

Depresión y Adicción en la Adolescencia: ¿Síntoma o Enfermedad?

La adicción como variable dentro del síntoma depresivo en la adolescencia

Autora:

Francesca Mancini Posada

Psicóloga Clínica

Magister en Psicología: Profundización Clínica

Tutor investigativo:

Karen Pacheco Echeverry

Barranquilla

Universidad del Norte

Maestría en Psicología, Profundización Clínica

Octubre de 2020

Universidad del Norte
División de Humanidades y Ciencias Sociales
Maestría en Psicología, Profundización Clínica

Depresión y Adicción en la Adolescencia: ¿Síntoma o Enfermedad?

La adicción como variable dentro del síntoma depresivo en la adolescencia

Francesca Mancini Posada
mancinif@uninorte.edu.co

Resumen

El presente estudio de caso tiene como objetivo analizar la relación entre la depresión, el consumo de sustancias y el vínculo con la psicodinamia actual de un joven adolescente que asiste a un proceso psicoterapéutico, teniendo en cuenta las variables asociadas con la depresión.

Lo anterior mediante una investigación cualitativa, a través de la entrevista clínica y la recolección de información por medio de la asociación libre, la transferencia y las interpretaciones del terapeuta. El marco teórico se basa en los aportes de Sigmund Freud, Jacques Lacan, Armida Aberastury, entre otros autores psicoanalíticos, haciendo un recorrido por la constitución psíquica del individuo hasta llegar a los distintos aportes en cuanto a la depresión, la adicción y la adolescencia.

En los resultados del presente estudio se concluye que la depresión y la adicción, en este caso en particular, no pueden ser vistas como una enfermedad única sino como un síntoma que dependerá de la especificidad del mismo, así como de la relación transferencial.

Universidad del Norte
División de Humanidades y Ciencias Sociales
Maestría en Psicología, Profundización Clínica

Adolescent Depression and Addiction, ¿Symptom or Illness?

Addiction as a variable within the depressive symptom in adolescence

Francesca Mancini Posada
mancinif@uninorte.edu.co

Abstract

The present research aims to analyze the relationship between depression, substance abuse and the link to the current psychodynamic of a young adolescent who attends a psychotherapeutic process, taking into account the variables associated with depression.

This is achieved through a qualitative research, by means of clinical interview and gathering of information through free association, transference and the therapist's interpretations. The theoretical framework is based on the contributions of Sigmund Freud, Jacques Lacan, Armida Abersatury, among other psychoanalytic authors, making a journey through the psychic constitution of the individual to the different contributions regarding depression, addiction and adolescence.

The results of the present study concluded that in this particular case, depression and addiction cannot be seen as a single disease, but rather as a symptom that will depend on its specificity, as well as on the transference relationship.

Agradecimientos

Agradezco a mis tutores Ana Rita Russo, Jorge Galido y Karen Pacheco por toda la paciencia, la dedicación y la entereza para transmitirme su sabiduría y conocimiento y hacerme enamorar cada día más de mi profesión.

Dedicatoria

Le digo este logro a mi esposo y a mi familia por brindarme apoyo incondicional. A mi madre por impulsarme a cumplir este sueño y a mi bebé que está en camino por inspirarme.

Tabla de Contenido

Introducción	6
Justificación	9
Área problemática del caso	12
Preguntas guías u objetivos	15
Historia clínica del paciente	16
Descripción de las sesiones	22
Marco conceptual de referencia	48
Marco metodológico	72
Análisis del caso	74
Conclusiones	80
Bibliografía	82

Introducción

Los seres humanos nos constituimos a partir de la combinación de factores genéticos, ambientales, sociales, y relacionales, que tienen que ver con aquellas primeras relaciones e interacciones con nuestros primeros objetos de amor (Brainsky, 2003). Tales factores mencionados como fundamentales para la constitución psíquica y su relación con los tiempos de la adolescencia serán abordados en la presente investigación, a la luz del análisis de un estudio de caso.

Sigmund Freud estudió la constitución de la personalidad a partir de las etapas del desarrollo psicosexual en los niños. Autores postfreudianos, se ocuparon del estudio del desarrollo de posteriores etapas, como la adolescencia, la cual compete a la presente investigación. (Brainsky, 2003)

Por lo general, los niños tienden a idealizar a sus padres o a sus figuras ya que son éstos quienes tienen el total control sobre sus vidas y son quienes les dan las pautas para sus futuras actuaciones. Hacia los 11 años (en la pre pubertad) los jóvenes comienzan el proceso de desasimio o desprendimiento de ellos pero no lo logran por completo, pues de igual forma son los padres quienes aún guían sus pasos y deben depender de ellos en gran medida. (Aberastury & Knobel, 1971)

Sin embargo, hacia la adolescencia, los ideales de esas figuras empiezan a conmoverse y aparece un segundo momento del proceso de desasimio, pues según Aberastury & Knobel (1971), este joven comienza a sentirse más autónomo y quiere romper las cadenas que lo siguen atando con la infancia. Es por este motivo que aparece un desplazamiento de objetos y se comienzan a llenar esos vacíos con otros objetos como los amigos, la pareja, la música, e incluso, las drogas.

La adolescencia es un proceso transicional y en cierta forma, de separación de la infancia. Los impulsos regresivos son aquellos que empujan al joven nuevamente hacia esa infancia de la cual él se quiere desprender, mientras que los progresivos los empujan hacia la adolescencia, hacia la toma de sus propias decisiones, de su auto cuidado, de sus responsabilidades académicas, entre otras. (Aberastury & Knobel, 1971).

Los padres juegan un papel crucial durante esta etapa ya que, si bien, pueden acompañarlo en su transición, también pueden realizar actuaciones que infantilicen al púber lo cual lo va a impulsar hacia la niñez, por miedo a no tener control sobre éste. En estos casos, a los jóvenes se les dificulta su auto cuidado, pues sus padres se ocupan de ello y demandan afecto y cariño desde un lugar infantil, pero esta vez, de una forma hostil.

Lo importante es que los jóvenes puedan disminuir la tendencia hacia esos impulsos regresivos y pasar a aquellos que promueven otro tiempo de mayor cuidado y control sobre sí mismos.

El adolescente está pasando por un momento claro de cambios, comenzando por el más notorio que es el físico. Así, no logra tener una identidad propia ni identificarse plenamente con algo o con alguien, motivo por el cual decide hacer parte de una banda, aun cuando no le guste ese género musical, entre otros.

La presión social juega un papel fundamental, ya que esta puede conllevar a una adicción, teniendo en cuenta lo volátiles que son los adolescentes, quienes tienden al acto sin pensar en las consecuencias.

Sin embargo, la presión social no es el único factor de riesgo, pues la depresión es bastante común en los jóvenes y cada vez se torna en uno de los motivos principales de consulta. La depresión en los adolescentes se puede confundir con irritabilidad y rebeldía, por lo cual es muy importante conocer sus síntomas y ayudar a que éste consolide una buena red de apoyo y pueda pedir ayuda cuando lo necesite.

Así como existen padres que fallan en su función por sobreproteger a sus hijos, existen otros que presentan carencias y no están a la altura de su función como figura contenedora y objeto parental de cuidado, ya sea por enfermedad o por sus propios límites en relación con su historia. Lo anterior puede contribuir como lo es en este caso, a una posible depresión que lleva a que el joven consuma drogas para llenar el vacío que siente por el vínculo inseguro y ambivalente que se generó entre su madre y él, entre otros factores.

Por este motivo, pretendo revisar la literatura haciendo un recorrido sobre distintas posturas psicoanalíticas en cuanto a la constitución del aparato psíquico y el tiempo de la adolescencia, así como las posturas con respecto a la depresión y a la adicción en aras de comprobar si se tratan de una enfermedad o de un síntoma y cómo puede un adolescente deprimido que consume sustancias psicoactivas, transitar los duelos a través de la terapia psicodinámica.

Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y se caracteriza por la presencia de sentimientos de culpa o falta de autoestima, pérdida de interés o placer, tristeza, trastornos del sueño o del apetito, falta de concentración y sensación de cansancio.

Los distintos trastornos depresivos se encuentran regulados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), en donde se asegura que,

El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología.

La postura psicoanalítica se centra en los conflictos inconscientes como causa de la depresión, así como en el “narcisismo exacerbado del ideal del yo.” (Vergote, 1976, como se citó en Bogaert, 2012)

Los eventos desencadenantes del trastorno –decepción amorosa, fracaso profesional, daño corporal, entre otros– son heridas narcisísticas que estremecen una imagen ideal de sí que se sostiene en una idealización defensiva carente de apoyo real o simbólico (Vergote, 1976: 120, como se citó en Bogaert, 2012).

De acuerdo con la OMS, la prevalencia global de los trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas, destacando la depresión, la cual afecta a más de 300 millones de personas y es considerada como la principal causa mundial de discapacidad. A su vez, afirma que el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Según la misma Organización, los trastornos mentales representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y lesiones en personas de 10 a 19 años y entre sus factores de riesgos se encuentran la pobreza (como en el caso colombiano), la violencia o el abuso y los cambios físicos, sociales y emocionales.

La depresión puede afectar desde niños hasta adultos mayores, y se asocia con el comportamiento típico del adolescente, quien constantemente está en la búsqueda de su identidad y de preguntarse quién es realmente, lo cual determinará sus patrones de comportamiento y sus defensas.

Según Aberastury & Knobel (1971), la adolescencia constituye una etapa en donde el adolescente intenta encontrar su identidad adulta, teniendo en cuenta las relaciones objetales que ha internalizado con los primeros objetos de amor, confirmadas en la realidad, a través de cambios biológicos y fisiológicos ligados con el desarrollo sexual. El adolescente debe, por lo tanto, tramitar el duelo de dicha identidad infantil.

Se trata de una etapa en la que se debe estar alerta, pues existe un alto riesgo de desarrollar una depresión, y en donde la ansiedad y la angustia están tocando constantemente la puerta de estos jóvenes, “es un periodo de contradicciones, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricciones con el medio familiar y social.” (Aberastury & Knobel, 1971, p.15).

Según Dryfoos (Maddaleno, 1994, como se citó en Pardo et al., 2004), los problemas escolares y la interacción con los pares, las problemáticas familiares que incluyen pautas de crianza inadecuadas, padres adictos o enfermos mentalmente y la falta de apoyo o guía de estos, la interacción social y/o el estrés, son factores de riesgo que se asocian con el abuso y el inicio precoz del consumo de sustancias en la población norteamericana.

La depresión en los adolescentes se asocia con una morbilidad sustancial presente y futura, y aumenta así el riesgo de suicidio. El factor de riesgo más destacado son los antecedentes familiares de depresión y la exposición al estrés psicosocial. (Thapar et al, 2012)

En el año 2016, la Encuesta Nacional de Salud y Abuso de Sustancias en Estados Unidos (NSDUH), reportó que 12.8% de los adolescentes entre 12 y 17 años, es decir, 3.1 millones de adolescentes, y 10.9% de los adultos jóvenes entre los 18 y los 25 años (3.7 millones), tuvieron un episodio depresivo mayor.

En la presente investigación se analizará un caso clínico y se trabajará la transferencia como variable fundamental del proceso psicoterapéutico. Para esto se cuenta con el relato de la historia familiar y personal del paciente, así como con el material de algunas entrevistas realizadas.

Lo anterior se llevará a cabo en el marco de un desarrollo teórico que aborde la constitución del aparato psíquico, la depresión como síntoma, el proceso adolescente y sus duelos y la adicción como síntoma, en aras de observar cómo la terapia psicodinámica puede contribuir con la cura de este paciente por medio de la transferencia y la reedición de su historia.

Área Problemática

Según la Organización Mundial de la Salud, los índices de depresión han ido aumentando considerablemente alrededor del mundo. En el Boletín de Salud Mental del Ministerio de Salud en Colombia (2017), se pone de manifiesto que en el país ha aumentado el índice de atención por sintomatología depresiva desde la última década, gracias a la información suministrada por el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).

Según el mismo Boletín (2017), se han realizados varios estudios poblacionales, entre ellos la Encuesta SABE (2014-2015) y la Encuesta Nacional de Salud Mental en el año 2015 (ENSM). Ésta última realizó un estudio tamizando la población en 3 grupos con el fin de revelar sintomatología de los distintos trastornos mentales como la depresión. Los resultados arrojan que existe una prevalencia mayor de la sintomatología depresiva en los adolescentes de un 15.8% por regiones. En el año 2010, se realizó un “estudio de estimación de la carga de enfermedad”, el cual sostuvo que la depresión mayor unipolar tiene una mayor prevalencia en la población de 15 a 29 años.

En el Boletín (2017), se sostiene que con el objetivo de atacar el problema, se han creado en Colombia organizaciones como el Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental y se ha prestado mayor atención a la salud mental dentro del Plan Obligatorio de Salud, así como “la actualización de estándares de habilitación para la prestación de servicios en salud mental mediante las Resoluciones 1441 de 2013 y 2003 de 2014” y las estrategias de rehabilitación y psicoeducación en las zonas escolares y centros de escucha.

Según el Ministerio de Protección Social (2003), la depresión en los adolescentes puede ser tanto una causa como una consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas, lo cual constituye una problemática importante de salud pública. (Cassano & Fava, 2002, como se citó en Gómez et al. 2013).

El consumo de sustancias psicoactivas en Colombia constituye otra problemática que ha incrementado con el pasar de los años teniendo en cuenta la diversidad y la amplitud del mercado. Drogas como la marihuana, la cocaína, el bazuco y el éxtasis son las más comunes dentro de los consumidores, según revelan estudios del Observatorio de Drogas de Colombia (2017).

En el año 2011, el Ministerio de Educación Nacional, junto con otras entidades, realizaron varios estudios sobre el consumo de sustancias ilícitas. Entre sus resultados se encuentra que el mayor consumo se presentó en el grupo de edad de 18 a 24 años, seguido por el grupo de 12 a 17. Así mismo, se detectó que alrededor de 300 mil jóvenes pertenecientes a instituciones educativas han consumido alguna sustancia psicoactiva en el último año, frente a un 33.9% de los estudiantes universitarios.

Según el Ministerio de Salud (2016), el gobierno colombiano ha estado frente a dicha problemática, incluyendo una Política Nacional de Reducción del Consumo de Drogas de los años 2014 a 2021, con el fin de prevenir, tratar, reducir daños y promover la salud.

Sin embargo, tanto la problemática de la depresión como de la adicción, se ha dejado en manos de los fármacos, que, si bien pueden resultar eficaces para ciertos tratamientos, dejan de lado la importancia que tiene al análisis dentro del proceso.

Como ha sido mencionado anteriormente, la presente investigación abordará el tratamiento psicoterapéutico de un joven adolescente colombiano, que llamaré Carlos para efectos prácticos.

Cuando consulta, Carlos refiere bajo estado de ánimo; aislamiento; pérdida de interés y placer por las actividades que antes realizaba como jugar fútbol y videojuegos; aumento de peso; dificultad para conciliar el sueño; consumo de psicofármacos y

sustancias psicoactivas, así como una marcada dificultad para relacionarse con sus figuras parentales, teniendo en cuenta que no ha podido tramitar ciertos duelos propios del proceso adolescente que le impiden vincularse afectivamente de manera sana.

Lo anterior, corresponde con la sintomatología depresiva, por lo cual se hace indispensable responder a la pregunta de si existe relación entre la depresión de un adolescente y el consumo de sustancias y en caso de ser afirmativa la respuesta, identificar de qué se trata dicha relación. Así mismo, se pretende identificar cuáles son las variables o las causas que se encuentran asociadas con la depresión que padece este joven, así como las defensas utilizadas para protegerse de estas.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre la depresión de un adolescente, el consumo de sustancias y el vínculo con su psicodinamia actual.

Objetivos específicos

Describir las variables o las causas que se encuentran asociadas con la depresión que padece un joven adolescente que asiste a un proceso psicoterapéutico.

Describir los efectos que tiene el estado depresivo en el adolescente en concordancia con sus relaciones objetales infantiles y actuales.

Describir los duelos que debe tramitar y reeditar el adolescente y la relación con la sintomatología depresiva.

Analiza la transferencia como eje fundamental en una cura psicoanalítica.

Historia clínica del paciente

Identificación

- o Nombre: Carlos Gómez
- o Edad: 16 años
- o Escolaridad: Secundaria
- o Género: Masculino

Motivo de consulta

“Necesito una extra ayuda que no busco en nadie. Creo que tengo ansiedad y desde hace 2 años empecé a consumir. Empecé con Clonazepam cuando vivía en Bucaramanga y luego 2CB estando también en Bogotá. Tuve dos incidentes allá en Bucaramanga donde se me fue la mano e inventé que quería suicidar para que no me cogieran. Yo soy de Bucaramanga y viví toda mi vida allá. Mis papás se separaron cuando yo tenía como 3 o 4 años y me fui a vivir con mi papá en Bucaramanga luego el consiguió trabajo hace como 3 años acá en Bogotá y yo me fui a vivir por primera vez con mi mamá. Con ella había muy mala energía, ella me manipulaba y siempre se hacía la víctima. Me obligaba a leer, ¿cómo es que se llama? El papel ese del divorcio, la patria potestad creo que es, cuando yo tenía como 10 años y decía que mi papá la trataba mal. Después cuando me mudé con ella me decía que, si yo me iba para Bogotá con mi papá que me olvidara de ella, pero me lo decía para manipularme porque después lloraba y me decía lo contrario.”

Descripción sintomática

Carlos refiere un alto malestar en cuanto a la vinculación con ambos padres. Manifiesta que “no siente nada”, se siente vacío y no disfruta de ninguna actividad que anteriormente sí disfrutaba como jugar fútbol y videojuegos. No presenta dificultad para

relacionarse con sus pares, sin embargo, tiende a aislarse debido a su malestar y al consumo de psicofármacos y de sustancias psicoactivas que le hacían sentir euforia y en sus palabras, “que no le faltaba nada”. Carlos siente que no pertenece y no logra identificar sus sentimientos ni ponerle palabras a sus emociones.

Historia personal

Carlos nació en la ciudad de Bucaramanga. Su embarazo no fue deseado, sin embargo, sus padres deciden casarse. Es hijo único de ambos padres. Nació y vivió en la ciudad de Bucaramanga con ambos padres hasta los 2 años, momento en el cual deciden separarse y Carlos se traslada a vivir con su padre, teniendo en cuenta que la madre no tenía los recursos materiales ni emocionales para sostenerlo.

En sus primeros años, Carlos estuvo al cuidado de sus abuelas, ya que ambos padres trabajaban. A los 14 años, el padre se traslada a la ciudad de Bogotá por motivos laborales, y Carlos se queda con su madre en la ciudad de Bucaramanga.

Es aquí cuando Carlos comienza a consumir Clonazepam para “relajarse”, pues afirma que su madre lo “manipulaba” y le hablaba mal del padre desde muy pequeño, motivo por el cual comienzan a aflorar sentimientos ambivalentes hacia ambos padres.

Carlos presenta una sobredosis y es trasladado al hospital, en donde manifiesta haber presentado un intento suicida, sin embargo, confiesa en la sesión que lo dijo en aras de que sus padres no sospecharan de su adicción. A raíz de lo sucedido, Carlos comienza un proceso psicoterapéutico a petición del padre, sin embargo, la madre interfiere varias veces en éste, dándolo por terminado.

Así mismo, las discusiones con su madre, los reproches y las frases como: “tu eres el culpable de mis males” o “eres igualito a tu papá”, en forma despectiva, continúan, exacerbando aún más los síntomas depresivos y el consumo de sustancias de este joven.

Carlos continúa con sus estudios, manifestando tener un buen rendimiento académico. Así mismo, refiere no tener dificultades para relacionarse con sus pares. Menciona haber entablado una relación amorosa con una chica por un tiempo, pero el consumo aumentaba en frecuencia e intensidad, motivo por el cual se aísla de su círculo social.

Meses después, Carlos viaja a la ciudad de Bogotá por motivo de vacaciones y toma la decisión de radicarse en dicha ciudad y vivir nuevamente con su padre. Sin embargo, decide devolverse a Bucaramanga luego de varios meses ya que no se sentía cómodo y se le dificultaba interactuar con el nuevo círculo.

En Bucaramanga continúa el consumo, pero esta vez decide probar, incitado por un amigo, 2CB (cocaína rosada), así como éxtasis y Tramadol, sufriendo así una segunda sobredosis que lo lleva al hospital nuevamente.

El padre le propone a Carlos volver a vivir en la ciudad de Bogotá junto a él a lo que el joven responde de manera afirmativa y buscan un colegio en donde se pueda integrar y pertenecer a un grupo con el cual se pueda identificar.

El paciente deja de consumir por 3 meses y “recae” como lo llama él, en varias ocasiones, sobre todo al volver a Bucaramanga por motivo de vacaciones. Estando en la ciudad de Bogotá decide consumir un par de veces y luego a medida que avanza el tratamiento, puede dejar de hacerlo, hasta el momento, pues afirma que está encontrando goce en otras actividades.

Historia Familiar

Como fue mencionado anteriormente, Carlos es hijo único de ambos padres. Actualmente su padre está casado, tiene 2 hijos pequeños, una niña de 1 año y un niño de 3 años, y vive y trabaja como químico farmacéutico en la ciudad de Bogotá. Por su parte,

la madre vive en Bucaramanga, se encuentra desempleada y recién terminó una relación de varios años con una pareja menor que ella.

Carlos refiere que no posee buena relación con sus padres. Sin embargo, se puede evidenciar una relación ambivalente con su madre, quien desde muy pequeño lo ha “manipulado” (en palabras del paciente) y le ha hablado de forma negativa y despectiva de su padre.

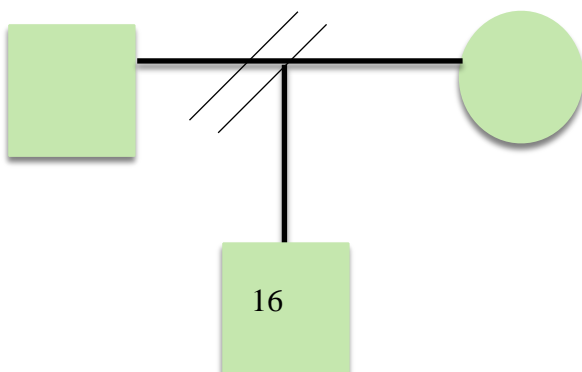
Según el padre, la madre de Carlos no cuidó de él a temprana edad ya que salía de fiesta con las amigas y tenía otras prioridades, por lo cual la abuela y el padre se hicieron cargo del menor.

El padre afirma que él acompañaba a Carlos todas las noches hasta que se durmiera, hasta los 10 años. Sin embargo, el joven refiere tener una relación distante y poco afectiva con el padre.

Así, Carlos refiere tener una muy buena relación con su abuela paterna y con su primo paterno quienes viven en la ciudad de Bogotá. No conoce el paradero de su abuelo paterno, quien abandonó al padre a muy temprana edad.

La familia de la madre vive en Bucaramanga y no tienen una relación estrecha. Su abuela materna falleció y su abuelo paterno vive en España y no poseen ningún tipo de relación.

Genograma



Proceso de evaluación

Para el proceso de evaluación se realizaron entrevistas en profundidad únicamente con el joven presente y se recogió información sobre su historia clínica en varias sesiones. Así mismo, se realizó una entrevista con el padre. Durante la evaluación se produjeron intervenciones como señalamientos, cuestionamientos y confrontaciones con el fin de posibilitar una demanda propia de análisis y propiciar así el tratamiento psicoterapéutico.

Conceptualización Diagnóstica

Según los lineamientos establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión, DSM-5, Carlos es diagnosticado con el Trastorno de Depresión Persistente (Distimia), teniendo en cuenta la intensidad y la frecuencia de los síntomas, según los criterios de evaluación que se encuentran a continuación:

- A.** Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está: ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras, personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

- B.** Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación
2. Insomnio o hipersomnias
3. Poca energía o fatiga
4. Baja autoestima

5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.
- C.** Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D.** Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.
- E.** Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F.** La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
- G.** Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, u medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Descripción de las sesiones

- Sesión No. 1: Entrevista inicial

Carlos llega al consultorio acompañado de su padre. Le pregunto que, si desea entrar con el padre o solo a lo que me responde, de manera inmediata, que prefiere solo. Lo invito a pasar al consultorio.

T: Carlos, cuéntame, ¿qué te trae por aquí el día de hoy?

C: Necesito una extra ayuda que no busco en nadie.

Creo que tengo ansiedad y desde hace 2 años empecé a consumir. Empecé con Clonazepam cuando vivía en Bucaramanga y luego 2CB estando también en Bogotá. Tuve dos incidentes allá en Bucaramanga donde se me fue la mano e inventé que quería suicidarse para que no me cogieran. Yo soy de Bucaramanga y viví toda mi vida allá. Mis papás se separaron cuando yo tenía como 3 o 4 años y me fui a vivir con mi papá en Bucaramanga luego él consiguió trabajo hace como 3 años acá en Bogotá y yo me fui a vivir por primera vez con mi mamá. Con ella había muy mala energía, ella me manipulaba y siempre se hacía la víctima. Me obligaba a leer, ¿cómo es que se llama? El papel ese del divorcio, la patria potestad creo que es, cuando yo tenía como 10 años y decía que mi papá la trataba mal. Después cuando me mudé con ella me decía que, si yo me iba para Bogotá con mi papá que me olvidara de ella, pero me lo decía para manipularme porque después lloraba y me decía lo contrario.

T: ¿Con qué frecuencia consumías?

C: Hace como dos años cuando empecé, comencé consumiendo como 1 vez al mes, luego cada 15 días y después casi que diario. Luego pasó lo de los incidentes y le bajé, me tocó parar cuando llegué a Bogotá y estaba súper ansioso, me compré un cigarrillo electrónico, pero fumé solo como 1 mes. Después volví a Bucaramanga y ajá consumí otra vez y fue cuando pasó lo del otro incidente hasta que me vine ya a vivir acá y a veces consumo

fármacos, el que encuentre que vendan sin receta en la farmacia y el otro día le pedí 2CB a un compañero del colegio.

A veces me hace falta Bucaramanga, tal vez quisiera volver, pero no por mi mamá.

T: ¿Por qué quisieras volver?

C: No se, Allá están mis amigos...

T: ¿Qué sientes cuando consumes?

C: Siento que no me hace falta nada, a veces siento como una euforia. Yo empecé a consumir por primera vez en Bucaramanga en el 2018. Cuando tuve el incidente mis papás duraron pendientes de mí como 15 días juntos sin pelearse, creo que fue la primera vez que estaban pendientes de mí de esa forma. Luego me vine para Bogotá unos meses y dejé de consumir, sentía la casa sola, sentía un vacío y decidí devolverme otra vez para Bucaramanga. Allá las cosas no estaban muy bien, no había comida en la casa y yo me gastaba la plata que me daba mi papá en vicio. Cuando pasó el incidente sentía que los estaba traicionando porque inventé que me quería suicidar.

T: ¿Alguna vez lo has pensado?

C: No lo hice por eso, pero pues sí a veces he pensado, ¿qué sentido tiene todo esto? La primera vez que me vine a Bogotá por un tiempo duré varios meses sin estudiar y me tocó repetir noveno y me sentía mal y aja decidí irme para Bucaramanga hasta que pasó el segundo incidente y me vine a vivir otra vez aca.

T: El segundo incidente

C: Sí, esta vez me tomé muchas pastillas de Codeína, me relajaba mucho, pero eso me dio como problemas renales, tenía una retención urinaria y medio me desmayé y a mi mamá le tocó llevarme al hospital. Esa vez inventé que me había tomado varias pastillas para dormir porque no podía dormir.

Yo tenía una relación con una niña y se acabó y sentí un vacío y tenía que llenarlo, ahí empecé con psicología después de todo lo que pasó, pero mi mamá decía que éramos era amigos y que ella no me estaba ayudando, fue a hablar con ella y le dijo que no me estaba ayudando y como a la semana pasó lo de que me pasé. En Bogotá también estuve un tiempo corto con una psicóloga, pero ella me hacía quedarme acá yo no interpreté el tratamiento como era, yo solo consumía fármacos. Después de eso volví a Bucaramanga y no volví a terapia hasta ahora que estoy viviendo en Bogotá que decidí venir, pero igual que esa vez porque yo lo pido, no porque mi papá me traiga, él trabaja bastante.

T: ¿Cómo es tu relación con tu papa?

C: Hm normal. El está casado y tiene dos niños una niña de 1 año y un niño de 3. Con ella es como distante la relación, pero no es mala. El trabaja mucho y la verdad casi no hablamos. Ellos a veces pelean y no se si se separan de pronto sentiría un vacío si se lleva a los niños como que la casa sola.

T: ¿Cómo es tu relación con los niños?

C: Normal, es que son muy pequeños todavía entonces no es mucho lo que hablo con ellos.

T: ¿Consumes estando en la casa con ellos?

C: Sí, a veces. Yo por lo general consumo solo, como te dije me relaja y a veces me hace sentir que no me falta nada. Yo siempre estoy encerrado en mi cuarto y ellos nunca entran.

T: ¿Consumes algo más?

C: Cuando llegué a Bogotá la primera vez estaba pasando por abstinencia entonces solo fumaba cigarrillo.

T: ¿Abstinencia?

C: Sí, cuando llegué no podía consumir por aja lo que había pasado y me compré un cigarrillo electrónico. Es que en el colegio que estuve acá en Bogotá me metieron porque

era donde estudiaba mi primo y ese colegio es pequeño, no tiene muchos estudiantes y yo no tenía casi amigos y la primera vez que vine el rector era súper pesado y el como que investigaba a los estudiantes y supo que yo consumía y me dijo que lo dejara de hacer y yo dejé de consumir como por 1 mes y aja después ya me devolví a Bucaramanga.

En este momento llevo mas o menos 1 mes fumando el cigarrillo electrónico, pero no me gusta mucho, o sea no es lo mismo.

T: No sientes lo mismo

C: No...

Realizo el encuadre, le doy las gracias por su valentía al contar su historia y le digo que puedo ser esa ayuda extra que está buscando, cuadro con él un mismo día y una misma hora para vernos semanalmente a lo cual el joven accede.

- Sesión No. 2

C: Hola

T: Hola, ¿cómo estás?

C: hm bien (actitud de nada me importa). He estado más insensible que nunca, mi mamá también me lo dijo. Antes las cosas me importaban más pero ya no.

T: ¿Qué cosas?

C: Todo.

T: ¿Crees que tenga relación con el hecho de dejar de consumir?

C: No se, la verdad no le había visto la relación.

Luego le hablo de los síntomas del síndrome de abstinencia y le pregunto qué piensa sobre ello. Se queda en silencio un momento y contesta:

C: He estado comiendo mucho y fumando jul (cigarrillo electrónico). Trato de bajarle, pero me dura 1 semana y de ahí no pasa, yo trato porque me doy cuenta.

T: ¿Y la comida?

C: Me dan ganas de comer por ejemplo 15 minutos después del almuerzo y empiezo a buscar qué hay, sino hay nada entonces me quedo quieto, se me pasa y luego otra vez me dan ganas y tomo mucha agua. Antes en Bucaramanga yo podía durar 3 días sin comer, además que en mi casa nunca había nada y yo tomaba mucha agua y consumía.

T: ¿Cuánto consumías?

C: Cocaína hasta que se me acabara, normalmente 0.8gr que es lo que me vendían y éxtasis, pero eso no crea adicción, la partía en dos o a veces me la tomaba entera. La codeína me dejaba más como bobo, me daba más sueño, mi mamá lo notaba y me decía que estaba borracho.

T: ¿Cómo dormías?

C: Duermo bien, a veces me duermo a las 9:00 pm y me levanto a las 5:00 am ya para ir al colegio, a veces si me duermo 12:00pm – 1:00am y me levanto a las 4 o 5 de la mañana, pero no me levanto en mitad de la noche, eso varía mucho. Con la Codeína o Clonazepam dormía las 8 horas. Mi papa me dio una natural, Dormiplex algo así y lo intenté, pero no es lo mismo.

T: ¿No sentías el mismo efecto?

C: No, es muy diferente, eso no me servía.

Evade el tema sobre qué sentía, se queda en silencio y comienza a recordar cuando su madre le pegaba, le daba cachetadas o golpes en el pecho y añade:

C: Mi mamá me hacía leer el documento de la patria potestad, varias veces. Yo vivía donde mi papa los días de semana y todos los fines de semana me iba para donde ella pero supuestamente ahí decía que era de jueves a lunes y yo me iba el viernes por ejemplo y mi papá me llamaba un sábado que quería ir a cine y mi mamá se ponía como loca, siempre me hablaba mal de el entonces yo llegaba a la casa de mi papá y peleaba con él, no se lo decía pero peleaba con él. Ella me decía siempre que yo era igual a él.

T: ¿Ese era el motivo de sus peleas? ¿Veía a tu papa en ti?

C: Sí y eso no es mi culpa y se lo dije la confronté que ella no tenía por qué desquitarse conmigo, pero a ella todo el entra por un oído y le sale por otro. Ella dice que yo soy agresivo.

T: ¿Agresivo?

C: Yo soy un agresivo decente, nunca le alzo la voz ni le grito, pero le digo lo que pienso y a ella no le gusta. Antes le creía más a ella porque me dejaba manipular, pero ahora de grande en verdad le creo más a mi papá. El dice y mi abuela lo ayudó y mi madrina con la custodia, ella misma dijo que yo tenía mas futuro con mi papa y que con el tenía mas oportunidades. De hecho, ella a veces me lo decía que ella me dejó ir por eso y en otro momento me dice que mi papá me llevó entonces yo le creo más a mi papá.

T: ¿Tu decidiste entonces venirte a vivir con tu papá?

C: Mi papá me dijo que nos tomáramos unos whiskeys y eso hace rato no pasaba como hace 2 años, y ese día tomando le dije que me quedaba acá y no sabía como decirle ni como decirle a mi mamá, entonces la llamé y ella sabía que algo le tenía que decir y me dijo: ¿me tiene q decir algo cierto? Le dije y se puso brava, mi papá me dijo que si yo me iba, él no respondía más porque esas peleas con mi mamá eran entre nosotros y el no se podía meter.

T: ¿Te arrepientes de tu decisión?

C: No, sí, a veces. Y no por mi mamá, por el vicio.

T: Por el vicio...

Se queda en silencio por unos minutos y no habla más del tema. Decido entonces indagar por sus aficiones.

T: ¿Tienes algún hobby?

C: Antes me gustaba mucho el fútbol, más que todo en Bucaramanga, ahora nada.

T: ¿Videojuegos?

C: También todo eso lo hacía antes, ahora no disfruto nada, no me dan ganas de hacer nada.

T: ¿Nada?

C: Nada...

T: Me has comentado que antes eras más afectivo.

C: Con mis papas no soy afectivo, con mi papá nunca y creo que por eso lo quiero, así es mejor un abrazo uno que otro día cada 15 días por ahí, pero con mi mamá yo me obligaba y nunca me nacía. Cuando alguien me gusta sí soy afectivo, pero ahora nada, creí que me gustaba alguien, pero ya no.

T: ¿Ya no?

C: No

T: ¿Qué sientes?

C: No siento nada.

T: Hemos hablado de rabia, de dolor y de tristeza...

C: Antes no los denominaba sentimientos, sino más bien la felicidad, o sea lo bueno. Pero sí, son cosas que siento. Me da rabia y tristeza más que mi mamá cuando me pegaba luego

hacía como si nada a los mismos golpes. Me sentía débil porque no podía hacer nada. Me ponía a llorar y me iba par el cuarto.

T: ¿Y qué pasaba después?

C: Me pedía perdón, pero ella hacía como si nada. Mi papá también llegó a pegarme y también me pedía perdón, pero el si era más distante, no como ella que hacía como si nada.

T: Y eso te dolía aun más

C: Sí...

Se acaba el tiempo, hago un resumen de la sesión y le digo que hemos podido ponerle nombre a eso que siente como la rabia y la tristeza, que aun cuando sean negativos, son sentimientos, y le digo que nos vemos la próxima semana.

- Sesión No. 3

T: ¿Cómo te sentiste en los exámenes?

C: Bien, ya terminé todos

T: ¿Cómo te fue?

C: Hace señas con la mano indicando: “mas o menos” y dice: pero mucho mejor que en Bucaramanga.

T: ¿Qué crees que cambió?

C: No se, debe ser el círculo social. Acá son más estudiosos. Como que sí les importa. A mi nunca me ha ido mal, pero me da pereza estudiar. Pero toca.

(Yo sonrío y el me devuelve una sonrisa levemente. Es primera vez que lo veo sonreír).

T: ¿Qué materia te gusta más?

C: Las que no me da tanta pereza son como matemáticas, física y química.

T: ¿Cual prefieres de esas?

C: Física y química.

T: ¿Te gustaría estudiar algo relacionado con esas materias?

C: Sí, química farmacéutica. Además, mi papá es químico y podría ser como un mentor. También antes pensaba mucho en aviación esa es mi primera opción, pero he averiguado y acá en Colombia piden el registro de psicología y la historia y eso y yo ya estoy marcado por los dos incidentes. He averiguado y mi mamá me dijo que eso lo pedían entonces que no creía que podía, ah no mentira fue mi papá. Bueno y además es costosa, somos 3 hijos, mi papá también ayuda a mi abuela, a mis tíos.

T: ¿Lo has hablado con tu papá?

C: No, pero el lo evade es que igual todavía faltan como 2 años.

T: ¿Estás en 11, cierto?

C: Sí, pero mi colegio tiene 12, yo me debería graduar en 1 año por el colegio anterior

T: ¿Hay cosas que ya has visto?

C: Sí, pero hay otras que no entonces se compensa.

T: Relacionas la química con tu papá, y ¿con que relacionas el querer estudiar aviación?

C: Con estar lejos de casa.

T: Por un lado, quieres volar para estar lejos de casa, pero por otro, quieres quedarte en casa y que tu papá sea tu mentor.

C: Pero esa es la opción B.

(Se puede observar la resistencia por parte del paciente, la cual se la muestro nuevamente más adelante).

T: Entonces no hay un desinterés del todo

C: Siento que sí es en todo

T: ¿Y quisieras dejar de sentirlo?

C: La verdad no. No quiero ser tan sensible como antes, pero a la vez extraño que me gusten ciertas cosas.

T: ¿Cómo cuales?

C: No se, jugar fútbol...

A veces estoy por ejemplo concentrado en clase y pienso en muchas cosas, como que toda la bulla se va y yo me pierdo.

T: ¿Te pierdes?

C: Sí en mis pensamientos, pienso en qué va a pasar conmigo, en que va a pasar con mi papá y mi madrastra, luego pienso que me da igual y que no me importan, pienso en Bucaramanga.

T: ¿Piensas en consumir?

C: No. Antes sí cuando llegue la primera semana, pero ya no, ya ni eso. Bueno en mi mama también pienso. En mi futuro y en mi pasado.

T: ¿Y en tu presente?

Se queda callado un rato y luego dice:

C: no se, todo me da igual.

Hay un silencio y luego decido hablarle del tema de psiquiatría. Le digo que me parece importante tener la opción abierta, teniendo en cuenta el caso y sus síntomas, en aras de contar con una ayuda extra que favorezca su proceso para recuperar el interés y el placer.

C: Lo tendría que pensar, me acuerdo de la primera vez que tuve el incidente y me llevaron como a un sanatorio y había 2 opciones una era quedarme ahí interno inyectarme

y hacerme de todo hasta que el medico considerara, 2 o 3 años o 2 meses o la otra era que mi mamá firmara que la próxima vez se iba para la cárcel y yo al bienestar.

T: ¿A la cárcel?

C: No se bien o creo que era que le quitaban mi patria potestad y yo me iba par el bienestar, entonces no se.

T: Tuviste una mala experiencia con psiquiatría

C: Sí

T: Esto sería diferente, yo acompañaría el proceso, no irías a una clínica sino a una cita con él para poder nivelarte y regular tu estado de ánimo.

C: Lo voy a pensar...

Hay un silencio y le pregunto por su relación con sus familiares.

C: Mi mamá me llama a veces llorando y me echa la culpa de todo y después me llama a los 2 minutos y me dice que perdón. Me da más rabia que hagan como si nada. Mi papá evade el conflicto. Me da mas rabia eso a el conflicto como tal.

T: ¿Cómo lo evade?

C: Mi papá uno nunca sabe cuando esta triste. Jamás lo he visto llorar, siempre esta es estresado bueno y feliz cuando toma. El es inexpresivo y mi mamá es todo lo contrario.

T: ¿Todo lo contrario?

C: Muy emocional

T: ¿Qué emoción prima?

C: Hm no se si llamarlo tristeza, pero creería que sí.

T: ¿Y la has visto feliz?

C: Así como feliz riéndonos todo un fin de semana hace rato que no. Cuando era pequeño. Cuando tenía su pareja con la que duró 8 años.

T: ¿Y como era esa felicidad?

C: Me acuerdo una vez hace años riéndonos de algo, nos reímos mucho, pero eso fue hace mucho y no ha vuelto a pasar.

T: ¿De qué se reían?

C: No me acuerdo...

T: ¿Ella ha trabajado?

C: Sí pero no se porque se le acaban los contratos ella es técnica en química y ahora hizo un curso e el Sena para proyecto de química, pero no se ella dice que lo esta intentando y nadie le da trabajo. Cuando nació ella trabajaba por turnos y me decía que no dormía que no le gustaba no se porque me decía esas cosas a mi. A mi me cuidó fue mi abuela, la mamá de mi papá porque ella no estaba y me decía que terminaba en psiquiatría y psicología porque no dormía y no me podía ver.

T: ¿Cómo es tu relación con ella (abuela)?

C: Perfecta. Yo antes iba mucho allá con mi primo y almorzábamos con ella y hablábamos de todo.

T: ¿Y ahora?

C: Nada no he vuelto, ya ni de eso tengo ganas.

T: ¿Han hablado?

C: No, creo que ella nota mi desinterés y mi primo a veces también.

T: ¿Tu primo?

C: Con el sí me gusta estar, pero por ejemplo estuve en Santa Marta la semana pasada y me tocó ir obligado, a mi no me gusta salir, pero aja me tocó. Mi papá me dijo vamos, vamos además ya llamé a tu primo y el también va. A mi no me gusta compartir con mi

familia, pero bueno con mi primo sí, pero, aunque el estaba no se yo estaba sin ganas.

Igual recocho con el y me río, pero hasta ahí.

Me acuerdo que cuando era pequeño mi mamá no se como logró que mi papá me mandara

1 semana y me tocó, o sea también estaba obligado.

T: Obligado

C: Sí, yo no quería estar ahí.

T: Incluso desde pequeño

C: Ajá

T: ¿Crees que invitar a tu primo tiene relación con el hecho de que no te gusta salir y
tuvieras con quién compartir?

C: Tal vez si lo hace con buena intención, pero a mi no me gusta salir.

T: ¿Por qué no te gusta salir?

C: No se, no me dan ganas

T: ¿Tu primo sabe que te sientes así?

C: No, el sabe que yo vengo a psicología, pero no sabe por qué. No me gusta contar mis
cosas ni hablar con las personas sobre eso.

T: ¿Sobre eso?

C: Sí, sobre los incidentes y eso

T: ¿Y cómo es tu relación con el resto de tu familia? ¿Tu madrastra, tus hermanos?

C: Yo se que mi madrastra se va a ir en algún momento, pero no quiero que se lleve a los
niños igual yo no comparto nada con ellos, pero no se... Con ella es buenos días, buenas
noches hasta ahí no me cae mal ni nada, pero no tengo una relación con ella. Con mi papá
tampoco es que hable mucho, me he sentado a hablar con el 2 o 3 veces máximo, así de
la vida. El también me decía cosas de mi mama. Pero yo creo que siempre le he creído

mas a mi papá, bueno a mi mamá también. Digamos que un 60% a mi papá y un 40% a mi mamá.

T: Has estado de un lado hacia el otro sin saber qué o a quién creerle

C: Sí...

T: ¿Te gustaría hablar con tu papá más a menudo?

C: En este momento no, me da igual.

Se acaba la sesión y le digo que piense lo que le comenté sobre psiquiatría y sobre el sentir, ya que me ha hablado de que hay desinterés, pero también hay rabia que es la emoción que ha expresado en varias ocasiones y sobre la cual podemos trabajar.

- Sesión No. 5

T: Hola, ¿cómo estás?

C: Bien, empecé a jugar fútbol hace como 3 semanas y pensé que no iba a poder, no me lo creía, mis amig... mis compañeros me dijeron: oye qué bien y el entrenador también y me sentí bien.

T: Tus amigos...

C: Son más mis compañeros, no son amigos, bueno algunos sí pero no mucho

T: Te sentiste parte.

C: Sí. Acá la gente es mas amable, en Bucaramanga te saludaban 2 o 3 acá todos me saludan y me dicen que bien jugaste y sí la verdad me hicieron sentir parte.

T: Y tu te sentiste parte.

C: medio sonrío y se queda en silencio.

T: ¿Por qué dices que no te lo creías?

C: No se, es que además ahora tengo como 10kg de más y esto me da rabia y me acompleja, yo jamás me había sentido así. Todas las mañanas me veo en el espejo y no me gusta como me veo. Antes estaba flaco y prefería, pero no por las drogas, pero sí me gustaba estar falco. Yo digo que estoy gordo es por la ansiedad y mi madrastra me lo dice y mi papá también y se ríen y me da mucha rabia. Mi papá me dice que antes parecía un fantasma y también me daba rabia.

T: ¿Lo decían por preocupación?

C: No. Lo dice con una risa como del guasón, y si le digo me va a decir que sí lo dice por bien pero no se si creerle y como no quiero discutir con el mejor no le digo nada. Pero me da rabia y no me gusta verme así, me acompleja. Cuando llegué comía mucho.

T: ¿Qué comías?

C: Hamburguesa, pizza, sobre todo hamburguesa.

T: ¿Cuál es tu favorita?

C: McDonald's, Presto, Topping que queda por mi casa... He probado todas las de Bogotá (sonríe levemente yo sonrío de vuelta).

Hay un silencio.

C: Me voy para Bucaramanga el 20. Me da miedo devolverme llorando o que me duro como la vez pasada porque además estaba la chica con la que estaba, mis amigos... No tanto por mi mama.

T: ¿La chica? ¿Quisieras hablar de eso?

C: Bueno pues si. Estuve con una chica que me gustaba mucho, pero se terminó.

T: ¿Ella sabía q consumías?

C: Sí pero nunca me dijo nada. Un amigo me decía q de pronto era eso, pero ella no me decía, y era curioso porque cuando no estaba con ella consumía y cuando estaba con ella no, pero era grosero, agresivo. No de hacerle algo ni nada sino como de groserías como que estoy mamado en esta pinche casa cosas así y yo creo que ella se aburrió y me terminó.

T: ¿Te dijo por qué lo hizo?

C: No. Me dijo que lo sentía, pero nunca me dijo por qué, si fue por la droga o que, pero delante de ella nunca estuve así mal.

Le digo que le quiero mostrar algo y tomo unos lápices en mi mano, él se acerca a mí prestando mucha atención. Yo tomo uno por uno y le voy diciendo qué representan:

T: este representa el fútbol, este el play, este otro tus amigos, este los momentos que has vivido con tu primo, con tu abuela, con tu papá, con tu mamá. Y aquí está el dolor que has sentido cada vez que visitas a tu mamá. Esto te duele tanto que lo que hiciste fue tratar de dejar de sentir, entonces dejaste el placer que sentías jugando, compartiendo, etc. y aquí le quito todos los lápices y mi mano queda vacía, y agrego: Por soltar uno, soltaste todos y sientes un vacío muy grande, y una cosa se llevó a todas las demás. De lo que estás perdiendo...

C: Sí, así me siento vacío.

T: ¿Quisieras recuperar estos lápices?

C: Hm, no se. No se si todos... (Mira bastante los lápices, siento que se aguan los ojos, pero creo que es una impresión, aunque sí sentí movimiento).

C: El fútbol puede ser uno de esos lápices (se queda luego en un silencio largo).

He pensado en lo del psiquiatra y me parece que puede ser después del viaje, porque puede que llegue bien e igual sigo necesitando la ayuda o puede que llegue mal y aja

también la necesito. Yo creo que puedo controlar mis emociones y como sentirme, voy a empezar por el fútbol.

T: Confío en que así será, pero a veces necesitamos de una ayuda complementaria para el proceso y se que juntos lo vamos a lograr.

C: No creo igual que vaya a disfrutar de una cuando juegue fútbol.

T: Pero de pronto sientes algo, me has dicho que te has sentido bien cuando juegas

C: Sí...

- Sesión No. 7:

T: Hola, ¿cómo estás?

C: Bien...

T: ¿Cómo va todo?

C: Bien, he jugado fútbol y me he sentido bien, y no se últimamente he estado pensando mucho en hacerme la pregunta de si en verdad yo a esa chica la amo. No se porqué. Aunque bueno to empecé con ella hace como 1 año desde octubre entonces de pronto es por eso. Octubre, noviembre, diciembre...

T: Octubre fue el mes que empezaste a consumir.

C: Sí.

T: ¿Y crees que la amas?

C: No se. Tal vez la amé, pero ya no

Silencio largo.

T: ¿Te parece bien si reconstruimos una línea de tu consumo para ir hilando y reconstruyendo tu historia?

C: Sí. Empecé a consumir en octubre del 2017, en una fiesta que no había ni trago. Un amigo me dijo que probáramos el Clonazepam. Lo probé por curiosidad y me gustó.

T: ¿Qué sentiste?

C: Me sentí relajado. A mediados del 2018 me vengo para Bogotá y duro encerrado 6 meses mientras lo del colegio y encontramos el mimo en el que estudiaba mi primo. Entro ahí y empiezo a consumir Codeína.

Lo de la chica en Bucaramanga ya había empezado, pero yo me había alejado de mis amigos y ella estaba con un amigo mío, pero yo no sabía. Yo decido irme para Bucaramanga y allá empiezo a verla, a salir cada 8 días y no consumía nada. Luego quise probar el LCD (abajo lo explico) pero por curiosidad, después el 2CB...

T: ¿Cómo conseguías los fármacos?

C: El Clonazepam era difícil de conseguir porque era recetado, entonces empecé a buscar y a investigar más y encontré que la Codeína la vendían sin fórmula. Me la tomaba en jarabe y la mezclaba con gaseosa. Primero 1 cuarto, y luego me llegué a tomar 2 frascos enteros.

Luego pasé a Tramadol y a veces tomaba hasta 10 pastillas antes de ir al colegio porque empecé con 2 pero no me hacían efecto, después con 4, después con 6 hasta que terminé con 10. A veces combinaba el Tramadol con la Codeína.

Luego probé el LCD: te hacía como alucinar, pero luego ya me hizo llorar, porque te hacía recordar cosas que te habían pasado. Si algo te daba risa pues reías, pero si te acordabas de algo triste llorabas y eso no me gustó.

Después un amigo estaba cocinando 2CB y su receta me daba mareo y no me gustó mucho. Luego otro me dijo que tenía otra receta y necesitaba quien se lo vendiera, pero yo nunca lo vendí porque eso me daba miedo y no tenía mucha gente tampoco pero entonces lo probé y me gustó porque me relajaba, pero aun así fluía, podía dar presentaciones en clase y fluir aun cuando estuviera ralentizado.

Cuando estaba en Bogotá en el colegio de mi primo, el rector nos vigilaba, a mi primo hasta le tomaron una foto cuando con un amigo y era el amigo el que estaba fumando, pero igual lo regañaron. El me dijo que sabía que yo consumía y llamó a mi papá, entonces yo dejé de consumir por miedo a que me cogieran o algo. Mi papá me dijo que empezara psicología y empecé a ir y no consumía. Me empezó el síndrome de asistencia y fue cuando empecé a comer mucho.

Luego del 2CB probé el éxtasis y decidí irme nuevamente para Bucaramanga. Allá seguí consumiendo y fue cuando pasó el segundo incidente. Yo iba a venir a Bogotá para Carnavales, mi papá había hasta pedido permiso en el colegio de Bucaramanga y todo, pero yo nunca llegué porque eso pasó el sábado que me iba. Mi papá dijo que el no iba a ir y que mi mamá y yo nos entendiéramos y que ella lo tenía que solucionar. Yo dije que me tomé unas pastillas porque no podía dormir bien. Pero luego mi papá me dijo que viniera y que decidiera si quería quedarme acá o en Bucaramanga. Yo estuve unos días acá y fue cuando decidí mejor quedarme del todo y el me buscó entonces un colegio y dejé de consumir.

T: ¿Qué sentías cuando consumías éxtasis?

C: El éxtasis me hacía sentir completo, uno no se puede volver adicto porque hay que esperar 48 horas para volver a consumir y eso era lo que me daba rabia.

T: ¿Esto es parecido a lo que me dijiste que sentías cuando estabas con la chica en Bucaramanga?

C: Sí. Y la marihuana, pero me daba mucha hambre y no podía gastar el doble, entonces nunca me gustó. Y pues el tema de mi mamá...

T: ¿El tema?

C: Yo siempre digo que mi mamá está loca. Yo creo que tiene algo, bueno ojalá que no. Pero es muy manipuladora. A los 6 años me dijo que mi papá la drogaba. Ella siempre me ha manipulado, los domingos que te he contado que me hacía esas llamadas llorando y me hacía llorar a mi. Una vez mi mamá peleó conmigo la vez que me echó de la casa y salió corriendo y casi se la lleva un carro ella caminó así lento entre los carros y mi padrastro la agarró del brazo. Por eso mi abuela también me cuidaba. Pero mi mamá me dice que su mamá era así, y me cuentas cosas malas de su relación.

T: ¿Repetición?

C: No se si ella está repitiendo eso conmigo

T: ¿Y con respecto a tu papá?

C: No se si ella repite la relación de mi papá conmigo. Yo no entendía ni por qué estaban separados y ella me decía de todo y que yo era igualito a mi papá que yo le recordaba mucho a él.

Se queda en silencio y dice: No quiero ir a Bucaramanga, ni tampoco Pereira, me quisiera quedar encerrado.

T: Te note un poco de interés con la ida a Pereira la sesión pasada

C: Bueno, no se, o sea allá si lo paso chévere y eso, pero no quisiera hacer nada.

- **Sesión No. 23:**

T: ¡Hola Carlos!

C: Hola, ¿cómo estás?

T: Bien y tu, ¿qué tal te fue en los exámenes?

C: Bien ya salí de todo, me fue bien. No se ni de dónde saqué confianza, pero hasta hablé más del tiempo que duraba la exposición. Pero antes me estreso, siento que me falta algo.

Me estreso hasta no terminar todo.

T: ¿Cómo con las drogas?

C: Sí, más o menos. Tuve una recaída el lunes, fue horrible. Me vio mi papá, mi madrastra, le conté todo. El domingo cumple mi mamá y mi abuela cumplía, pero eso no tiene nada que ver. Me sentía vacío, desorientado. Hay una pastilla que se llama Zolpidem pero necesita fórmula entonces pedí Zoplicona. Me sentía como azarado, como si estuviera haciendo algo malo, me temblaban las manos. Antes esto no pasaba, creo que es algo bueno. Me tomé 2 pastillas y nada, como a l ahora me sentía, así como dormido y me tomé otras 2. Mi madrastra me pidió un favor y cuando salí estaba con los ojos para arriba, abajo, mal. No me acuerdo mucho. Mi papá me preguntó que qué me pasaba y le conté. Le dije que to consumía hace 2 años y medio. El me preguntó que, si me quería matar, le dije que no. Ayer tuve mucha rabia de que el sepa eso, de que yo le haya contado de esa forma. El y ella están bien, actuando normal, es raro. Me preguntó si necesitaba algo, hasta me dijo que me quería y yo como qué, ¿qué qué? Como me va a decir eso si casi le causo un infarto con eso que le conté porque el sufre de la presión.

T: ¿Será que querías ya contarle y que el supiera lo que estás sintiendo?

C: No lo hice con esa intención, pero bueno la verdad es que ya era hora que él supiera. Esto lo acepté apenas hoy.

T: ¿Y cómo te sentiste?

C: Me sentía vacío, bloqueado no se si es por el encierro, lo dudo. Fue cuando ya había terminado las exposiciones.

T: ¿Lo relacionas con las exposiciones, que ya se acaba el colegio lo cual incluye la parte social?

C: Puede ser, tal vez fue eso. Pedirle perdón a mi papá fue un descanso. Él no tiene la culpa. Uno como pide perdón porque consumo hace 2 años. Y en mi casa no hemos sido mucho de pedir perdón.

T: ¿Tu mamá?

C: Ella si nunca supo pedir perdón, siempre lo hacía, pero después actuaba como si nada. Siempre te he dicho que eso me da rabia. Yo siempre he sufrido por la ira. Mi papá también lo dice que eso es por mi mamá.

T: Y esa rabia da la vuelta contra ti mismo y sientes culpa

C: Sí. Y pena conmigo mismo cuando le conté, yo no puedo ni mirar a mi papá a los ojos, ¿decirlo te quiero? Creo que me desmayo, sería como un suicidio, se ríe. Nunca me lo ha dicho sin tragos así de la nada.

T: ¿Suicidio?

C: (Se ríe), como un decir, es que no se, sería muy raro...

T: Y nuevamente aparece la culpa

C: sí, la verdad me da mucha pena con ellos y sobre todo con él. Pero bueno, como siempre decimos, poco a poco y sonrío.

T: Poco a poco...

C: He estado haciendo ejercicio, empecé una rutina de cardio y me ha gustado, me estoy despertando temprano y estoy jugando más play. Le he bajado también ful a la comida porque me iba a seguir engordando, sonrío.

T: El interés y el deseo están volviendo, te estás permitiendo disfrutar.

C: Sonrío y dice, Bastante, poquito a poquito.

- Sesión No. 26

T: Hola Carlos, ¿cómo estás?

C: Hola, bien... Se queda callado

T: ¿En qué piensas?

C: He pensado que el que tenía que superarlo era yo y dejar de pensar tanto.

T: ¿Superar?

C: Sí, pienso mucho en las dos crisis que tuve, el supuesto intento de suicidio y el que quería dormir, pero era mentira, yo era adicto al 2cb. Me puse a pensar en todo y en verdad ya es hora de dejar eso atrás, ya no siento las mismas ganas de consumir, esa vez que te conté de la última recaída ni siquiera me sentí bien, no se ni por qué lo hice, por primera vez me dieron hasta nervios, antes yo en Bucaramanga consumía y no me importaba si mi mamá estaba o no en la casa y acá también. Es más, ya hasta estoy dejando la puerta abierta de mi cuarto y es inconsciente, antes siempre estaba cerrada.

T: Abriéndoles la puerta a tu vida

C: Ya era hora de dejarlos entrar... Silencio y continúa: Igual no soy el más amoroso, tampoco es que ya estoy siendo el más cariñoso ni nada, esa parta amorosa la tengo de mi mamá porque como hemos hablado mi papá es cero afectivo, pero lo estoy tratando.

T: ¿Cómo sientes esa parte amorosa?

C: Dejando la puerta abierta

T: ¿Qué más crees que implica dejar la puerta abierta?

C: Creerme ese te quiero hijo que me dice mi papá, el te quiero que me dicen mis amigos, no consumirme en mis pensamientos.

T: No consumir

C: Siento que estoy muy cerca de dejarlo aunque eso no tiene un tiempo. Me da le da nada.

T: ¿De la nada?

C: Antes había motivos, esta vez no. Siento que llegará un momento que tengo que caer

T: ¿Por qué sientes que tienes que caer?

C: No sé, viajar a Bucaramanga, lo asocio con eso

T: Crees que si viajas donde tu mamá, vas a recaer

C: Cada caída hay más confianza como de mi papá

T: Fuiste visto por él en las recaídas y sin ellas también eres visto por él

C: Sí, hacer parte digo yo. Para que cerrar la puerta si ya está abierta. ¿Cómo es que decimos?

T: Poquito a poquito

C: Sonríe, así es.

- **Sesión No. 28**

T: Hola Carlos, ¿cómo estás?

C: Hola, Bien

T: Bien...

C: Sonríe, Es que creo que nunca te había contado sobre una amiga, fue como mi primer amor. Ella hace 2 años se fue a vivir a Panamá y seguíamos hablando super bien y eso y este año sí había estado indiferente y hace una semana me enteré que tiene novio.

C: ¿Qué sentiste cuanto te enteraste?

T: Rabia. No se me dio en el ego, es como estar dormido, pero estando despierto

T: Dormido estando despierto, ¿cómo cuando consumías?

C: Yo empecé las drogas por amor, por despecho. Me sentía mal, solo. Todo se juntó. Vivía con mi mamá, mi papá en Barranquilla, una amiga estaba con un amigo, yo abría la nevera de mi casa y no estaba llena, nose nada estaba funcionando. Yo me tomaba el Clonazepam y me sentía más y más solo.

T: Tratando de llenar la nevera vacía

C: Sí... Daniela se llama. Ahorita igual tengo más ventajas, estoy haciendo ejercicio, durmiendo mucho mejor y alimentándome bien, ya no estoy abriendo la nevera y comiéndomela toda.

T: Ya la nevera está llena y no tienes que abrirla para llenarla, así como la puerta está abierta

C: Sí, sonrío y se queda en silencio.

La verdad tengo rabia por lo de Daniela, ese vacío no era solo por ella, en verdad es como rabia.

T: ¿Qué quieres hacer con esa rabia?

C: Uy, buena pregunta, sonrío. Fui a trotar, dar vueltas y nada. Antes cuando tenía rabia le pegaba a las paredes, tenía rabia conmigo mismo.

T: ¿Y ahora?

C: Antes consumía jarabe para la tos, dejé todo porque mi papá se dio cuenta, estaba parriba y pabajo tenía mucha rabia conmigo mismo porque mi papá se había dado cuenta.

Pero ya cuando tengo rabia no me dan ganas de consumir y ya no creo que lo haga.

Mi madrastra y mis hermanos se fueron de viaje y pensé que los iba a extrañar, pero nada, todavía me es indiferente lo de mis hermanos

T: Cuando están en la casa y dejas la puerta abierta ellos entran y los has disfrutado

C: Sí la verdad me he hasta reído con ellos, salen a veces con unas cosas pero pensé que me iban a hacer falta y nada

T: y aún así estás hablando de ellos...

Sonríe y se queda en silencio

C: Creo que con lo de Daniela yo me hice muchas expectativas, como que estaba esperando que ella me dijera algo no se me llenó de miedo es como miedo al miedo, ansiedad. Es que no te puedo decir que la amo, tengo 17 años, no se, eso me estresa.

T: Dices que no la puedes amar porque tienes 17 años, pero aún así sientes que la amas y tienes rabia porque tiene novio y no pudiste hablar con ella. También dices que no extrañas a tus hermanos, pero hablas de ellos, por alguna razón pensaste en ellos. Te estás permitiendo amar y amar de distintas maneras que de pronto no conocías e identificando tus sentimientos como la rabia y la impotencia que sientes.

C: Sí, debe ser. Sonríe...

Marco conceptual de referencia

Constitución del aparato psíquico

La teoría psicoanalítica le otorga gran importancia a las primeras relaciones interpersonales que establece el ser humano desde su nacimiento. Así, la constitución psíquica ha sido un factor que ha sido motivo de estudio para varios autores a través de los años, los cuales revisaré brevemente para llegar al objetivo principal del presente estudio, analizar la relación entre la depresión de un adolescente y el consumo de sustancias y el vínculo con su psicodinamia actual.

El fundador y padre del psicoanálisis, Sigmund Freud, fue uno de los primeros en hablar sobre el aparato psíquico y en establecer la construcción de un yo que se va a formar ligado al consciente y al inconsciente. (Barroso, 2012)

Freud estudió el aparato psíquico a través de varios puntos de vista y de las teorías pulsionales, las cuáles solo mencionaré para efectos prácticos, teniendo en cuenta que éstas no son el centro de la investigación, pero aportan un contexto en cuanto a la constitución del ser humano.

Desde el punto de vista topográfico, Freud establece los términos consciente, preconscious e inconsciente para referirse al aparato psíquico. Luego lo aborda desde el punto de vista estructural en donde adiciona tres instancias cargadas de energía dinámica, el ello, el yo y el superyó. En su tercera teoría pulsional, Freud propone que “la vida del ser humano es el resultado de dos tipos de fuerzas pulsionales en un continuo interjuego.” (Brainsky, 2003, p.101).

Freud estudió el desarrollo psicosexual del ser humano a través de varias etapas, teniendo en cuenta la ubicación de la libido, el desarrollo del yo y las relaciones objetales: etapa oral, anal, fálica y latencia.

En algún momento crítico de su desarrollo, el niño, unidad biosociológica y social, sufre un trauma, o mejor, una vivencia traumática o una serie de éstas, que lo inundan en la medida en que, desde el punto de vista económico, la intensidad de lo sufrido desborda la capacidad del yo infantil para manejarlo. (Brinksky, 2003, p. 256).

Por su parte, Jaques Lacan, (como se citó en Jiménez, 2014) en el seminario 11: “Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis”, da cuenta de la existencia de la alienación y la separación como procesos indispensables para que “un sujeto aparezca en el campo del Otro o en la trama simbólica”. (p.89)

Para Lacan (1964), “el Otro es el lugar donde se sitúa la cadena del significante que rige todo lo que, del sujeto, podrá hacerse presente, es el campo de ese ser viviente donde el sujeto tiene que aparecer.” (p.212).

Donald Winnicott (1993) hace un recorrido en cuanto al desarrollo social del ser humano, el cual puede ser llamado como tal, siendo un feto en el útero. Una vez nace, el bebé es completamente dependiente de los cuidados de la madre (o quien cumpla esa función) y luego, emprende un viaje hacia las distintas etapas del desarrollo tanto del cuerpo como el desarrollo emocional.

Toda etapa del desarrollo se alcanza y se pierde, se alcanza y se pierde otra vez; sólo poco a poco el logro de una etapa del desarrollo se vuelve un hecho, y sólo en ciertas condiciones, que gradualmente dejan de tener vital importancia, pero quizá nunca la pierdan por completo. (Winnicott, 1993, p.62).

Para que un niño se desarrolle emocionalmente de manera “sana”, se necesita de un ambiente propicio, estable y continuo, así como contar con un instinto que demanda acciones que deben ser satisfechas, posibilitando así, “la experiencia de ilusión, la omnipotencia y la transicionalidad” (Winnicott, 2007b, p.235, como se citó en Bareiro, 2011, p.46). El desarrollo del individuo, por ende, se establece a partir del ser con el otro. (Bareiro, 2011)

A grandes rasgos el self puede ser definido como “el potencial que experimenta una continuidad de existir, y que a su modo y a su ritmo adquiere una realidad psíquica personal y un esquema corporal personal” (Winnicott, 2007b, p.59). Su enunciado no refiere tanto a un estado, sino a un proceso dinámico. El desarrollo del sujeto comienza en relación y dependencia al ambiente y, sobre todo, a la madre cuidadora. (Bareiro, 2011, p.46)

La realidad externa va tomando lugar en la vida de este niño y este va dando cuenta de que está vivo y de que puede crear. El lenguaje emerge a su vez como forma de comunicarse, reconociendo y estableciendo la diferencia entre su yo y el otro. (Bareiro, 2011).

Winnicott (como se citó en Bareiro, 2011), sostiene que solo en la medida en que el bebé se vuelve capaz de desarrollar un self estructural, con una riqueza interior, puede sentir al objeto amado como una persona estructurada valiosa.

Siguiendo con los lineamientos mencionados, Silvia Amigo (2017), refiere que el bebé nace y depende de los cuidados del Otro, pues aún carece de lenguaje y se encuentra rodeado de éste, el cual debe ser tramitado mediante dichos cuidados que logran satisfacer

en cierta medida sus necesidades, llegando así a identificar *lo real del otro real*. El cuerpo y su pulsión también comienzan a tomar forma.

El narcisismo primario depende de la imagen real del cuerpo dependiente de la función del espejo esférico, suma éste del córtex más la palabra de amor que lo estimula. Por más córtex sano con que el niño llegue al mundo no habrá formación del cuerpo ni habrá pulsión sin el auxilio del Otro. Sólo habrá organismo, soma. (Amigo, 2017, “Alcance del fantasma infantil”, párrafo 11).

El despertar sexual del ser humano se establece en dos etapas, primero en la primera infancia en donde la libido se encuentra dirigida hacia ese Otro que le satisface sus necesidades y lo cuida, y un segundo despertar en la adolescencia, una vez culminada la etapa de latencia. (Amigo, 2017).

Adolescencia

La palabra pubertad emana del latín *pubes puberis* haciendo referencia al vello púbico alterado el cual ya se encuentra preparado para enfrentarse al coito. Por su parte, la palabra adolescencia emana del latín *adolescere*, que refiere “*crecer y estar ardiendo*”. (Amigo, 2017)

Como vimos anteriormente, desde el nacimiento se va estableciendo el proceso de desprendimiento, teniendo en cuenta que los cuidados del otro no son absolutos. Al llegar a la adolescencia, se pierde la posición de niño y se empiezan a establecer una serie de cambios tanto psicológicos como corporales, por lo cual se debe tramitar un duelo por dichas pérdidas, sumando la pérdida de la relación infantil que se tenía con los padres (Aberastury y Knobel, 1971).

Cuando el adolescente se incluye en el mundo con este cuerpo ya maduro, la imagen que tiene de su cuerpo ha cambiado, también su identidad, y necesita entonces adquirir una ideología que le permita su adaptación al mundo y/o su acción sobre él para cambiarlo. (Aberastury y Knobel, 1971, p.15)

Lacan (como se citó en Amigo, 2017) llama “títulos en el bolsillo” a las adquisiciones identificatorias del niño, los cuales serán validados más adelante en la adolescencia.

...el niño no tiene por qué imaginar cuántas responsabilidades en los tres registros, simbólico, imaginario y real aparejaría el engendramiento de un posible hijo, dado que la posibilidad de procrear acompaña inevitablemente al “acto” sexual. Tampoco tiene el niño, entonces, la exigencia de probar en lo real que ha abandonado al objeto incestuoso, pues no tiene forzosamente que elegir un objeto pantalla exogámico. (Amigo, 2017, “La crisis puberal”, párrafo 3).

La imagen que tiene el niño que está en proceso de convertirse en un adolescente, es de un cuerpo infantil (siendo que ya éste se encuentra preparado para procrear y para tener relaciones sexuales). Dicha imagen se descompone y sus posibilidades de goce en lo real cambiarán significativamente al entrar los caracteres sexuales secundarios y se vean en la condición de mujercita u hombrecito ante el mundo. (Amigo 2017)

Existen padres que no logran reinvestir al niño con las nuevas vestiduras que este período trae consigo, debido a su propia estructura, y continúan tratándolos de una manera infantil, teniendo en cuenta la separación que esta etapa trae consigo. Lo anterior puede generar que este joven rechace o esconda su crecimiento y se proteja nuevamente en la niñez. Esto puede producir “retracciones pseudomenlancólicas”, causar “acting outs”, impulsividad y/o acciones amenazantes contra sí mismos (Amigo, 2017)

Ocurre que también los padres viven los duelos por los hijos, necesitan hacer el duelo por el cuerpo del hijo pequeño, por su identidad de niño y por su relación de dependencia infantil. Ahora son juzgados por sus hijos, y la rebeldía y el enfrentamiento son más dolorosos si el adulto no tiene conscientes sus problemas frente al adolescente. (Aberastury y Knobel, 1971, p.18)

Es menester tener presente que los cambios físicos son altamente notorios, por lo cual el joven no podrá ocultarse por mucho tiempo bajo las faldas de la niñez. Así mismo, la pulsión deviene con más fuerza queriendo ser desplegada. Por esta razón, muchos adolescentes se refugian en lo que Daniel Paola llama el “frenesí adolescente”. (Amigo, 2017)

Es aquí cuando vemos a estos jóvenes pertenecer a un grupo que implicará vestir de tal manera, llevar el cabello de tal otra, escuchar un tipo de música, salir a deambular y poderse ver inmerso a solas con otro joven frente a la temida escena sexual. Sin embargo, para estos jóvenes, un beso no será necesariamente el paso hacia el acto sexual y podrán tener relaciones sin adherirse a un compromiso. El no tener amigos o pares y aislarse es lo que debería preocupar en esta etapa definitiva de pasaje. (Amigo 2017)

En esta búsqueda de identidad, el adolescente recurre a las situaciones que se presentan como más favorables en el momento. Una de ellas es la de la uniformidad, que brinda seguridad y estima personal. Ocurre aquí el proceso de doble identificación masiva, en donde todos se identifican con cada uno, y que explica, polo menos en parte, el proceso grupal de que participa el adolescente. (Aberastury y Knobel, 1971, p.51)

Aberastury y Knobel, (1971), describen el “Síndrome Normal de la Adolescencia” y sostienen que la siguiente sintomatología lo constituye:

1) búsqueda de sí mismo y de la identidad; 2) tendencia grupal; 3) necesidad de intelectualizar y fantasear; 4) crisis religiosas que pueden ir desde el ateísmo más intransigente hasta el misticismo más fervoroso; 5) desubicación temporal, en donde el pensamiento adquiere las características del pensamiento primario; 6) evolución sexual manifiesta que va desde el autoerotismo hasta la heterosexualidad genital adulta; 7) actitud social reivindicadora con tendencias anti o asociales de diversa intensidad; 8) contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, dominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual más típica de este período de la vida; 9) una separación progresiva de los padres, y 10) constantes fluctuaciones del humor y del estado de ánimo. (p.44)

El adolescente presenta un conflicto y se espera que éste elabore los duelos típicos de esta etapa (del cuerpo infantil, identidad y rol infantil y padres de la infancia) los cuales favorecerán el proceso de identificación, logrando reducir dicho conflicto.

Esta crisis intensa la soluciona transitoriamente huyendo del mundo exterior, buscando refugio en la fantasía, en el mundo interno, con un incremento paralelo de la omnipotencia narcisista y de la sensación de prescindencia de lo externo. De este modo crea para sí una nueva plataforma de lanzamiento desde la cual podrá iniciar conexiones con nuevos objetos del mundo externo y preparar la acción. (Aberastury y Knobel, 1971, p.21)

La depresión como síntoma

Para entrar en materia sobre la depresión, los adolescentes y las adicciones, realizaré un breve recorrido sobre la etimología y la evolución del término “depresión”, teniendo en cuenta que antes del siglo XX, se hablaba de melancolía y de tristeza.

Alrededor del año 1895, Freud intenta describir por primera vez lo que se conoce hoy como depresión, a partir de la neurología. Posteriormente descarta dicha explicación y la relaciona entonces con el Complejo de Edipo. Pasan varios años en donde Freud no realiza ningún aporte con respecto a la depresión, hasta el año 1910 en donde realiza una primera aproximación al duelo y a la melancolía. En el año 1914, investiga más a fondo el tema en su obra “Introducción al Narcisismo” en donde habla sobre el narcisismo primario y el ideal del yo, mencionados anteriormente. (Donoso, 2014)

En el año 1917, Freud escribe su obra “Duelo y Melancolía” en donde define el duelo como: “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.” (p.241). Aun cuando el duelo implica variaciones en la conducta normal de la vida del sujeto, no es considerado como una patología, ni debe el sujeto someterse a tratamiento, pues es un trabajo que debe superarse con el pasar del tiempo.

En el duelo, la realidad se encarga de mostrarle al sujeto que su objeto de amor se ha ido, que es inexistente y que debe, por consiguiente, retirar la libido del vínculo con dicho objeto. Lo anterior no se realiza de inmediato, pues como mencionado con anterioridad, se necesita tiempo para poder acatar la realidad, teniendo en cuenta que el objeto que ya no está existe aun en el plano de lo psíquico. Cuando el trabajo de duelo se realiza de manera satisfactoria, la libertad y la desinhibición se apoderan nuevamente de la libido. (Freud, 1917).

La melancolía según Freud (1917):

Se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autor reproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. (p.242).

A diferencia del duelo, la melancolía trae consigo una perturbación del sentimiento de sí y puede constituir tanto una reacción frente a la pérdida como la pérdida del objeto de amor sin estar este necesariamente muerto y sin precisar lo que se ha perdido. (Freud, 1917).

En la melancolía se da el empobrecimiento del yo mismo, “describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo” (Freud, 1917, p.244). El sujeto sabe a quién ha perdido más no logra identificar “lo que perdió en él”, en tanto existe un componente inconsciente con respecto a la pérdida, a diferencia de lo que sucede en el duelo.

Una de las consecuencias secundarias del trabajo interno que realiza el yo frente a la melancolía es la falta de interés frente a la vida; al individuo se le dificulta dormir y puede presentar insomnio; es incapaz de amar, de trabajar; se culpabiliza, se autoimputa y se avergüenza; es un mártir que siente que ha sido víctima de una injusticia. (Freud, 1917).

Freud (1917), refiere que estos síntomas relatados por el sujeto aluden a una pérdida de su yo. La moral juega un papel fundamental y existe por tanto una debilidad yoica y una inferioridad a nivel físico y social, la cual, en ocasiones, alude a otra persona objeto de amor del sujeto, ya sea en tiempo pasado, presente o futuro.

En la investidura de objeto, “la libido sirvió para establecer una identificación del yo con el objeto resignado. La sombra del objeto cayó sobre el yo, quien, en lo sucesivo, pudo ser juzgado por una instancia particular como un objeto, como el objeto abandonado” (Freud, 1917, p.246). Es importante tener en cuenta que dicha investidura de objeto ha debido tener una escasa resistencia y contrariamente, una gran fijación en el objeto de amor.

En cuanto a la contradicción anteriormente mencionada, Otto Rank, (s.f., como se citó en Freud, 1917) afirma: “parece exigir que la elección de objeto se haya cumplido sobre una base narcisista, de tal suerte que la investidura de objeto pueda regresar al narcisismo si tropieza con dificultades”. (p.247)

La investidura de amor es sustituida por la identificación narcisista, lo que lleva al impedimento de abandono del vínculo de amor, aún cuando exista dicho conflicto con el sujeto amado. No se puede dejar de lado lo mencionado con anterioridad, que la identificación es la primera etapa en la elección de objeto, en donde el yo logra diferenciar por primera vez a un objeto. (Freud, 1917).

Es en la huella del mismo Freud donde se puede encontrar una primera distinción entre la depresión y la melancolía. Ya en “Duelo y Melancolía” (1917) plantea que el trabajo de duelo debe ser considerado como una depresión dolorosa, que se caracteriza por ser un hecho normal de la vida de las personas desencadenada por una pérdida significativa que se acompaña de tristeza, abatimiento, las autoacusaciones, etc. A su vez, señala que la melancolía si bien es causada por la pérdida del objeto de amor al igual que el duelo, ésta resulta desconocida por el yo (Freud, 1917), quien sin saberlo se identifica con el objeto perdido. (Donoso, 2014, p.31)

Laplanche (como se citó en Donoso, 2014) sostiene que en el duelo la principal característica es la pérdida del objeto que tiene un alto valor para el sujeto, mientras que al duelo patológico debe sumarse la ambivalencia, la sincronicidad entre el amor y el odio hacia dicho objeto que se ha perdido. Y, a la melancolía, debe añadirse la identificación del sujeto con dicho objeto, que solo será posible mediante fracasos en la estructura de esa relación con el Otro.

Desde esta perspectiva, es posible inferir que lo depresivo podría ubicarse en esa zona comprendida por lo que Freud llamó “*duelo patológico*” (1917) y que Laplanche rescata como punto intermedio entre el duelo y la melancolía, asociado a la presencia de ambivalencia. (Donoso, 2014, p.38).

Por otra parte, el argumento moral condujo al debate que se presentó por años en la historia sobre la melancolía. Desde la iglesia católica, Gregorio Magno se refirió a ella como un “pecado capital” y Juan Casiano como una “tristeza pecaminosa, modo de consentir al pecado original que introduce la concupiscencia en el mundo y conduce al hombre a la elección del apetito terrenal contra el bien espiritual.” Por su parte, Plutarco “hacía la distinción entre el dolor connatural a la pérdida y el dolor que inhibe de por vida el tiempo del consuelo.” (Bertholet, 2012, p.89)

El término “depresión” fue propuesto por Sir Richard Blackmore desde el año 1725 en el campo de la psiquiatría. Sin embargo, las investigaciones del cerebro en la psiquiatría moderna fueron las que consiguieron la generalización de este. (Donoso, 2014)

En el año 1905, el psiquiatra Adolf Meyer planteó la eliminación de la palabra “melancolía” y la introducción del término “depresión” desde el punto de vista

fenomenológico, en aras de incluir la psicosis de ansiedad, los episodios depresivos de la demencia, las depresiones sintomáticas y las depresiones maniaco-depresivas. (Bertholet, 2012)

La palabra depresión emana de “deprimie-re” que constituye empujar hacia abajo y de “prémere” que significa oprimir o apretar. “La depresión es un conjunto de afectos del sujeto: tristeza, inhibición, abatimiento, desgano, crisis de llanto, angustia, frustración, aislamiento, dolor, desesperanza, decepción, desamor.” (Bertholet, 2012, p.89)

La depresión no fue principal estudio para Lacan, sin embargo, en palabras de Jiménez (2014) se puede sustraer de sus seminarios que, para este autor, “en la depresión existe en el sujeto una actitud de sustraerse o evitar su propio deseo, es una negativa ante la exigencia de dar cuenta del propio deseo”. (p.93).

Jiménez (2014), sostiene,

La depresión se convierte entonces en una de las respuestas que el sujeto encuentra para distanciarse del imperativo de goce que el discurso promueve. En otras palabras, la posición del deprimido frente al discurso actual, es su negativa de participar en los ideales que éste promueve de “gozar y gozar”. (p.99)

Así, la depresión se entiende desde el psicoanálisis como una “neurosis depresiva” que tiene en cuenta el conflicto narcisístico del ideal del yo. Las diferentes heridas narcisísticas como rupturas amorosas, fracasos en el trabajo, daño en cualquier recurso material o simbólico, etc., empobrecen la *imagen ideal de sí* sostenida a través de una idealización defensiva que no cuenta con un soporte simbólico o real. (Vergote, 1976: 120, como se citó en Bogaert, 2012).

De esta forma, "la depresión aparece cuando el individuo ha renunciado a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales (...) el individuo no puede sentirse amado, ni capaz de amar y desespera de llegar nunca a la intimidad emocional". (Abraham, 1911, como se citó en Avila, 1990, p.40)

Por su parte, el campo psiquiátrico ha logrado posicionar la explicación neurobiológica del término, y ha establecido los criterios y la sintomatología depresiva en las diferentes versiones del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, así como la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), publicado por la Organización Mundial de Salud. Sin embargo, ambos se alejan un poco de la propuesta psicoanalítica y establecen que la depresión constituye un "trastorno del estado de ánimo" con una sintomatología fija. (Bertholet, 2012, p.90)

Adicción: ¿síntoma o enfermedad?

Antes de articular lo propuesto anteriormente, resulta necesario precisar la implicación de la adicción desde la teoría psicoanalítica, respondiendo a la pregunta de si esta constituye una enfermedad o un síntoma.

Desde el siglo XVII se comienza a entender el consumo excesivo de alcohol como una enfermedad, y, a comienzos del siglo XIX se comienza a hablar de la adicción tanto al alcohol como a las sustancias psicoactivas como una enfermedad, a pesar de que ambas han estado presentes a lo largo de los años y han constituido una problemática para la humanidad. (López, 2011)

En el año 1849 en Suecia, Magnus Huss en su trabajo “Alcoholismus Chronicus” introduce el término *alcoholismo*, “en el cual identificaba varios desórdenes relacionados con el alcohol.” (López, 2011, p.48)

Desde hace varias décadas se ha presentado una disputa frente al alcoholismo y a las implicaciones de la adicción entre distintos autores psicoanalíticos que tienen en cuenta el psiquismo. Alrededor de los años 1920 y 1930, las adicciones tuvieron un auge en cuanto a la institución de un tratamiento adecuado. (López, 2011)

Muchos psicoanalistas concuerdan con la definición descriptiva establecida por la psiquiatría, pero disciernen en cuanto a considerarla una enfermedad,

Una conducta de búsqueda y consumo de sustancias que el sujeto tiende a mantener a pesar de los efectos negativos que produce en su vida, y que se convierte en un elemento central de sus actividades. Esta conducta está acompañada, en algunas circunstancias, de una sensación de falta de control sobre esa conducta. (López, 2011, p. 49)

Remontándonos a las teorías de Freud, vemos que, por su parte, tuvo contacto con la cocaína para efectos tanto profesionales como personales, y estudió los efectos de la sustancia sobre el cuerpo en su obra “Sobre la Cocaína” (1884/1980). Así mismo, años más tarde, estudió el fenómeno del consumo en su obra “El malestar en la cultura”, donde sostiene,

Los hombres saben que con ese “quitapenas” siempre podrán escapar al peso de la realidad, refugiándose en un mundo propio que ofrezca mejores condiciones para su sensibilidad. También se sabe que es precisamente esta cualidad de los estupefacientes la que entraña su peligro y su nocividad. (Freud, 1970, p.75)

Para este autor, no se puede generalizar en cuanto a que todo individuo que consume será un adicto o desarrollará una adicción, pues se deben tener en cuenta las vivencias de la persona y su correlación con la sustancia (Freud, 1898 como se citó en González-Peláez et al, 2018).

Así, para Freud la adicción corresponde a una técnica para evitar el sufrimiento, el “dolor de existir o la insatisfacción del deseo”, más que para buscar la felicidad. (López, 2011 como se citó en González-Peláez et al, 2018, p.206).

Freud ubica al alcoholismo como una respuesta ante la imposibilidad de recorrer los caminos dispuestos por el lenguaje: “más en la edad adulta la crítica que ha reprimido el placer de disparatar llega ya a adquirir fuerzas, que no puede ser eludida [...] sin la cooperación de medios auxiliares tóxicos”. (Freud, 1905/1997, p. 122, como se citó en González-Peláez et al, 2018, p.207).

Siguiendo con los lineamientos propuestos por los autores mencionados con anterioridad, damos cuenta que Lacan tampoco tuvo como foco de atención en su teoría la adicción, sin embargo, concuerda con Freud y sostiene que el sujeto se encuentra en indefensión y está frente a la “renegación del destete”. (González-Peláez et al, 2018)

Lacan (como se citó en González-Peláez et al, 2018), sostiene que, “la toxicomanía representa una salida en falso de los callejones sin salida tanto del deseo como de las satisfacciones humanas, una salida ilusoria que le promete al sujeto hacer soportable la realidad.” (p.207) Así mismo, “concluye que el tóxico no es una vía para conocer el inconsciente, pues las sustancias son un recurso cuyo fin es evitar “una verdad intolerable que sólo se dice en la palabra”. (p.209)

Por su parte, Glover (1928, como se citó en González-Peláez et al, 2018) define la adicción como una “*seudoperversión*” en donde la sustancia sustituye la sexualidad,

idea que tiene resonancias con el planteamiento freudiano según el cual la masturbación era la primera adicción de la cual se desprendían las demás.

Cuatro años más tarde, Glover (1932) da un vuelco al planteamiento anterior y, propone entender la toxicomanía como una variante privilegiada de lo que llama *estados transicionales*, que serían organizaciones del yo tempranas y polimorfas. En la toxicomanía habría una fijación a un *sistema edípico transicional*, ubicado entre los núcleos edípicos primitivos, que producen las angustias paranoides o melancólicas, y el núcleo edípico portador de las reacciones obsesivas más tardías. (López, 2011, p.44)

Para Miller (1994, p.753, como se citó en González-Peláez et al, 2018), las adicciones son una forma de automedicar un dolor psíquico como “una forma autodestructiva y desesperada de suprimir depresiones y traumas conscientes e inconscientes”. (p.210)

Kernberg describe diversas dinámicas objetales en la adicción: puede reemplazar a una imago parental en la depresión, o a una madre toda bondad en una personalidad borderline, o puede alimentar un sentimiento grandioso del Self en el narcisismo. Todo va a depender de la historia previa del paciente, siempre relacionada con el tipo de relaciones, vínculos que ha establecido con su familia. (Como se citó en González, 2008, “La adicción como sustituto del objeto”, párrafo 2).

Como podemos ver, varios autores concuerdan que la depresión puede aparecer comúnmente entre aquellos sujetos que consumen sustancias psicoactivas o alcohol en exceso. Para Khantzian y Wilson (1992, p.275, como se citó en González-Peláez et al, 2018),

“La adicción no implica únicamente una automedicación, sino que simultáneamente proporciona el sufrimiento psicofísico implícito [...] como un medio para controlar aquello que ha sido abrumador, desorganizado y desconcertante en la forma de afecto defensivo”. (p.211).

Al igual que la depresión, las adicciones se encuentran reguladas en el DSM-V, a través de una sintomatología específica o criterios diagnósticos los cuales, en su quinta versión, se encuentran bajo el capítulo llamado “trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos”, eliminando el término “adicción”, lo cual ha generado una alta controversia en el campo de la psiquiatría y de la psicología. (Portero, 2015, p.99)

Se puede concluir que, para la teoría psicoanalítica, las adicciones no deben ser consideradas como una enfermedad, sino vistas a partir de la especificidad del sujeto. “El psicoanálisis, desde sus inicios, ha planteado que hay que centrarse en los conflictos intrapsíquicos que sostienen la adicción más que en la sustancia misma.” (González-Peláez et al, 2018, p.203)

Depresión, Adicción y Adolescencia

Como se ha visto anteriormente, las adicciones pueden llegar a jugar un papel fundamental en el trámite de una depresión enmascarada, tanto en el adulto, como en el adolescente.

En palabras de Daniel Paola (2006),

Las drogas producen un estado de euforia que intenta paliar una tristeza que arrecia en el adolescente sobre todo inhibido por su condición sexual de iniciado en el mundo de la frustración. Las drogas disminuyen por un efecto maníaco, la sensación de pertenecer al lugar más bajo en la escala social en cuanto a los

lugares de poder en la sociedad. El mutismo que predomina en el adolescente deprimido, la falta de dicción sobre el vacío que el adolescente sufre sin poder decir constituye uno de los pilares de la adicción. (p.2)

A su vez, es importante diferenciar el consumo “casual” de sustancias y de alcohol de los adolescentes, de una adicción que implica tanto mayor consumo, como distintas razones de base que los acarrearán al consumo, independientemente de si se tiene el soporte psíquico para hacerlo o no. (Daniel Paola, 2006)

Como se ha visto a lo largo del presente marco, el adolescente se encuentra en una etapa de construcción de identidad en donde debe realizar ciertas tareas dentro de un entorno social que en ocasiones no le permite llevarlas a cabo de una manera adecuada. Lo anterior le puede imposibilitar llevar a cabo un discurso de su memoria activa basado en su historia y la visualización de un futuro incierto, así como un profundo vacío, lo cual puede conducir a la aparición de una depresión como respuesta a dicho malestar. (Donoso, 2014)

Los adolescentes deben tramitar ciertos duelos propios de su etapa de desarrollo. Tanto la depresión como la adicción pueden estar presentes en tanto no puedan elaborar dichos duelos.

Tratamiento Psicodinámico

La transferencia en la cura psicoanalítica

Para Lacan (1971), el psicoanalista es el encargado de guiar la cura. Así mismo, sostiene,

La dirección de la cura “consiste, en primer lugar, en hacer aplicar por el sujeto la regla analítica, o sea las directivas cuya presencia no podría desconocerse en el

principio de lo que se llama “la situación analítica”, bajo el pretexto de que el sujeto las aplicaría en el mejor de los casos sin pensar en ellas. (p.566)

En analista no debe direccionar al paciente y debe hacerle ver que el análisis abarca más que solo palabras, pues la presencia del analista contribuye la extensión del diálogo. Así mismo, en analista debe preguntarle al paciente por qué se encuentra ahí y analizar dicho motivo. (Lacan, 1971)

Para este autor, “en una palabra, el psicoanálisis es una experiencia dialéctica, y esta noción debe prevalecer cuando se plantea la cuestión de la naturaleza de la transferencia” (Lacan, 1971, p.205).

La transferencia es un término psicoanalítico, que según Laplanche y Pontalis (1968 como se citó en Ruiz, 2013), “se define como una repetición de prototipos infantiles donde los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertas relaciones objetales.” (p.53)

Por su parte, a partir del caso Dora, Freud delinea las primeras bases del término transferencia, el cual se encuentra altamente asociado con la cura analítica, la cual tiene como objetivo, “salvar los deterioros de la memoria”, es decir, hacer consciente lo inconsciente. (Mazzuca, 2004).

Así, Freud señala que la transferencia se mueve a través del proceso primario de desplazamiento y condensación. Se trata de una pulsión no satisfecha que busca manifestarse en orden de cumplir su objetivo. (Donoso, 2014)

El factor metapsicológico en cuanto a la problemática depresiva, así como el reajuste de las pulsiones características de la adolescencia, pueden llevar a que la transferencia de un giro y logre articular un destino o un camino distinto para el adolescente en cuanto a la cura psicoanalítica. (Donoso, 2014).

En el año 1912, Freud (como se citó en Donoso, 2014), señala que la transferencia,

“inserta al médico en una de las series psíquicas que el paciente ha formado hasta ese momento” (1912) y que lo posiciona en un lugar que no se está designado a priori. Es este lugar el que permite que el analista pueda decir una palabra que traduzca algo del sufrimiento del adolescente y que abra nuevos caminos para la simbolización. (p.89).

Años más tarde, Freud (1914 como se citó en Donoso, 2004) señala, “el analizado no recuerda nada de lo reprimido u olvidado, sino que lo actúa” (p.89). Se habla entonces de compulsión a la repetición, pues el paciente repite aquel pasado que parece estar olvidado y actúa aquello que le causa malestar y sufrimiento.

Por su parte, Lacan (1987, como se citó en Bustos, 2016) propone,

El deseo del analista no es un deseo puro. Es el deseo de obtener la diferencia absoluta, la que interviene cuando el sujeto, confrontado al significante primordial, accede por primera vez a la posición de sujeción a él. Sólo allí puede surgir la significación de un amor sin límites, por estar fuera de los límites de la ley, único lugar donde puede vivir. (p.276)

Así mismo, Lacan (1971), en su escrito “Intervención sobre la Transferencia” se fundamenta en el caso Dora y sostiene que “la transferencia no es nada real en el sujeto, sino la aparición, en un momento de estancamiento de la dialéctica analítica, de los modos permanentes según los cuales constituye sus objetos”. (p.214)

Siguiendo dichos lineamientos, Lacan (1971) propone,

Creemos, sin embargo, que la transferencia tiene siempre el mismo sentido de indicar los momentos de errancia y también de orientación del analista, el mismo valor para volvernos a llamar al orden de nuestro papel: un no actuar positivo con vistas a la ortodramatización de la subjetividad del paciente. (p.215).

De esta manera, Lacan (1971) propone plantear la resistencia en la transferencia positiva ya que el deseo conserva la orientación del deseo, a pesar de las demandas del propio análisis.

Así, en la transferencia reside el secreto del análisis y es necesario analizarla, pues ésta “coloca al sujeto respecto de su demanda en una posición que no recibe sino de su deseo.” (Lacan, 1971, p.616). La transferencia, “es el fundamento que permite el encuadre, la interpretación, el sentido y el fin de análisis.” (Bustos, 2016, p.101)

Años después, Freud (1910, como se citó en Ferreti, 2005) menciona en dos de sus escritos el término “contratransferencia” y afirma,

Nos hemos visto llevados a prestar atención a la ‘contratransferencia’ que se instala en el médico por el influjo que el paciente ejerce sobre su sentir inconsciente, y no estamos lejos de exigirle que la discierna dentro de sí y la domine. Desde que un número mayor de personas ejercen el psicoanálisis e intercambian sus experiencias, hemos notado que cada psicoanalista sólo llega hasta donde se lo permiten sus propios complejos y resistencias interiores, y por eso exigimos que inicie su actividad con un autoanálisis y lo profundice de manera ininterrumpida a medida que hace sus experiencias en los enfermos. Quien no consiga nada con ese autoanálisis puede considerar que carece de aptitud para analizar enfermos. (p.10)

Sin duda, algún aspecto del paciente o la propia persona del paciente va a tener cierto impacto en el analista de manera consciente o no, influyendo en el trabajo terapéutico. (Ferretti, 2005)

Por su parte, Klein (1946, como se citó en Stavrou, 2018) introdujo el término de relaciones objetales y observó que la relación terapéutica puede contener, organizar y

reflejar relaciones objetales internas y la interacción entre el analista y el paciente. La observación y la facilitación de la expresión en un contexto terapéutico, ayuda a amplificar los conflictos interpersonales no resueltos en aras de resolverlos y aliviar el malestar.

Retomando el objeto de estudio de la presente investigación, y como mencioné anteriormente, el adolescente debe transitar los duelos propios de su etapa y el tratamiento psicodinámico debe facilitar las vías para ubicar una salida.

Daniel Paola (2006), en el reportaje realizado por la Escuela Freudiana de Buenos Aires, sostiene que el psicoanálisis es un tratamiento útil para trabajar la depresión en adolescentes, entendiendo que en algunas ocasiones serán necesarias algunas entrevistas con sus padres, teniendo en cuenta que, desde el punto de vista de la sexualidad, el adolescente aún se encuentra atravesado por las medidas de sus cuidadores. Sin embargo, no se deja de lado la existencia del secreto profesional que incluye ciertas reservas propias del análisis del adolescente lo cual se establece previamente con el mismo.

Como mencionado con anterioridad, la transferencia jugará un papel fundamental en el análisis de la clínica con el adolescente ya que la idea es que éste logre compartir sus vivencias con el analista, independientemente de su condición, teniendo en cuenta que el inconsciente saldrá a relucir mediante la puesta en escena de dicha la relación. (Donoso, 2014)

Para que el lazo transferencial se de, el analista debe diferenciar entre su deseo y la demanda del paciente, entiendo que su deseo debe estar orientado a la escucha indiscutible. El analista debe facilitarle el proceso del adolescente, para que éste logre recorrer distintas vías del deseo que permanece oculto, mediante versiones disímiles de

su historia, dejando a un lado los juicios, la moral, la adopción de una posición pedagógica o el querer centrar la atención en un “trastorno” o en una “enfermedad” y no en el síntoma. (Donoso, 2014)

Es posible pensar que al adolescente depresivo no logra re-escribir la historia de su infancia, quedando impedido de ocupar el lugar del autor de ella. No logra apropiarse de su propia historia recogiendo desde el Otro su propia verdad en la que él debe ubicarse sin la posibilidad de realizar una elaboración autobiográfica. (Donoso, 2014, p.76).

La expresión de la ira o la irritabilidad son expresiones que pueden adoptar los adolescentes depresivos, motivo por el cual sus relaciones interpersonales se ven altamente afectadas. Al comienzo del análisis, en muchas ocasiones, se les dificulta aceptar o incluso, identificar, lo que están sintiendo y no logran diferenciar la rabia de la tristeza, el miedo, entre otros. (Stavrou, 2018)

Así mismo, los adolescentes en estado de depresión tienden a tener una imagen negativa de sí mismos, baja autoestima e inseguridad, ya que sienten que no pueden cumplir con el ideal o las demandas del otro. (Stavrou, 2018)

Las técnicas de intervención en la terapia psicodinámica incluyen la observación de la relación entre el adolescente y el terapeuta, teniendo en cuenta tanto a la transferencia como la contratransferencia, así como la asociación libre, permitiendo al adolescente decir todo aquello que piensa y siente sin ningún tipo de lente moral. Las sesiones se realizan en un ambiente cómodo y seguro, el mismo día y a la misma hora, todas las semanas. (Midgley et al, 2013)

Se recomienda que el terapeuta realice un encuadre en la entrevista inicial con el adolescente y logre poner en palabras aquello que éste expresa tanto de forma verbal

como no verbal, a través de sus acciones, teniendo en cuenta tanto los sentimientos conscientes como los inconscientes (especialmente las fantasías inconscientes que subyacen en la relación del adolescente del propio self y de los otros). (Midgley et al, 2013)

Es importante tener en cuenta que, al no contar con la presencia de los padres en el proceso terapéutico, el adolescente logra plasmar su historia o sus vivencias infantiles dentro del mismo proceso, con el fin de poder transitar los duelos y establecer nuevas relaciones. (Donoso, 2004)

Se pretende que, a través de la transferencia y la creatividad, el adolescente logre la reedición de aquellas situaciones no experimentadas (algunas vivencias sexuales fijadas en el cuerpo),

En vez de repetir una relación al Otro donde eso no tuvo su lugar, lo que el analista ofrece como nuevo es poder ser el destinatario de ese malestar, envolverlo, metabolizarlo y proporcionarlo de un modo elaborado para que las operaciones no realizadas tengan su lugar. (Donoso, 2014, p.104).

Marco metodológico

La metodología de investigación constituye un estudio de caso que comprende el análisis de un adolescente mediante la teoría psicoanalítica y los constructos psicodinámicos mencionados en los objetivos de investigación.

Un estudio de caso constituye según Yin (1994, como se citó en Saavedra, 2017) “una investigación empírica que estudia un fenómeno actual en su contexto real, en el que no están claros los límites entre el fenómeno y el contexto dificultando su análisis, y en el que se usan diversas fuentes de evidencia”. (p.76)

Dicho estudio de caso se llevó a cabo a través de una metodología cualitativa, la cual, en palabras de Salgado (2007), “puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta.” (p.71)

En este sentido, se narran los relatos del paciente, se analiza su discurso, se observa su conducta y se reconstruye tanto su contexto pasado como actual, por medio de la asociación libre, la transferencia y las interpretaciones del terapeuta. Se guarda completa discreción con referencia al nombre del joven y se sustituye su nombre por su seguridad.

Siguiendo a Laurent (Rubistein, 2010, como se citó en Donoso, 2004), el caso pone de relieve una estructura lógica que deja ver el lugar que el sujeto ha tomado, las determinaciones que lo movieron, los traumas con los que se enfrentó, las respuestas halladas y sus fracasos, lo cual implica una cierta teorización que dé cuenta de esa subjetividad puesta en juego. (p.106)

Se eligió el caso de un adolescente de 16 años quien presenta sintomatología depresiva y consumo de sustancias al momento de llevar a cabo las primeras entrevistas, así como una ambivalencia en cuanto a su vinculación con sus figuras parentales.

Lo anterior se llevará a cabo mediante la recopilación de la historia clínica del adolescente, en aras de examinar situaciones características que den cuenta del conflicto que presenta, mediante la realización de hipótesis que se construyen a partir del marco teórico de referencia, culminando con el análisis del caso para desglosar los objetivos presentados y finalizando con las conclusiones.

Análisis del caso

Para el análisis del caso, describiré el vínculo afectivo de Carlos con ambos padres, teniendo en cuenta la dificultad que presenta para vincularse con los demás, así como la relación que dichos vínculos pueden tener con el consumo, en aras de asociarlos con los objetivos de investigación.

Siguiendo los lineamientos de Freud, no todo quien consume es adicto, pues se deben tener en cuenta las vivencias que en ciertas ocasiones pueden estar relacionadas o enmascaradas por una depresión, como lo es el caso del presente estudio.

Carlos es un adolescente que percibe que existe algo extraño en el afecto vincular con su madre, pues afirma *“con ella había muy mala energía, ella me manipulaba y siempre se hacía la víctima”*.

Lo que puede hacer hasta el momento en que llega a la consulta, es llenar el vacío que siente de sus figuras parentales con fármacos, teniendo en cuenta que su madre posee, aparentemente, un tipo de estructura que no le permite sostenerlo.

De esta manera, se genera un vínculo de tipo ambivalente con su madre desde muy temprana edad, teniendo en cuenta las situaciones hostiles expuestas por el paciente: *“Yo siempre digo que mi mamá está loca. Yo creo que tiene algo, bueno ojalá que no. Pero es muy manipuladora, antes me pegaba y luego hacía como si nada. A los 6 años me dijo que mi papá la drogaba. Una vez me echó de la casa y salió corriendo y casi se la lleva un carro ella camino. Me llama y me dice que yo soy el culpable de todo y luego me pide perdón”*.

Por su parte, el padre de Carlos no es una persona que suele expresar sus afectos, en sus palabras, *“Mi papá evade el conflicto y no es muy afectivo. Me ha dicho te amo si acaso 3 veces en la vida y cuando está tomado. El es inexpresivo y mi mamá es todo lo*

contrario". Sin embargo, ha tenido movimientos positivos que han posibilitado que el adolescente pueda reconstruir su historia, al llevárselo nuevamente con él a casa y mostrar preocupación por su bienestar. Carlos toma consciencia sobre esto y afirma: *"Pedirle perdón a mi papá fue un descanso. Él no tiene la culpa. Quiero creerme ese te quiero hijo que me dice mi papá, el te quiero que me dicen mis amigos, no consumirme en mis pensamientos."*

Como ha sido estipulado en el marco y siguiendo a Bareiro (2011), el individuo debe desarrollarse en un ambiente propicio y estable y debe contar con una madre (o quien haga de sus veces) que lo cuide y logre satisfacer sus necesidades. En el caso de Carlos, dicha madre no logra contener y, por ende, no posibilita la experiencia de "ilusión, omnipotencia y transicionalidad".

Como sostenía Lacan, (como se citó en Vilche, 2016), el padre entra a la vida del niño a partir del discurso de la madre. En el caso del presente estudio podemos catalogar este discurso como uno hostil hacia el padre, creando así un vínculo ambivalente entre padre e hijo. Pues en cierta forma la madre le transmitía el mensaje de la incapacidad para amar del padre, que constituiría entonces su propia incapacidad de amar.

La madre instaura un lugar que es posición tercera entre ella y el hijo. Lo instaura en el hijo en ese lugar de inscripción, en esa estructura que Freud llama el inconsciente y Lacan el Gran Otro, es decir el orden simbólico donde el padre tiene, o no, su lugar. (Julien, 1991, p.37, como se citó en Vilche, 2016, p.25)

La función del padre según lo que sostiene Freud (como se citó en Vilche, 2016), debe cumplir con ciertos roles como: modelo identificatorio, objeto afectivo, como auxiliar de la madre y como rival." El padre es visto entonces como la ley, prohibiendo

el incesto entre madre e hijo y cumpliendo el papel de autoridad. Sin embargo, en este caso dicha función se cumple pero de manera fallida, teniendo en cuenta que dicho papel se encuentra atravesado por el discurso hostil de la madre y por la falta de afecto del padre.

Carlos refiere no sentirse amado por sus objetos parentales, así como cierta incapacidad de amar, debido a la hostilidad y la carencia que existe. Lo anterior se puede evidenciar cuando afirma, *“Es que no te puedo decir que la amo, tengo 17 años, no sé, eso me estresa”*. Se puede comprobar lo estipulado por Freud (1917), que la investidura de amor es sustituida por la identificación narcisista, lo que lleva al impedimento de abandono del vínculo de amor, aún cuando exista dicho conflicto con el sujeto amado.

Lo anterior genera en Carlos una profunda tristeza que se va viendo enmascarada por la rabia, como defensa ante el dolor psíquico causado por las carencias afectivas y por los vínculos ambivalentes con sus figuras parentales. En sus palabras: *“me da rabia y tristeza que mi mamá me pegara y que me manipule. Me siento débil porque no puedo hacer nada. Lloro y me encierro en mi cuarto”*.

El consumo de Carlos aparece cuando vuelve a vivir con su madre, pues aquello que vivenció fue muy doloroso y no pudo contenerlo, motivo por el cual decide “comenzar a volar” con el éxtasis, la cocaína y los psicofármacos. En sus palabras, *“Yo empecé las drogas por amor, por despecho. Me sentía mal, solo. Todo se juntó. Vivía con mi mamá, mi papá en Bogotá, una amiga estaba con un amigo, yo abría la nevera de mi casa y no estaba llena, no se nada estaba funcionando. Yo me tomaba el Clonazepam y me sentía más y más solo. Consumir, “me hacía sentir como si no me faltara nada; el éxtasis me hacía sentir completo”*.

De esta forma, Carlos utiliza las drogas como un escape del peso de la realidad (Freud, 1970) las cuales le brindan un contexto distinto y lo “protegen” del dolor de

manera temporal, que en términos de Lacan (como se citó en González-Peláez et al, 2018), constituye alejarse de “una verdad intolerable que sólo se dice en la palabra”.

Como se puede observar, el consumo se encuentra relacionado con la farmacéutica, profesión de ambos padres, pues vemos que Carlos no decide consumir alcohol o cigarrillo, sino que decide escoger la droga que tiene que ver con aquello que le hace falta.

Carlos refiere desde el inicio del análisis una *“falta de energía, baja autoestima, una tristeza profunda, un vacío, dificultad para conciliar el sueño y unas ganas de nada”*, que pueden estar justificadas luego del historial de agresiones y de carencias sufridas en el pasado.

Como defensa, Carlos se aísla afectivamente ya que teme que, si coloca algo en ese campo, lo van a herir, a dañar o a maltratar. Esto se puede evidenciar cuando afirma, *“Yo por lo general consumo solo, me relaja y a veces me hace sentir que no me falta nada. Yo siempre estoy encerrado en mi cuarto y ellos nunca entran”*.

Así, por tratar de no sentir el dolor, no siente nada y de esta manera se protege, presentado una sintomatología depresiva que lo lleva a una “adicción” que yo preferiría llamar, un síntoma.

Siguiendo los lineamientos de Lacan, se puede afirmar que Carlos evita dar cuenta de su propio deseo y se defiende de su propia falta mediante la sintomatología depresiva, en donde su imagen se encuentra abatida a través de una idealización defensiva sin soporte alguno.

El adolescente presenta un conflicto propio de su etapa y se puede decir que Carlos huye del mundo exterior como lo sostiene Aberastury y Knobel (1971) en aras de solucionar de manera temporal dicha crisis, refugiándose así en la fantasía y en las drogas.

Los padres de Carlos no logran reinvestirlo con las nuevas vestiduras propias de la etapa (y de las anteriores) debido a su estructura que por un lado es desbordada y por otro, poco afectiva. Lo anterior produce en Carlos una “retracción pseudomelancólica” como sostiene Silvia Amigo (2017), amenazando contra su vida a través del consumo.

Por otra parte, Carlos menciona al inicio del análisis, estar comiendo más de la cuenta, lo cual lo relaciona con la ansiedad, y afirma no estar conforme con su cuerpo: *“ahora tengo como 10 kg de más y esto me da rabia y me acompleja, yo jamás me había sentido así. Todas las mañanas me veo en el espejo y no me gusta como me veo”*. Sin embargo, lo anterior se puede atribuir al duelo propio de la adolescencia por la pérdida del cuerpo infantil y por no encontrar un sostén en sus relaciones objetales.

Carlos no logra transitar los duelos propios de la adolescencia, así como los duelos singulares que estarían en relación a su propia historia, lo cual le causan un alto malestar y lo traen por decisión propia al análisis, pues en su motivo de consulta manifiesta claramente que necesita una *“ayuda extra que nunca pide”*, pues desea ser visto pero no sabe de qué forma.

Así, por medio de la asociación libre y la transferencia, se observa un movimiento que pone de manifiesto en Carlos su estado depresivo al que en un inicio tilda como *“irritable e insensible”*, pues únicamente era consciente de su consumo y no de lo que verdaderamente hay tras este. Esa aparente irritabilidad la desplaza frente a las interacciones sociales mediante el aislamiento.

La compulsión a la repetición lleva a Carlos a querer consumir cada vez más, situando el goce en un lugar distinto al que debería estar. Así, el joven va manifestando de manera paulatina y análisis mediante, su deseo por realizar otras actividades que le proporcionen un goce distinto al de las sustancias que consumía, dándose permiso para

sentir, mediante la identificación de sus emociones y la posibilidad de poder decir algo de ellas.

Lo anterior se evidencia cuando Carlos sostiene, *“he jugado fútbol y me he sentido bien, y no se últimamente he estado pensando mucho en hacerme la pregunta de si en verdad yo a esa chica la amo. Estoy haciendo ejercicio, durmiendo mucho mejor y alimentándome bien, ya no estoy abriendo la nevera y comiéndomela toda. Es más, ya hasta estoy dejando la puerta abierta de mi cuarto y es inconsciente, antes siempre estaba cerrada”*.

Por este motivo, la terapia con este adolescente se ha centrado en dicha identificación de emociones a través del reconocimiento de su historia en aras de lograr una resignificación de esta. La idea consiste en que Carlos logre tomar consciencia de su conflicto y de su defensa, con el objetivo de situarse desde otro lugar que le permita vincularse de otro modo, uno más propiciatorio y ligado al deseo, tanto con sus objetos parentales como en sus interacciones sociales, aliviando el síntoma tanto adictivo como depresivo.

Conclusiones

La presente investigación ha tenido como objetivo responder al interrogante de si la depresión y la adicción se pueden entender como un síntoma o como una enfermedad a través del estudio de caso de un joven adolescente, teniendo en cuenta la relación con aquellos quienes han ocupado el lugar del Otros primordiales en su historia.

Luego de revisar la literatura, analizar e interpretar el caso presentado, puedo concluir que la depresión no puede ser vista como una enfermedad única que posee un tipo de paciente o un desencadenante específico, sino que dependerá de la especificidad de cada caso. Es por esto que, la depresión de Carlos es vista como un síntoma y no como un trastorno, la cual a su vez se encuentra relacionada con el consumo de sustancias, no constituyendo así una enfermedad, sino una respuesta frente a su historia.

Carlos padece una depresión que lo lleva a consumir sustancias psicoactivas como una respuesta frente al dolor psíquico que ha sufrido a causa de su dinámica familiar, así como de la relación vincular con ambos padres en donde se evidencia una carencia afectiva y un inconveniente en la estructura de la madre que le imposibilita su contención y su sostén. Es decir, una respuesta simbólica que se dificulta ya que no puede ser expresada frente al Otro.

La aparente adicción de Carlos juega un papel crucial en el proceso terapéutico, pues él insiste que tiene un problema con las drogas. Sin embargo, durante el proceso y gracias a la relación transferencial con el terapeuta, logra plasmar su historia o sus vivencias infantiles, según los trazos singulares del caso. De igual forma, Carlos identifica su angustia y logra ubicar a sus figuras parentales a pesar de la ambivalencia del vínculo establecido.

A su vez, se puede evidenciar que, mediante el proceso, se logra identificar el conflicto intrapsíquico y las defensas que llevan a que Carlos consuma, teniendo en cuenta los efectos de una depresión que se encontraba enmascarada tras una aparente adicción.

Al no catalogar a Carlos como un adicto, es decir, como objeto de una enfermedad, sino recibir a un sujeto que está padeciendo, se logra cambiar el rumbo o el destino de la terapia. Y, por este motivo, se logra hacer un recorrido por las vías del deseo que aún permanecen escondidas, en aras de que pueda sentirse dueño de su propia historia, y, por ende, transitar los duelos propios de la adolescencia, logrando así reeditar y buscar nuevos significados para su historia, a través de la transferencia.

Teniendo en cuenta la etapa en la que Carlos se encuentra, la adolescencia, se debe observar el proceso de construcción de identidad del cual sigue haciendo parte, lo cual conlleva a la realización de ciertas tareas dentro de una sociedad que puede, en ocasiones, alterar el proceso.

Por este motivo, Carlos visualizaba su futuro como incierto, y manifestaba al inicio de la terapia, sentir un fuerte vacío, el cual creía llenar con las drogas y al cual hoy, le abre la puerta, dándose permiso para sentir y dándole paso a una mejor vida.

Bibliografía

Aberastury, A. y Knobel, M. (1971). *La adolescencia Normal. Un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires, Paidós.

Amigo, S. (27 de junio de 2017). Adolescencia. El segundo despertar sexual (Psicoanálisis). Argentina: *Diario Literario Digital*. Recuperado de <https://www.letrasopacas.org/2017/06/adolescencia-el-segundo-despertar.html>

Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ta versión).

Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de Psicología*, 6(1), 37-58.

Bareiro, J. (2011). La problemática de la subjetividad y la clínica en Winnicott: verdadero y falso self. *Perspectivas en Psicología*, (8), 45-51.

Barroso, A. (2012). Sobre la concepción del sujeto en Freud y Lacán. *Alternativas en Psicología*, XVI(27), 115-123.

Bertholet, R. (2012). La depresión, una lectura desde el psicoanálisis. *IV Congreso Internacional de Investigación y Practica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Bogaert, H. (2012). La Depresión: Etiología y Tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, XXXVII (2), 183-187.

Brainsky, S. (2003). *Manual de psicología y psicopatología dinámicas*. Colombia, El Áncora Editores.

Bustos, V.A. (2016). Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica. *Psicología Desde el Caribe*, 33(1), 97-112.

Donoso, G. (2004). *Aproximaciones a la depresión en adolescentes a través del concepto de transferencia: aportes desde la clínica psicoanalítica mediante un estudio de caso* (tesis de maestría). Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Ferreti, C. (2005). *Contratransferencia: vicisitudes del encuentro entre paciente y analista* (tesis de grado). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía*. En Obras completas, Tomo XIV. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Freud, S. (1970). *El malestar en la cultura*. Madrid, Alianza Editorial, S.A.

Gómez, D.T, Gutiérrez, M. y Londoño, S.P. (2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1), 45-51

González, J. (2008). Psicoanálisis y toxicomanía. *Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental*, 1(4).

González-Peláez, M., Blanco-González, L.A., y Márquez, C. (2018). Aportes de la teoría psicoanalítica para la comprensión de las adicciones. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 18(34), 201-222.

Jiménez, C.S. (2014). *La Depresión. Crítica de una noción desde el psicoanálisis* (tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Lacan, J. (1964). *El seminario de Jacques Lacan Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires, Paidós.

Lacan, J. (1971). *Intervención sobre la transferencia. Escritos I*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno, p. 204-215

Lacan, J. (1971). *La dirección de la cura y los principios de su poder. Escritos II*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno, p. 565-626.

López, C. (2011). Adicción a sustancias químicas: ¿enfermedad primaria o síntoma psicoanalítico? *Praxis. Revista de Psicología*, 13(20), 41-60.

Mazzuca, M. (21 de abril de 2004). Transferencia e interpretación en el psicoanálisis. Argentina: *El Sigma*. Recuperado de <https://www.elsigma.com/introduccion-al-psicoanalisis/transferencia-e-interpretacion-en-el-psicoanalisis/4684>

Midgley, N., Cregeen, S., Hughes, C., & Rustin, M. (2013). Psychodynamic Psychotherapy as Treatment for Depression in Adolescence. *Child Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1(22), 67-82.

Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia (2017). Reporte de drogas de Colombia. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf

Ministerio de Justicia y del Derecho. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar. Colombia. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Estudio_Poblacion_Escolar_2011.pdf

Ministerio de Salud (2017). Boletín de salud mental, Depresión, Subdirección de enfermedades no transmisibles. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2020). Depresión. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Paola, D. (2006). La depresión en los adolescentes. Reportaje a Daniel Paola. *Escuela Freudiana de Buenos Aires, Reportajes No. 1*. Recuperado de http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_585.pdf

Pardo, G., Sandoval A., y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología* (13), 17-32.

Portero, G. (2015). DSM-5. Trastornos por consumo de sustancias. ¿Son problemáticos los nuevos cambios en el ámbito forense? *Cuadernos de Medicina Forense*, 21(3-4), 96-104.

Ruiz, J.J. (2013). Transferencia y contratransferencia. Del psicoanálisis a la psicoterapia analítica funcional. *Realitas. Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Arte*, 1(2), 52-58.

Saavedra, M.L. (2017). El estudio de caso diseño de investigación en las Ciencias Administrativas. *Iberoamerican Business Journal*, 1(1), 72-97.

Salgado, A.C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13, 71-78.

Stavrou, P.D. (2018). Psychoanalytic Psychotherapy as a Treatment for Depression in Adolescents: A Case Study. *Global Journal of Social Science Studies*, 4(2), 91-101

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health*. Recuperado de <https://www.samhsa.gov/data/>

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D. S., & Thapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet (London, England)*, 379 (9820), 1056–1067.

Vilche, C. (2016) *¿Qué es ser padre para el psicoanálisis? Un recorrido por la obra de Freud y Lacan* (tesis de grado). Universidad de la República Uruguay. Montevideo, Uruguay.

Winnicott, D.W. (1993). *La naturaleza humana*. Buenos Aires, Paidós.