo? (atender el entrevistado pensamientos y emociones)?, ¿Y cuando nació? , Cuénteme como era su relación conforme fue creciendo.
2. ¿Qué es lo que le ha agradado de su hijo (a)?
3. ¿Qué le ha desagradado de su hijo?, ¿Qué hace con ello?
4. ¿Cambiaría algo respecto a la crianza de su hijo (a)?

II. **Reacciones de los padres hacia la drogodependencia del hijo**

1. ¿Cómo se enteró de la drogodependencia de su hijo (a) ?
2. ¿Cuáles y cómo fueron sus reacciones?, ¿Qué sintió?, ¿Qué pensó?
3. ¿Cómo es su relación en la actualidad su hijo(a)?
4. ¿Cómo visualiza a su hijo en corto, mediano y largo tiempo?

III. **Proceso del duelo**

1. Amenaza de pérdida objetal según la elección narcisista

- Emociones y sentimientos derivados

1. ¿Cómo imaginaba que sería su hijo? ¿Cómo se siente al saber que su hijo consume drogas?
2. ¿Ha sentido algún malestar o complicaciones físicas derivadas de saber que su hijo consume drogas?

2. Efecto intrapsíquico del duelo

a) Reacciones depresivas y/o maníacas

1. Cuando se despierta a la mañana, ¿Qué piensa acerca del día que tiene por delante?, ¿Cómo se siente en el transcurso del día?, ¿Hay cambios en su estado de ánimo, en su actuar y/o en su pensar? (Indagar también sobre su tipo de alimentación, su apetito, presencia de cambios en su vida sexual y presencia de insomnio o hipersomnia)
2. ¿Cómo se ha sentido últimamente?, ¿Cuáles son las cosas que le causan bienestar o interés?, ¿Cómo realiza las actividades que le son placenteras?, ¿Cuáles son los efectos que le producen a usted, en su vida y en las relaciones con los demás la realización de sus actividades?
3. ¿Qué siente y piensa usted de sí mismo (a)?, ¿Cuáles y cómo son sus pensamientos y sentimientos en torno a la vida?, ¿Desde cuándo piensa y siente eso?
4. ¿Ha habido cambios en su forma, grado y tipo de interacción con los demás?, ¿De qué manera?, ¿Desde cuándo?.
5. ¿Cómo se ve en relación con los demás?. ¿Qué piensa de la gente que lo (la) rodea?, ¿Cómo siente que los demás lo (la) ven?
5. ¿Cómo ve el futuro?
6. ¿Tiene alguna preocupación o malestar referente a su salud que no hayamos comentado?

b) Reacciones fóbicas

1. ¿Tiene usted miedo a algo?; ¿A qué?; ¿Cómo es ese miedo?; ¿Cómo reacciona ante ese miedo?; ¿Desde cuándo lo tiene?; ¿En qué momentos siente el miedo?; ¿Qué opina usted de ese miedo?; ¿Cuáles son las consecuencias que ha tenido en relación a su miedo?.

c) Reacciones obsesivas- compulsivas

1. ¿Ha tenido pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes que le causen ansiedad o malestar?; ¿Cuáles?, ¿De qué manera?; ¿Cómo son? , ¿Desde cuándo los tiene?
2. ¿Qué hace con esos pensamientos, impulsos o imágenes?
3. ¿Qué cree usted de esos pensamientos, impulsos o imágenes?
4. ¿Cómo reacciona ante esos pensamientos, impulsos o imágenes?;
5. ¿Con qué frecuencia reacciona así?; ¿Para qué reacciona así?

3) Reconstrucción objetal

(Se detecta este apartado en el primer punto: “Percepción de los padres hacia su hijo”, se indaga sobre la aceptación del objeto como bueno y malo y los pensamientos, emociones y conductas asociadas a la reconstrucción objetal)

Anexo 2 . Identificación de la percepción simbólica del hijo real y del hijo idealizado. Y momentos intrapsíquicos del duelo.

Afrontamiento de los padres (Hijo real e hijo idealizado)

- Pensamientos y sentimientos con relación a su hijo(a) a partir del embarazo hasta el momento en que se enteró de su drogodependencia.
- Cómo se enteró de la drogodependencia de su hijo (a) y sus reacciones.
- Pensamientos y sentimientos con relación a su hijo en la actualidad.
- Desagrados y satisfacciones que tiene respecto a su hijo(a)
- Planes existentes para con su hijo(a).

Momentos intrapsíquicos del duelo

Síntomas: Experiencias intensas, repetidas o prolongadas pueden llevar a la manifestación de síntomas de esta fase mediante las siguientes vías:

I.- Impacto:

- Horror, pena, aflicción, ira, protesta, etc.
- Reacciones de pánico o agotamiento a causa de reacciones emocionalmente intensas invasivas.

II.- Aflicción y pena/protesta, resentimiento.

- Depresión o agitación por causa de: Tristeza, pena, culpa extrema
- Aumento de las ansiedades persecutorias (sentimiento de ser perseguido, necesidad de perseguir...)

III.- Negación:

Se intenta negar la realidad de la pérdida o de lo que ésta significa para nosotros

- Evitación extrema: evitación, fobias, uso de drogas para evitar el sufrimiento mental.
- Reacciones maniacas: control, desprecio, seudo superación, etc.

IV.- Intrusión:

Recuerdos y vivencias inevitables del suceso

- Estados de inundación por ideas, emociones, imágenes o recuerdos acerca del objeto o de la pérdida que invade. Trastorno por estrés postraumático subagudo y crónico.

V.- Elaboración:

Se comienza a enfrentar la realidad de lo que ha pasado

- Respuestas psicosomáticas: tienden a desarrollarse quejas somáticas o incluso afecciones somáticas si la elaboración del duelo se estanca o <<congela>>.

VI.- Reparación:

La vida continua, incluso, tal vez, con mejoras intrapsíquicas, mentales

- Trastornos caracteriales o psicopatológicos si no hay esa restauración del mundo interno y reanudación de las relaciones externas tras la elaboración suficiente del duelo



"1919-2019, en memoria del General Emiliano Zapata Salazar"

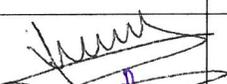
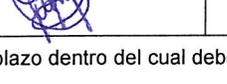
Cuernavaca Mor., a 03 de Mayo de 2019
FPSIC/SPOSG/MAEST/2019/192
ASUNTO: Votos Aprobatorios

MTRA. LUZ XIMENA RAMÍREZ BASSAIL
COORDINADORA ACADÉMICA
DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: "**PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE GRUPO PARA EL TRABAJO DE DUELO EN PADRES CON HIJOS DROGODEPENDIENTES**" trabajo que presenta la C. "**Martha Alicia Martínez Díaz**", quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. LUCÍA ALEJANDRA RAMÍREZ SERRANO			
MTRA. MARISOL CAMPOS RIVERA			
DR. LUIS PÉREZ ÁLVAREZ			
MTRA. ILIANA MURGUÍA ÁLVAREZ RUBIO			
MTRO. RICARDO LABIAS MALDONADO			

* En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C.c.p.- Archivo

"1919-2019, en memoria del General Emiliano Zapata Salazar"

Cuernavaca Mor., a 03 de Mayo de 2019
FPSIC/SPOSG/MAEST/2019/192
ASUNTO: Votos Aprobatorios

MTRA. LUZ XIMENA RAMÍREZ BASSAIL
COORDINADORA ACADÉMICA
DEL PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T E

Por este medio, me permito informar a usted el dictamen de los votos aprobatorios de la tesis titulada: "**PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE GRUPO PARA EL TRABAJO DE DUELO EN PADRES CON HIJOS DROGODEPENDIENTES**" trabajo que presenta la C. "**Martha Alicia Martínez Díaz**", quien cursó la MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA perteneciente a la Facultad de Psicología de la UAEM, en las instalaciones de la Facultad de Psicología.

Sirva lo anterior para que dicho dictamen permita realizar los trámites administrativos correspondientes para la presentación de su examen de grado.

A T E N T A M E N T E

VOTOS APROBATORIOS			
COMISIÓN REVISORA	APROBADO	CONDICIONADA A QUE SE MODIFIQUEN ALGUNOS ASPECTOS*	SE RECHAZA*
DRA. LUCÍA ALEJANDRA RAMÍREZ SERRANO			
MTRA. MARISOL CAMPOS RIVERA	<i>Murb</i>		
DR. LUIS PÉREZ ÁLVAREZ	<i>2</i>		
MTRA. ILIANA MURGUÍA ÁLVAREZ RUBIO			
MTRO. RICARDO LABIAS MALDONADO			

*En estos casos deberá notificar al alumno el plazo dentro del cual deberá presentar las modificaciones o la nueva investigación (no mayor a 30 días).

C.c.p.- Archivo