

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Relaciones de Objeto y Codependencia en Madres de Sujetos
Adictos a las Drogas

Autora: Lic. Libertad Moncada de Calderón

Trabajo que se presenta para optar al grado de
Especialista en Psicología Clínica

Tutora:

Prof. Mara Da Ruos

Caracas, 2010

ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**APROBADO EN NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD
CENTRAL DE VENEZUELA POR EL SIGUIENTE
JURADO EXAMINADOR:**

Mara Da Ruos

Tutor - Coordinador

Jacobo Riquelme

Neugim Pastori

AGRADECIMIENTOS

A todas las mujeres madres de pacientes de la Fundación José Félix Ribas, quienes se ofrecieron voluntariamente para el desarrollo de este proyecto de investigación.

A la Fundación José Félix Ribas, especialmente al Centro Especializado Ambulatorio Dr. Vicente Salias por facilitar el acceso a la muestra y por permitirme utilizar el espacio físico de sus instalaciones.

A mi tutora Mara Da Ruos por su apoyo en todo el proceso de elaboración de la tesis e impulsarme a sacar lo mejor de mí para la ejecución de este proyecto.

Al profesor Dimas por su asesoría en los aspectos metodológicos y elaboración de gráficos.

A Larry Calderón por su apoyo y colaboración en el análisis estadístico de los resultados.

RESUMEN

Se describen las Relaciones de Objeto y Codependencia, en un grupo de 18 mujeres en edades entre 40 y 56 años, madres de sujetos adictos a las drogas. Los instrumentos utilizados fueron: el Psicodiagnóstico de Rorschach según el Sistema Comprehensivo de Exner, la Escala de Relaciones de Objeto Primitiva de Kwawer y una entrevista semi-estructurada. Se evidencian experiencias negativas en la infancia con sus cuidadores. Su autopercepción es deteriorada, la percepción del otro es parcial, emplean mecanismos de defensa primitivos que influyen en las relaciones interpersonales de forma negativa, asumiendo actitudes de autosacrificio y excesivo control del otro. Presentan dificultad para modular las emociones de forma adaptada a la realidad. Exhiben sentimientos de minusvalía, depresión, ansiedad y angustia. Muestran tendencia a establecer relaciones simbióticas.

Descriptores: Relaciones de objeto, codependencia, relación madre – hijo, Psicodiagnóstico de Rorschach, adicciones y drogas.

INDICE DE CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	1
III.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
3.1.	Planteamiento del Problema.....	3
3.2.	Justificación de la investigación.....	5
IV.	OBJETIVOS	6
4.1.	Objetivo General	6
4.2.	Objetivos Específicos.....	6
V.	MARCO TEÓRICO.....	7
5.1.	Conceptualización de las Drogas	7
5.2.	Diagnóstico del Trastorno por Dependencia de Sustancias	11
5.3.	Etiología de los Trastornos por Consumo de Sustancias	16
5.3.1.	<i>Factores genéticos</i>	16
5.3.2.	<i>Factores familiares y sociales</i>	16
5.3.3.	<i>Factores individuales</i>	18
5.4.	Dinámica de las Adicciones en la Familia	19
5.5.	La Madre y su Hijo Adicto	22
5.6.	Teoría de las Relaciones de Objeto.....	23
5.7.	Codependencia	27

5.8.	Relaciones de Objeto y Codependencia.....	31
5.9.	Psicodiagnóstico de Rorschach.....	33
5.9.1.	<i>Evaluación de la Relación de Objeto.....</i>	<i>35</i>
5.10.	Evaluación de la Codependencia.....	37
VI.	MARCO METODOLÓGICO.....	40
6.1.	Sistema de Variables.....	40
6.1.1.	<i>Variables a Estudiar.....</i>	<i>40</i>
6.1.2.	<i>Variable seleccionada.....</i>	<i>41</i>
6.1.3.	<i>Variables Extrañas Controladas.....</i>	<i>42</i>
6.1.4.	<i>Variables Extrañas No Controladas.....</i>	<i>43</i>
6.2.	Tipo de Investigación.....	44
6.3.	Diseño de Investigación.....	44
6.4.	Participantes.....	45
6.4.1.	<i>Población:.....</i>	<i>45</i>
6.4.2.	<i>Muestra:.....</i>	<i>45</i>
6.5.	Instrumentos.....	45
6.5.1.	<i>Psicodiagnóstico de Rorschach.....</i>	<i>45</i>
6.5.2.	<i>Entrevista Semi-estructurada.....</i>	<i>51</i>

6.6.	Procedimiento	51
6.6.1.	<i>Fase de Preparación:</i>	51
6.6.2.	<i>Fase de Recolección de la Muestra y Corrección de los Protocolos:</i>	52
6.6.3.	<i>Fase de Análisis y Discusión de los Resultados</i>	52
VII.	RESULTADOS.....	53
7.1.	Psicodiagnóstico de Rorschach.....	54
7.1.1.	<i>Tratamiento de los datos para las variables agrupadas en Relaciones Interpersonales</i>	54
7.1.2.	<i>Tratamiento de los datos para las variables agrupadas en Afectos</i>	61
7.1.3.	<i>Tratamiento de los datos para las variables agrupadas en Autopercepción</i>	67
7.1.4.	<i>Tratamiento de los datos para las variables Ma, Mp y Hx en el Psicodiagnóstico de Rorschach del Sistema Comprehensivo de Exner</i>	73
7.1.5.	<i>Datos Obtenidos en las Constelaciones CDI, HVI y DEPI del Sistema Comprehensivo de Exner en el Psicodiagnóstico de Rorschach</i>	77
7.1.6.	<i>Tratamiento de los datos para las categorías agrupadas en la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer en el Psicodiagnóstico de Rorschach</i>	78
7.2.	Entrevista Semi – Estructurada.....	82
VIII.	DISCUSIÓN.....	88
IX.	CONCLUSIONES	98

X.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	100
XI.	REFERENCIAS.....	101
XII.	ANEXOS	107

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Criterios diagn3sticos de trastornos por consumo de sustancias	12
Tabla 2: S3ndrome de dependencia	13
Tabla 3: El adicto y el codependiente. Adicciones paralelas	29
Tabla 4: El Codependiente	32
Tabla 5: Estad3sticos Descriptivos para Relaciones de Objeto y Codependencia en las variables agrupadas en Relaciones Interpersonales	55
Tabla 6: Estad3sticos Descriptivos de Relaciones Interpersonales para la variable Relaci3n de Objeto (Grupo de Estudio y Grupo Normativo)	59
Tabla 7: Estad3sticos Descriptivos para Codependencia en las variables agrupadas en Afectos	62
Tabla 8: Estad3sticos Descriptivos de Afectos para la variable Codependencia (Grupo de Estudio y del Grupo Normativo)	66
Tabla 9: Estad3sticos Descriptivos para Codependencia en las variables agrupadas en Autopercepci3n	68
Tabla 10: Estad3sticos Descriptivos de Autopercepci3n para la variable Codependencia (Grupo de Estudio y del Grupo Normativo).....	72
Tabla 11: Estad3sticos descriptivos de las variables Ma, Mp y Hx para Codependencia	74
Tabla 12: Estad3sticos Descriptivos de Ma, Mp y Hx para la variable Codependencia (Grupo de Estudio y del Grupo Normativo).....	76

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: Media y Desviación Típica de las variables que conforman Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	54
Figura 2: Distribución de frecuencias para la variable AG de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	56
Figura 3: Distribución de frecuencias para la variable COP de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	56
Figura 4: Distribución de frecuencias para la variable PER de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	57
Figura 5: Distribución de frecuencias para la variable Comida de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	57
Figura 6: Distribución de frecuencias para la variable GHR de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	58
Figura 7: Distribución de frecuencias para la variable PHR de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	58
Figura 8: Distribución de Medias y Nivel de Dispersión de Relaciones Interpersonales en el Grupo de Estudio y Grupo Normativo de Caracas	60
Figura 9: Media y Desviación Típica de las variables que conforman Afectos en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	61
Figura 10: Distribución de Frecuencias para la variable C Pura de Afectos	63
Figura 11: Distribución de Frecuencias para la variable SumC' de Afectos	63

Figura 12: Distribución de Frecuencias para la variable WSumC de Afectos en el Psicodiagnóstico de Rorschach	64
Figura 13: Distribución de Frecuencias para la variable M de Afectos	64
Figura 14: Distribución de Frecuencias para la variable SumSH de Afectos	65
Figura 15: Distribución de Medias y Nivel de Dispersión de Afectos en el Grupo de Estudio y Grupo Normativo de Caracas	67
Figura 16: Media y Desviación Típica de las variables que conforman Autopercepción en el Psicodiagnóstico de Rorschach	68
Figura 17: Distribución de Frecuencias para la variable MOR de Autopercepción	69
Figura 18: Distribución de Frecuencias para la variable An de Autopercepción en el Psicodiagnóstico de Rorschach	70
Figura 19: Distribución de Frecuencias para la variable SumV de Autopercepción en el Psicodiagnóstico de Rorschach	70
Figura 20: Distribución de Frecuencias para la variable FD de Autopercepción en el Psicodiagnóstico de Rorschach	71
Figura 21: Distribución de Frecuencias para la variable (H)+Hd+(Hd) de Autopercepción en el Psicodiagnóstico de Rorschach	71
Figura 22: Distribución de Medias y Nivel de Dispersión de Autopercepción en el Grupo de Estudio y Grupo Normativo de Caracas	73
Figura 23: Media y Desviación Típica de las variables que conforman Ma, Mp y Hx en el Psicodiagnóstico de Rorschach	74

Figura 24: Distribución de Frecuencias para la variable Ma en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	75
Figura 25: Distribución de Frecuencias para la variable Mp en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	75
Figura 26: Distribución de Frecuencias para la variable Hx en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	76
Figura 27: Distribución de Medias y Nivel de Dispersión de Ma, Mp y Hx en el Grupo de Estudio y Grupo Normativo de Caracas.....	77
Figura 28: Distribución de Frecuencias para las Constelaciones DEPI, CDI y HVI del Sistema Comprehensivo de Exner en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	78
Figura 29: Indicadores de Conflicto para Relaciones de Objeto a través de la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	79
Figura 30: Indicadores de Conflicto para Codependencia a través de la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	80
Figura 31: Media y Desviación Típica de Relaciones de Objeto y Codependencia a través de la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer en el Psicodiagnóstico de Rorschach.....	81
Figura 32: Indicadores que conforman la categoría Experiencia Infantil con el Padre.....	82
Figura 33: Indicadores que conforman la categoría Experiencia Infantil con la Madre.....	83
Figura 34: Presencia – Ausencia de Maltrato en la Infancia.....	84

Figura 35: Indicadores que conforman la categoría Tipo de Maltrato en la Infancia.....	84
Figura 36: Influencia del Maltrato Infantil en la Adultez	85
Figura 37: Indicadores que conforman la categoría Influencia de Maltrato en la	85
Figura 38: Experiencia de Bienestar Personal en Función de la Actitud del Hijo Adicto	86
Figura 39: Indicadores que conforman la categoría Bienestar Personal en Función del Hijo Adicto.....	86

I. INTRODUCCIÓN

Las drogas y los conflictos circunscritos a éstas, han sido objeto de estudio para la comunidad científica, habiendo logrado identificar las consecuencias anatómicas, neurológicas, sociales y emocionales de quienes las consumen. Sin embargo, existe un amplio campo en la investigación, el cual requiere ser explorado y analizado con el objetivo de llevar a cabo planes de tratamiento, para los familiares del paciente adicto.

En Venezuela, en el año 2007, la ONA (Oficina Nacional Antidrogas), enumeró a 6.604 pacientes consumidores de drogas, quienes asistieron a algún centro de tratamiento a nivel nacional; de los cuales 5.974 correspondían al género masculino y 630 al femenino. Asimismo, reportó que la edad de inicio para ambos géneros se comprendía, desde los 10 años de edad hasta los 19 años; es decir, aproximadamente desde el inicio de la pubertad hasta el final de la adolescencia. Sin embargo, no existen estadísticos oficiales sobre su permanencia en el tratamiento y otros factores relacionados, tales como, antecedentes familiares y sociales.

Diversos estudios, afirman que el inicio del consumo de drogas en adolescentes viene dado en principio por conflictos en la familia. Además, la dependencia en el adicto, se relaciona a la codependencia de sus familiares, quienes les apoyan en el tratamiento.

En principio, el fundamento teórico del presente estudio de investigación, se basa en la Teoría de las Relaciones de Objeto, la Codependencia, así como también en diversos estudios realizados a través del Psicodiagnóstico de Rorschach, analizados desde el Sistema Comprehensivo de Exner y la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Klawer.

Los objetivos de esta investigación tienen a la madre como objeto de estudio, la cual juega un rol importante en el apoyo de su hijo adicto, mientras éste realiza

tratamiento para su rehabilitación. Se contemplan como objetivos principales, explorar y describir en una muestra de 18 madres, aspectos sobre las relaciones de objeto y la codependencia, todo ello a través del Psicodiagnóstico de Rorschach desde el Sistema Comprehensivo de Exner (1995) y la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Klawer (1980) y una entrevista semi - estructurada.

Finalmente, se presentan los valores obtenidos del grupo de estudio y se comparan con las normas validadas para la población de Caracas. Para su análisis se utilizan estadísticos de la medida de tendencia central, mientras que la entrevista semi-estructurada se presenta a través del análisis de contenido.

Todo ello con el fin de que este proyecto sirva de base para la creación de planes de intervención clínica en el tratamiento de las adicciones, con el objetivo de incluir a la familia en el mismo, especialmente a las madres, quienes generalmente desempeñan el papel de contención de sus hijos durante el proceso de rehabilitación.

III. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

3.1. Planteamiento del Problema

Hasta la actualidad, se han realizado suficientes investigaciones, las cuales han contribuido al conocimiento y tratamiento de las adicciones, sin embargo no ocurre así en lo relativo a la familia del paciente adicto.

Según datos estadísticos del 2007 reportados por la ONA (Oficina Nacional Antidrogas), se observa que en Venezuela, la gran mayoría de los pacientes adictos, comienza el consumo de drogas en la adolescencia. Sobre ello, autores como Burger y Moses (1981) y Stanton y Todd (1988) señalan algunas causas, las cuales pueden conllevar al consumo de drogas en los adolescentes. Indican que los conflictos en las relaciones del seno familiar, pueden constituirse como un desencadenante en la adicción de algún miembro de la familia. Denotan que muchos de los adictos quienes inician el consumo de drogas durante la etapa de la adolescencia, provienen de familias donde hay conflictos en la pareja reproductora. Asimismo, Alfonso, Espada y Huedo (2009) demostraron que el consumo de sustancias viene dado en función de una educación familiar sin normas bien establecidas.

Una vez que el adolescente se convierte en el síntoma de la familia, Stanton y Todd (1988), señalan que la madre se vuelca sobreprotectora e indulgente ante las acciones incorrectas del adicto. Este vínculo en la tríada familiar puede variar. Lo que cabe resaltar, es la conflictiva generada por el adicto, porque inclina hacia sí mismo la atención de la familia y ésta trata de solucionar ese punto crítico, sin embargo cuando el adicto da indicios de mejoría vuelve el conflicto subyacente en la familia.

Específicamente, en las adicciones Campagna y Gervasio (1987), describen a la madre como depresiva, narcisista, insegura, inmadura, la cual proyecta sus

frustraciones en su hijo, presenta incapacidad para contener sus propias ansiedades y las de su hijo y establece una relación simbiótica con él.

Sobre la relación madre – hijo, López (1991) basado en la teoría de las relaciones de objeto, comenta que la adicción consiste principalmente en la sumisión del Yo al objeto malo idealizado, lo cual se suscita en un espacio transicional, donde el adicto se encuentra atrapado en una relación simbiótica con su madre.

Asimismo, Klein y Riviere (1968), Kernberg (1979) y Noriega (2004), aseguran que las relaciones interpersonales presentes, incluyendo la relación madre – hijo, tienen su base y están determinadas por experiencias pasadas en la temprana infancia.

De la misma manera, existe un término, utilizado para denotar a los familiares de pacientes en farmacodependencia. Se trata de la codependencia. La persona codependiente, se entiende como alguien que tiende a relacionarse afectivamente con personas conflictivas y sienten la necesidad de controlar el comportamiento adictivo del otro, presentan más interés en resolver el problema que el mismo adicto, se autoanulan y si es la pareja se ven envueltos en una relación de maltratos y abuso perpetrados por el adicto (Castelló, 2006).

Dado lo antes señalado, relativo a la relación madre – hijo, en este proyecto de investigación se plantea como problema la siguiente pregunta:

¿Es posible caracterizar las Relaciones de Objeto y la Codependencia en un grupo de madres de sujetos adictos a las drogas, a través del Psicodiagnóstico de Rorschach?

3.2. Justificación de la investigación

En principio este proyecto se plantea como objeto de estudio a la madre del paciente adicto, la cual desempeña un papel importante en el tratamiento de rehabilitación de su hijo, dado que generalmente son las madres quienes sirven de contención y apoyo.

En tal sentido, esta investigación va dirigida al conocimiento y comprensión de aspectos intrínsecos en la madre, así como sus relaciones de objeto y codependencia, porque como se ha descrito antes, tales elementos pueden interferir en la relación con su hijo adicto, de manera que se dificulte el tratamiento de rehabilitación. Por esta razón, ello pudiera aportar un nuevo enfoque en el tratamiento de las adicciones, porque se incluirían y desarrollarían planes de tratamiento psicoterapéutico para las madres.

De esta manera, este proyecto puede servir de base para la creación de planes de tratamientos en las adicciones que incluyan a los miembros de la familia del paciente, en este caso, a las madres.

Por lo tanto, los resultados de esta investigación pudieran ser usados para el fortalecimiento del tratamiento de las adicciones en diversas instituciones nacionales.

IV. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Se precisa describir las Relaciones de Objeto y la Codependencia en un grupo de madres de sujetos adictos a las drogas, a partir de sus respuestas al Psicodiagnóstico de Rorschach y la entrevista semi-estructurada.

4.2. Objetivos Específicos

- a) Caracterizar las Relaciones de Objeto observables, a partir de las variables estructurales que pertenecen a la agrupación de Relaciones Interpersonales del Sistema Comprensivo de Exner y de la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer presentes en el grupo de madres y comparar los resultados con las tablas normativas para la población de Caracas.
- b) Describir el contenido de la Codependencia presente en un grupo de madres de sujetos con adicción a las drogas, a partir de las variables estructurales agrupadas en Autopercepción y Afectos, así como también las variables Ma y Mp del Sistema Comprensivo de Exner y los indicadores de Unión Simbiótica (Kusim), Simbiosis, separación y unión violenta (Kviol), Procesos Internos Malignos incluyendo Incorporación Primitiva (Kpmal), Especcularidad Narcisista (Kesna) y Separación – División (Ksedi) de la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer.
- c) Puntualizar las Relaciones de Objeto y la Codependencia a través del análisis de contenido de la entrevista semi-estructurada.

V. MARCO TEÓRICO

5.1. Conceptualización de las Drogas

Hoy día existen múltiples tipos de sustancias o drogas que crean dependencia en los individuos que las consumen. Laurie (1970) las define como cualquier tipo de sustancias químicas que alteran el estado de ánimo, la percepción o el conocimiento, con capacidad para producir dependencia de la misma.

Asimismo, Bandera (2009) las define como sustancias naturales o sintéticas, médicas y no médicas, legales o ilegales, que tienen efecto sobre las funciones psíquicas, determinan tolerancia, dependencia y su excesivo y/o prolongado consumo desencadenan notables efectos perjudiciales.

En el 2009, la Organización Nacional Antidrogas de Venezuela, las define como “sustancias psicoactivas, de origen natural o sintético, que pueden ser objeto de abuso”.

Existen múltiples clasificaciones de las drogas. Izquierdo (1992) las especifica a nivel sociológico, clínico, farmacológico, según su dependencia y drogas de laboratorio:

1. Clasificación sociológica

- Institucionalizadas: alcohol y medicamentos (en el marco terapéutico).
- No institucionalizadas: Cannabis, alucinógenos, opiáceos, medicamentos usados fuera del marco terapéutico.

2. Clasificación Clínica

- Eufórica: se refiere a agentes que disminuyen y suspenden las funciones emotivas y de percepción, situando al individuo en un estado de bienestar físico y psíquico.
- Fantástica: se trata de agentes que crean excitación cerebral, las cuales afectan las funciones senso-perceptivas, evidenciando alucinaciones visuales y/o auditivas.
- Inebriantía: se refieren al alcohol, cloroformo, éter y bencina.
- Hipnótica: funcionan como agentes del sueño.
- Excitación: funcionan como estimulante psíquico, sin alteración de la conciencia. Por ejemplo café, té, cola, alcanfor, betal, tabaco y arsénico.

3. Clasificación farmacológica

- Sedantes e hipnotizantes: Barbitúricos, tranquilizantes menores.
- Estimulantes: Anfetaminas, cocaína, café, tabaco, entre otros.
- Psicodélicos y alucinógenos: L.S.D., Mescalina, Pilocibina, D.M.T., Cannabis y T.H.C.
- Estupefacientes opiáceos: Opio, Morfina, heroína, codeína y sintéticas (Demerol y Dolophine).
- Disolventes volátiles: cola, gasolina, disolventes para pintura, barniz de uñas, entre otros.
- Antidepresivos clínicos: Fluoxetina, Sertralina, entre otros.

4. Clasificación según la dependencia:

4.1. Drogas que generan dependencia psíquica, física y tolerancia:

- Opio y sus derivados: morfina, heroína, dionina, entre otros.
- Analgésicos sintéticos: Petidana, Metadona, entre otros.
- Dependencia Barbitúrico – Alcohol: Barbitúricos como meprobamato, diazepam y alcohol.

4.2. Drogas que producen dependencia psíquica y tolerancia:

- Dependencia del tipo anfetamínico
- Dependencia del tipo L.S.D.

4.3. Drogas que producen dependencia psíquica, sin el fenómeno de la tolerancia:

- Tipo cocaínico: cocaína, hojas de coca.
- Tipo cannábico: cáñamo indio (marihuana, hachís).

5. Drogas de laboratorio: Se trata de estupefacientes derivados de la coca y la heroína mezcladas con productos químicos. En algunos casos se tratan de drogas más peligrosas y que son vendidas a menor precio. Se trata del éxtasis, crack y moon rock, ésta última es una variedad de la heroína que no se inyecta, sino que se fuma mezclada con crack.

Las drogas antes mencionadas son clasificadas como sustancias ilegales. El alcohol también es adictivo y se clasifica como una sustancia o droga legal, porque es aceptada por la sociedad, la cual goza de prestigio y se estimula su consumo. Es

considerado como droga, porque funciona como un depresor del sistema nervioso central y cuando las personas llegan a la embriaguez, pierden el control de sí mismas, con manifestaciones de mareos, vértigo, vómitos y hasta desmayos (Álvarez H., Álvarez J., Baranga, García y Lois, 2009).

De esta manera, se entiende la razón por la cual el alcohol y la cocaína son sustancias que se complementan a nivel químico y funcional, ya que la cocaína como estimulante del sistema nervioso central, permite la ingesta de alcohol sin llegar a la embriaguez.

Las investigaciones de Álvarez y cols. (2009), permiten visualizar la adicción a la cocaína y sus derivados, acompañados por el consumo de alcohol. Señalan que en el tratamiento de la adicción, una recaída es precedida por la ingesta de alcohol, lo cual genera angustia de consumo o “craving”, un detonante significativo para la reincidencia hacia el consumo de la cocaína. De esta manera, se mezclan ambas sustancias (cocaetileno). Estos pacientes presentan peculiaridades que les diferencian de aquellos que consumen cocaína aisladamente y según Pastor, Llopis y Baquero (2002 c.p., Álvarez, y cols., 2009) se caracterizan por:

- Mayor percepción de control sobre el consumo de cocaína y especialmente del alcohol.
- Percepción de problemas con la cocaína, pero no con el alcohol.
- La ingesta de alcohol se convierte en un detonante de la ansiedad por consumo y conducta de búsqueda compulsiva de la cocaína.
- Mayor pérdida de control a diferencia de los que no asocian el alcohol con la cocaína.
- Presencia de conductas con rasgos antisociales tras el consumo.

- Mayores consecuencias negativas a nivel social, laboral, familiar y conductual, incluyendo conductas de riesgo como grandes gastos, ludopatía, peleas, problemas de pareja, sexo compulsivo, frecuentar lugares de prostitución y relaciones sexuales sin protección.

Por otra parte, estos autores mencionan que el uso de ambas sustancias se ha relacionado con déficits cognitivos en memoria, atención, orientación y asimetrías sensoriales. De la misma manera, señalan la relación con presencia de toxicidad, especialmente en el hígado, pulmón y riñón.

El ejemplo antes señalado, en cuanto a la adicción a la cocaína y el alcohol, ilustra lo difícil que es para los pacientes la abstinencia de esas y otras sustancias adictivas, debido a la dependencia física y psicológica que generan.

5.2. Diagnóstico del Trastorno por Dependencia de Sustancias

Un individuo dependiente de las drogas, a veces puede sentirse no adicto a las mismas, ya que se justifica en el consumo esporádico y de pocas cantidades a lo que llaman “costumbre social”. Sin embargo, Boundy y Washton (1991) explican que la cantidad y la frecuencia no son necesariamente lo más relevante, sino el efecto global como consecuencia en la vida del consumidor. En otras palabras, el uso de una droga se constituye en adicción, porque causa problemas en la vida del individuo y éste continúa en el consumo a pesar de ello.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (2005), indica que los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: trastornos por consumos de sustancias (dependencia y abuso) y trastornos inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium, demencia, trastorno amnésico, trastorno psicótico, del estado de ánimo, ansiedad, disfunción sexual y trastorno del sueño, todos inducidos por sustancias).

Describe al trastorno por dependencia de sustancias como un estilo desadaptativo de consumo de la sustancia que tiene como consecuencia un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los siguientes ítems por período continuado de 12 meses, tal como se señala en el siguiente recuadro:

Tabla 1: Criterios diagnósticos de trastornos por consumo de sustancias

DSM – IV – TR, 2005
<p>1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. <p>2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas). b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. <p>3. La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.</p> <p>4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.</p> <p>5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.</p> <p>6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.</p> <p>7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).</p>

Especificar si:

Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (p.ej., si se cumplen cualquiera de los puntos 1 o 2).

Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (p.ej., si no se cumplen los puntos 1 y 2).

La Organización Mundial de la Salud Ginebra, en su Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales CIE – 10, indica las pautas para el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas, donde el síndrome de dependencia se diagnostica, cuando están presentes en los doce meses previos o de un modo continuo, tres o más de los siguientes rasgos, señalados en el siguiente recuadro:

Tabla 2: Síndrome de dependencia

CIE – 10, 1999
<ol style="list-style-type: none"> 1. Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia. 2. Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida. 3. Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. 4. Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia). 5. Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.

6. Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consuma la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

Específicamente en el CIE – 10, el síndrome de dependencia se define como “un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo” (p. 52).

Por otra parte, Boundy y Washton (1991) describen factores emocionales que distinguen a las personas adictas a las drogas, tales como: consumir para mitigar alguna tensión interior, evadir sentimientos insoportables o conservar relaciones para no sentirse solos; es decir, es adictivo cuando se incurre a las drogas para cambiar su propio estado de ánimo, porque el mismo le resulta intolerable.

Existen cuatro signos, los cuales caracterizan a una persona cuando es adicta:

1. La obsesión, el adicto siempre estará pensando y planificando su próximo consumo. Experimenta ansiedad en los momentos previos al mismo, lo cual llama “mandato interior” porque se trata de un impulso apremiante.
2. Consecuencias negativas que repercuten en las relaciones interpersonales, porque se le resta tiempo a la familia y amigos; en el trabajo porque se dedica tiempo para buscar la droga o recuperarse de su uso; en las finanzas, ya que el dinero se destina al consumo de las mismas; en la salud psíquica, porque los adictos experimentan sentimientos de fracaso, impotencia, depresión y desesperanza, que le provocan un deseo aún mayor de recurrir a las drogas una y otra vez, para evadir el sufrimiento; en el buen juicio y conducta, ya que suelen hacer cosas bajo el efecto de las drogas que de ordinario no harían,

viéndose motivada la conducta más por la desesperación que por una falta deliberada de consideración; y en la salud física, ya que el uso de las drogas puede ocasionar múltiples síntomas físicos, tales como trastornos en el apetito, hipertensión, insomnio y fatiga, entre otros.

3. Falta de control, porque luego de haber adquirido la adicción, no se puede detener la conducta correspondiente. Al tratar de controlarla, el adicto se encuentra con que su voluntad no es suficiente y que en lugar de dominar la adicción, ésta lo está controlando a él.
4. La negación, la cual se observa a medida que los conflictos empiezan aparecer en la vida del adicto, principalmente en dos aspectos. En primer lugar, señalan a la droga como algo que pueden controlar; y en segundo lugar, niegan que los efectos negativos en sus vidas tengan alguna conexión con el uso de las drogas. Tal negación se puede hacer de diversas formas: directa y terminantemente, minimizándola, evitando el tema, culpando a otros, racionalizándola o intelectualizándola.

Asimismo, Ibañez (2008) y Sanmartín (2002) aseveran que cuando un individuo abusa de forma aguda y crónica de las drogas, se producen cambios significativos a nivel neurológico. Por ejemplo, cuando se trata del abuso de la cocaína, la misma impide la reabsorción de la dopamina y noradrenalina por parte de las neuronas pre-sinápticas, por lo que se deja de producir la cantidad necesaria. Este bajo nivel de producción, causa experiencias muy agudas opuestas al placer, lo que se denomina como “craving” o “mono”. Emerge así en el individuo, la necesidad de aumentar la droga para lograr el efecto parecido que realizan dichos neurotransmisores.

En síntesis, la dependencia o adicción a las drogas incluye aspectos comportamentales, fisiológicos y psicológicos, tal como en el 2009, lo describe la Oficina Nacional Antidrogas de Venezuela: “es un síndrome psicológico y conductual, debido a la participación incondicional en el uso de una droga (uso compulsivo), la obtención de la misma y una marcada tendencia a la recaída después de su retiro”.

5.3. Etiología de los Trastornos por Consumo de Sustancias

5.3.1. Factores genéticos

En la etiología de las adicciones, diversos estudios (Bergeman 1990; Eaves y Kendler, 1986; Kendler 1997; Kessler 1992 c.p. Ibañez, 2008), sugieren que los factores genéticos controlan en gran medida la influencia de lo psicosocial en cada persona, es decir, se está considerando un modelo multifactorial como aquel que revela de forma más explícita el desarrollo de las adicciones, donde ocurre la interacción entre lo genético y lo ambiental, lo cual da lugar al trastorno. Atendiendo al primer aspecto, se ha estimado que los factores genéticos favorecen al 40-60% de la vulnerabilidad para el desarrollo de las adicciones, pero en definitiva, son los factores ambientales los que tienen una influencia decisiva en la etiología de las adicciones.

5.3.2. Factores familiares y sociales

En la actualidad, la sociedad venezolana se encuentra afectada por el fenómeno de la familia matricentrada, tanto para los estratos bajos de la sociedad como en la clase media y alta, tal como Andrade, G., Andrade, J. y Campo – Redondo (2007) lo describen. La familia matricentrada consiste principalmente, en la presencia de la madre como un todo afectivo y emocional. Predomina la figura del padre ausente tanto a nivel económico como en lo emocional, por lo que se genera y

perpetúa el vacío de figuras parentales responsables, afirmándose así el machismo en los hijos de esa madre, que se mantienen cerca de ella, aún cuando ellos tengan sus propios hijos. En los estratos bajos, el hombre da prioridad a la crianza de sus hermanos, más que a la de sus propios hijos.

Moreno (2005) por su parte, explica que la familia venezolana se centra en la figura de la madre, cuya estructura familiar se compone principalmente por la relación madre - hijo, la cual sustituye al modelo de la pareja con sus hijos. Donde la figura paterna es tangencial, porque la familia puede existir sin el modelo de pareja y por ende, sin el padre, quien no tiene lugar en esa estructura, sino sólo para producirla. Es tangencial porque el padre la toca pero sin penetrarla, puede ser de ayuda externa, pero tampoco es indispensable y sólo cumple con las funciones que le asigna la madre.

De esta manera, se define a la familia matricentrada como una estructura, en la cual hay una madre quien es el centro de todos los vínculos, porque de ella parten y a ella vuelven. Es decir, la madre está en la forma de todo, está en el trasfondo de toda la actividad y pensamiento, donde tiene un hijo, el cual es eterno y perpetuo, porque lo hace para sí misma. A pesar de ello, Moreno no asigna los problemas sociales y delictivos únicamente a este tipo de estructura familiar, sin embargo, identifica dos factores negativos, la irresponsabilidad y desorganización, como resultado de la figura tangencial del padre (Moreno, 2009).

Burger y Moses (1981), plantean que el problema adictivo viene de casa, es decir, en las relaciones dadas entre padres e hijos. Para ellos, padres que claramente son ausentes, distantes, inadecuados y/o con rasgos psicopáticos, impulsan a sus hijos hacia el consumo de drogas.

De la misma manera, Alfonso, Espada y Huedo (2009), encontraron en un estudio realizado en adolescentes, que el consumo de sustancias viene dado en función de una educación familiar sin normas bien establecidas.

Asimismo, otras investigaciones también apuntan al aspecto familiar como uno de los principales factores de riesgo, ya que el consumo de drogas tiene como base un proceso de socialización en el que influye la familia como transmisora de creencias, valores y hábitos que condicionan más adelante la probabilidad de consumo (Becoña, 2001; Fernández, Secades y Vallejo, 2005 c.p. Alfonso y cols., 2009).

5.3.3. Factores individuales

A nivel individual, investigaciones afirman que el consumo y/o abuso de drogas, viene dado por: rasgos de personalidad, problemas conductuales, baja autoestima, rebeldía, problemas cognitivos y baja tolerancia a la frustración. (González F, García-Señorán y González S, 1996 c.p. Alfonso y cols., 2009). En ese sentido, se estima que la adicción va más allá de un comportamiento disruptivo, porque intervienen elementos intrínsecos en el individuo que lo conllevan al consumo, lo cual se relaciona con todos los ámbitos de su vida, generando múltiples conflictos.

Una manera de comprender con claridad lo antes mencionado, es cuando se analiza a nivel inconsciente lo que representa la adicción. Tal como lo describe López (1991): “La adicción consiste en la subyugación del yo al objeto malo idealizado, organizada sobre un espacio transicional, casi siempre de procedencia anal, en donde el adicto se encuentra atrapado en una relación simbiótica con su madre” (p.11).

El objeto transicional descrito por Winnicot (Tomas, s.f.), es un espacio donde la madre responde a los llamados de su bebé y sin sofocarlo, habilita un punto separador, una zona intermedia para la relación entre el niño y el mundo, que servirá

de guía para la triangulación hacia la individuación. Sin embargo, en la patología de la adicción, la madre es como un “objeto ausente” u “objeto malo”, el cual está casi ausente. Disfrazado de bueno, el bebé lo idealiza y lo vive como un ser “casi ausente y a la vez imprescindible”. Aquí se genera la paradoja de la adicción, porque el adicto busca un objeto que niega “la muerte” (la droga) y al mismo tiempo, maximiza la representación del objeto ausente es decir, idealiza la nada, la muerte (López, 1991).

Finalmente, sobre la adicción Meltzer (1974, c.p. López, 1991) indica:

... es un tipo de organización narcisista de las estructuras infantiles que debilita y puede desplazar totalmente la parte adulta de la personalidad en el control de la conducta. Su estructura central consiste en las partes infantiles buenas que han desviado su dependencia de las figuras parentales y la han colocado en la parte mala del self, en un primer momento como una forma de refugio ante el sufrimiento depresivo en la posición esquizo-paranoide, pero más específicamente como una defensa ante la vivencia de terror en relación a los bebés del interior de la madre que han sido matados por celos posesivos, rivalidad edípica y temor al destete (p.11).

Lo anterior, explica la adicción como un conflicto que trasciende de lo actual, llevándolo a un plano de sufrimiento desde la infancia en las primeras etapas de la vida con sus cuidadores.

5.4. Dinámica de las Adicciones en la Familia

El inicio del consumo de drogas suele aparecer en la etapa de la adolescencia, en familias con lazos que definen el rol de cada pariente como un patrón prototípico, así como en aquellas donde hay adictos masculinos y la madre reacciona de forma indulgente, apegada, sobreprotectora, permisiva, mientras su hijo adicto suele ocupar

el primer lugar entre los demás. En la relación padre – hijo, el padre es más bien desapegado, débil o ausente. Determinados adictos describen la relación con su padre como muy negativa, con disciplina ruda e incoherente propinada por el mismo. Algunos padres son alcohólicos, otros son autoritarios y violentos. Asimismo, se evidencia alta incidencia de privación parental, donde se ha experimentado la separación o muerte de un progenitor (Stanton y Todd, 1988).

Igualmente Stanton y Todd (1988), describen la dinámica familiar como un ciclo repetitivo, donde las figuras parentales presentan conflictos con amenaza de separación sin resolución de los mismos. En este sentido, el adicto se activa, cambia su conducta y crea una situación dramática que concentra la atención de sus padres sobre él, uniendo nuevamente a la pareja sin encarar los conflictos previamente irresueltos, lo cual les resulta un rumbo más seguro. Una vez eludida la crisis en la familia, el adicto comienza a comportarse de una forma más competente. Sin embargo, en este punto del ciclo, cuando el adicto adopta una actitud más responsable y comienza a funcionar de manera independiente en la familia (por ejemplo, al obtener un empleo, iniciar un tratamiento para la farmacodependencia o casándose), las tensiones en la familia crecen y surge de nuevo la amenaza de separación, con la posterior recaída del adicto, cerrándose el ciclo al centrar la atención nuevamente en él.

En tal sentido, se entiende la dinámica en la familia, donde el adicto cumple una función protectora y de equilibrio homeostático en el sistema familiar. Los padres o familiares del adicto llegan a ser incapaces de relacionarse entre sí de manera satisfactoria y por ello reaccionan con pánico cuando la tríada sufre una amenaza.

Es así como Stanton, Todd (1988), indican que la drogadicción contiene un efecto adaptativo y funcional más que algo placentero inmediato, porque ofrece al drama del adicto y a su familia una resolución paradójica en el dilema de mantener – disolver, permanecer – partir de la familia. Algunas de esas funciones son:

1. El nivel individual – farmacológico: Krystal y Raskin (1970, Stanton y Todd, 1988) explican que la euforia del adicto es comparable al apego o fusión simbiótica con la madre como una especie de saciedad regresiva infantil. Entonces, siendo adicto puede sentirse cerca de la madre como cuando era pequeño y no autónomo. Por tanto, el adicto puede ser apegado e infantil, aunque distante.
2. Conducta regresiva: cuando el adicto mejora o triunfa, la familia culpa a la droga por la conducta adictiva, pueril y de abandono del adicto hacia ellos, así que se ven en el ciclo repetitivo de abandono–regreso, donde existe la idea de que debería persistir la incompetencia y la dependencia. Se trata así, de una pseudo-individuación, porque parece independiente, pero no lo es.
3. Relaciones heterosexuales: el vínculo simbiótico con la madre del adicto, impide que desarrolle adecuadas relaciones con su cónyuge e hijos y la droga le ofrece una experiencia casi sexual sin ser desleal a su madre, así que no tiene que desarrollar una relación heterosexual, porque se relaciona sexualmente con la droga.

Por otra parte, para Washton (1995) la intervención de la familia es básica en el tratamiento de las adicciones, ya que su participación les ayudaría a identificar y erradicar cuáles son aquellas conductas perjudiciales, las cuales permiten la perpetuación de la enfermedad. Algunas de esas conductas son:

1. Minimización, racionalización o negación del problema de la adicción.
2. Intento de control del suministro de drogas o del consumo.
3. Proteger al adicto de las consecuencias negativas del consumo, a través de excusas o resolviendo sus problemas.

4. Asumir las responsabilidades del adicto.
5. Ayudar al adicto a obtener drogas.

Washton explica que estas conductas, vienen dadas por la codependencia, las cuales ocurren principalmente en el familiar, el cual siente de manera inconsciente que el dedicarse al adicto, le proporciona un alivio y distracción de sus propios problemas, crisis y conflictos. Perdiendo así el límite entre la conducta protectora y el autosacrificio. Es así como se entiende que la familia del adicto también necesita ayuda.

5.5. La Madre y su Hijo Adicto

La dinámica familiar sostenida en el conflicto del pariente adicto, revela el malestar que le pertenece a cada quien dentro del núcleo familiar. Por ello, el adicto no puede ser comprendido aislado de su contexto, dado que es parte de una totalidad, su familia.

Kalina (1975 c.p. Sisto, 2005), plantea que en estas familias prevalece una alianza marital disfuncional, donde muchas veces el hijo dependiente e inmaduro es quién mantiene el precario vínculo en la pareja, canjeando así su independencia por la enfermedad.

Campagna y Gervasio (1987), describen la relación entre la madre y su hijo adicto, de la siguiente manera:

1. La madre suele ser depresiva, a veces de manera encubierta y coloca en el hijo sus propios aspectos melancólicos. Necesita constantemente reafirmar su autoestima en función del otro.

2. Son madres fundamentalmente narcisistas con actitudes inmaduras, donde el hijo es algo indiferenciado, una "cosa " utilitaria para sus fines, ya que se acerca a su hijo para cubrir una necesidad propia. Este mensaje es percibido inconscientemente por el hijo. Por ejemplo, una madre insegura, ve a su hijo durmiendo y lo despierta, por miedo a que esté muerto.
3. La recurrencia de tales conductas en la madre, suscita en el hijo una manera frágil, temerosa e insegura de percibirse a sí mismo.
4. La madre no puede contener la ansiedad de su hijo, pero tampoco le permite la posibilidad de diferenciación. Mantiene la simbiosis.

De la misma manera Stanton y Todd (1988), indican que la adicción es una forma de no partida, no independencia o individualización del adicto, como un estado de simbiosis o fusión con la madre, donde no entra la separación. Entonces el adicto, a pesar de sus intentos por separarse y crecer, por ejemplo trabajando y/o casándose, siempre volverá al hogar y la madre estará ahí para recibirle.

5.6. Teoría de las Relaciones de Objeto

El término objeto fue utilizado por Freud (1905), para designar la persona de la cual viene la atracción sexual. Indica dos tiempos de la elección del objeto: el primero, desde los dos hasta los cinco años de edad y el segundo, al inicio de la pubertad.

A través del desarrollo de la teoría psicoanalítica, Freud (Laplanche y Pontalis, 1994) resalta dos ideas sobre el objeto. En principio, que la función única del objeto es ser un medio para procurar la satisfacción, el cual puede ser sustituible. En segundo lugar, el objeto puede ser específico en la historia del sujeto, es decir, solamente un objeto preciso o sustitutivo del mismo, será capaz de proporcionar satisfacción, con la particularidad de que ese objeto debe tener las características

electivas del original. Asimismo, Freud (1923) señala la relación complementaria entre el objeto y la libido durante la infancia temprana, cuando se viven experiencias de satisfacción o frustración, las cuales se actualizan en el presente, es decir, que las primeras relaciones de objeto determinarán el comportamiento del sujeto, porque mantienen la influencia de sus experiencias pasadas.

Más adelante, sobre la teoría de las relaciones de objeto, Klein (1972) presenta el estudio de la relación madre – hijo en el primer período infantil, donde el niño, debido a la inmadurez de su Yo depende de la madre (su objeto) para obtener satisfacción. Desea a su objeto cuando experimenta necesidades que al ser acariciado y gratificado, posee el pecho de la madre (idealmente bueno), al cual ama y del cual puede alimentarse. El bebé incorpora el pecho gratificante y se identifica con él. Si la relación se desarrolla de manera estable, el hijo hará lo mismo en la vida adulta. Ocurre lo contrario, cuando el bebé no es gratificado, siente dolor y hambre, pero no cree que el malestar sea parte de sí mismo, sino que el responsable es el pecho malo y lo odia. Luego se identifica con él y se siente perseguido por este pecho malo que hay dentro de sí.

Surge así la teoría de las posiciones descritas por Melanie Klein (Lander, 2009). La primera de ellas, la posición Esquizo – Paranoide, comienza inmediatamente después del nacimiento, predominan impulsos destructivos y ansiedades persecutorias. También se destacan las siguientes características:

1. La inmadurez del bebé que percibe al objeto externo como parcial (pecho, pezón, pene).
2. Dado al mecanismo mental de la escisión, aparece el objeto dividido en bueno y malo, el cual se ama y se odia.

3. Mediante el mecanismo de proyección, luego de la escisión del Yo, se expulsa sobre el objeto original (el pecho) el instinto de muerte (agresión – destrucción).
4. A través de la identificación proyectiva se introduce dentro del objeto la agresión y hostilidad del bebé.
5. La presencia de una ansiedad que surge como consecuencia de los mecanismos de escisión y proyección, así como también por los objetos malos y persecutorios que amenazan con destruir al Yo y su objeto ideal.
6. La presencia de un objeto ideal, con el cual el Yo se identifica y trata de apropiarse de él.
7. Se proyecta lo bueno, para mantenerse a salvo de la maldad interna y se introyecta lo persecutorio para intentar controlarlo.
8. El predominio de las experiencias buenas sobre las malas permitirá al bebé adelantarse hacia la posición Depresiva.

La segunda posición es la Depresiva, se ubica al final del sexto mes de vida del bebé. Logra la integración del objeto malo y el ideal en uno sólo, lo cual le permite reconocer más claramente que se trata de un solo objeto total (su madre), a quien ama y a la vez odia. Todo ello ocurre en condiciones, las cuales permiten el desarrollo del bebé de un modo más favorable, donde siente que los impulsos amorosos del objeto ideal, son más fuertes que los agresivos provenientes del objeto malo. En esta posición, las ansiedades surgen de la ambivalencia, teme que los impulsos agresivos hayan destruido o lleguen a destruir el objeto bueno amado, de quien depende totalmente. Experimenta sentimientos de duelo y nostalgia por ese objeto, sentido como perdido o destruido. De esta manera, se origina la culpa, la cual

es el sentimiento básico de la posición Depresiva, y con la culpa, aparece la intención de reparación.

Específicamente y en consonancia con la posición – esquizoparanoide, Kernberg (1987) presenta características estructurales de la organización límite de la personalidad, entre las cuales se destacan la carencia de una identidad integrada y mecanismos de defensa primitivos (escisión, idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación). Además, alteraciones en la forma de manejar sus emociones de una forma más coherente con la realidad.

Phillipson (1976, c.p. Molina, Martínez, 2002), destaca que la manera como una persona se interrelaciona con otros, es la consecuencia de una larga historia de aprendizaje, asociada al manejo de las relaciones con sus objetos más tempranos.

Asimismo, Kernberg (1979) en su trabajo sobre las relaciones de objeto, indica que las mismas representan estructuras intrapsíquicas diádicas que derivan de las relaciones con el objeto (madre) internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes que pueden ser diádicas, triangulares y múltiples.

Por otra parte, Klein y Riviere (1968) afirman que el vínculo madre – hijo, dependerá en gran manera, de la relación de ella con su propia madre durante su infancia. Indican que el hecho de ser madre, se convierte en algo satisfactorio y gratificante, debido a ello, algunas madres se tornan posesivas y conservan a sus hijos adheridos a ellas, tal como lo señalan los autores: “detestan la idea de verlos crecer y adquirir personalidad” (p.84).

También refieren que los conflictos en las relaciones pasadas de la madre, pueden influir en sus sentimientos hacia su propio hijo, especialmente si éste exhibe rasgos o comportamientos que puedan reactivar en ella los antiguos problemas. Si la madre presenta excesivos sentimientos de culpa, la relación con su hijo puede llevarla

a una actitud extrema de autosacrificio, inundando de amor a su hijo, sin pedirle nada a cambio. Ello se convierte en algo desventajoso para el niño, porque éste se transformará en una persona egoísta.

Además, Chait (s.f.) describe la transmisión psíquica de una generación a otra, a través de lo Transgeneracional, refiriéndose a situaciones de traumas, así como lutos, situaciones de violencia (personal o social) y vergüenzas, presentes y/o pasadas. Esta transmisión es desestructurante para la generación receptora, de esta manera, el hijo pasa a ser un depositario de los productos tóxicos de los padres. El niño carga el fantasma de los padres, al obedecer al mandato transgeneracional, lo cual se puede manifestar a través de un síntoma o de una patología.

En un estudio realizado sobre las Relaciones de Objeto, como factores que determinan el comportamiento en las relaciones interpersonales, Calabrese, Farber y Westen (2005), a través de la Escala de Relaciones de Objeto de la Cognición Social, demostraron que la mayoría de los participantes evaluados, desde la perspectiva de las Relaciones de Objeto, asociaron sus relaciones interpersonales a las de sus propios padres.

5.7. Codependencia

La codependencia es un constructo escasamente estudiado, cuyo término empieza a aparecer en la década de los 70 en los grupos de Alcohólicos Anónimos y Al – Anon, donde se encontraron similares patrones de conductas y actitudes en los miembros de la familia del paciente alcohólico (Harkness, Swenson, Madsen-Hampton y Hale, 2001).

En una investigación basada en el estudio de 830 mujeres en la Ciudad de Méjico, se encontró que la codependencia se presenta en el área de las relaciones

interpersonales y específicamente en familias donde tienen un miembro o más, adictos al alcohol u otras sustancias (Noriega, 2002a, 2004b).

La codependencia se trata de personas quienes tienen la necesidad de controlar el comportamiento adictivo del otro, se involucran en exceso en su vida caótica, presentan más interés que el adicto en resolver su problema, se autoanulan instalándose en un rol de cuidado abnegado, tienen relaciones de pareja abusivas, baja autoconfianza y trastornos psíquicos Beattie (1992, c.p. Castelló, 2006).

Para Cermak (1986) y Young (1987), los familiares de pacientes adictos exhiben signos y síntomas del síndrome de codependencia, lo cual permite concluir que los miembros de la familia del adicto están afectados y también requieren tratamiento (Dear y Roberts, 2005).

Asimismo, Brown (1988, c.p. Edmunson, Byrne y Rankin, 2000) describe patrones en la conducta del codependiente, tales como: alta necesidad de control, hipervigilancia, sobreprotección, indecisión, explosividad, rabia, dificultad para llegar a hacer cosas de manera asertiva y patrones de responsabilidad excesiva o falta de la misma.

Igualmente, Whitfield (1991, c.p. Edmunson, Byrne y Rankin, 2000) resalta que las características de estas personas consisten principalmente en la constante necesidad de validación o aprobación, baja auto-estima, alta necesidad de complacer a otros y dificultad para identificar sus propios sentimientos.

Por su parte Mellody, A. Miller y K. Miller (1989), señalan que las personas codependientes presentan mecanismos de defensa para evitar sentir el malestar que les produce recordar eventos dolorosos de la infancia. Los principales mecanismos a los cuales hacen referencia son: represión, supresión, escisión, negación y minimización.

Boundy y Whaston (1991), sostienen que mientras el adicto tiene la adicción a alguna sustancia, el codependiente presenta su adicción al adicto. Resaltan a la codependencia como un fenómeno que ocurre principalmente en los miembros cercanos a la familia del adicto, así como la madre, el padre, hermanos o su pareja. Ésta ocurre cuando la ayuda tiene un efecto contraproducente, tanto para el que ayuda, como para el adicto. El siguiente recuadro, describe la similitud que encuentran entre el codependiente y el adicto:

Tabla 3: El adicto y el codependiente. Adicciones paralelas

Codependiente	Adicto
Elude sentimientos dolorosos al centrarse en el adicto.	Elude sentimientos dolorosos al usar una droga o actividad.
Sus estados de ánimo dependen de la conducta del adicto.	Sus estados de ánimo dependen de los efectos de la droga.
Emplea de forma creciente la negación para mantener la creencia ilusoria de que “todo está bien”.	Emplea de forma creciente la negación para mantener la creencia ilusoria de que su uso de la droga está “bajo control”.
Desarrolla tolerancia a la conducta del adicto; lo que antes le resultaba chocante ahora le parece normal y tolerable.	Desarrolla tolerancia a la droga; cada vez requiere más cantidad para obtener el mismo efecto.
La conducta y los asuntos del adicto se convierten en una preocupación absorbente.	Conseguir y usar la droga se convierte en una preocupación absorbente.
La obsesión con el adicto lo lleva a aislarse y distanciarse cada vez más de otras personas.	La obsesión con la droga lo lleva a aislarse y distanciarse cada vez más de otras personas.
La vida se vuelve ingobernable; pierde el control sobre sí mismo y su conducta, a medida que la conducta del adicto se convierte en una obsesión.	La vida se vuelve ingobernable; pierde el control sobre su uso de la droga a medida que la droga o actividad se convierte en una obsesión.

En líneas generales, las personas con codependencia se entregan al adicto, intentan controlarlos, encubren o minimizan los comportamientos negativos, se someten a sus deseos mientras que el adicto consigue de su familiar el dinero para nuevas intoxicaciones, con falsas promesas de que pronto abandonará el hábito (Castelló, 2006).

Aún no existe, alguna clasificación que determine a la codependencia como un trastorno clínico. Así que Cermak (1986, c.p. Loughead, Spurlock y Ting, 1988) ha construido una propuesta de cinco rasgos o criterios diagnósticos para la categorización del trastorno de personalidad codependiente, tal como se indica a continuación:

1. Invierte continuamente su autoestima en la tratar de influenciar o controlar los sentimientos y comportamientos propios y de otros, a pesar de las obvias consecuencias adversas que esto acarrea.
2. Asume la responsabilidad de cubrir las necesidades de otros.
3. Trastornos de ansiedad y límite en cuanto a la intimidad y separación.
4. Se Involucra en relaciones con personas con desórdenes de personalidad, dependientes a sustancias, otros codependientes y/o individuos con trastornos impulsivos.
5. Tres o más de los siguientes aspectos: Constricción de las emociones, depresión, hipervigilancia, compulsiones, ansiedad, abuso de sustancias, negación excesiva, abuso sexual o físico recurrente, condiciones médicas relacionadas con el estrés y/o relación primaria con un fármaco-dependiente por al menos dos años.

Más adelante, Mellody y cols. (1989) destacaron cinco características principales:

1. Dificultad en los niveles apropiados de autoestima.
2. Dificultad para establecer límites funcionales internos y/o externos en lo físico y/o sexual.
3. Dificultad para vivenciar y expresar su propia realidad.
4. Dificultad para reconocer y satisfacer sus propias necesidades.
5. Dificultad para vivenciar y expresar su realidad moderadamente.

En este sentido, Noriega (2004) define a la codependencia como un trastorno de relación interpersonal, caracterizado por una fuerte dependencia hacia parientes problemáticos, exhibido como insatisfacción emocional y sufrimiento personal, donde la mujer enfoca su atención en el cuidado de las necesidades de esas personas o parientes y al mismo tiempo minimiza sus propias necesidades.

5.8. Relaciones de Objeto y Codependencia

Como se ha mencionado, la dinámica familiar es un factor influyente en la aparición de la adicción a las drogas en algún miembro de la familia.

Mellody y cols. (1989), en su trabajo sobre la codependencia en la adultez, se basan en la relación del niño con su cuidador e indican que la codependencia tiene su raíz en el abuso físico, sexual, emocional, intelectual y/o espiritual, además de negligencia y abandono ocurrido en la infancia.

De la misma manera, ofrecen una visión de las características del adulto codependiente basadas en las primeras relaciones con sus cuidadores, tal como se muestra en el siguiente recuadro:

Tabla 4: El Codependiente

<i>Características naturales cuando era niño</i>	<i>Maneras disfuncionales de supervivencia</i>	<i>Síntomas del Adulto Codependiente</i>	<i>Distorsión del Sí Mismo y Relaciones Interpersonales Disfuncionales</i>	<i>Padres Disfuncionales</i>
Valoración propia	Baja o alta autoestima	Dificultad en la autoestima	Control Negativo: controla la realidad de otros para su propio beneficio	Incapacidad para estimar apropiadamente sus hijos
Vulnerable	Muy vulnerable o invulnerable	Dificultad en la colocación de límites funcionales	Resentimiento: necesidad de castigar a otros por sus errores percibidos como un maltrato hacia sí mismo	Incapacidad para evadir transgredir los límites de sus propios hijos
Imperfecto	Rebelde, desafiante o perfeccionista	Dificultad para sentir y expresar su propia realidad e imperfección	Distorsión o inexistencia de la espiritualidad: dificultad para conectarse con un poder superior al de sí mismo.	Incapacidad de permitir a sus propios hijos ser imperfectos
Dependiente de sus necesidades	Muy dependiente de otros o muy autosuficiente	Dificultad en el cuidado de sus propios deseos y necesidades	Evasión de la realidad a través de las adicciones, enfermedades físicas o mentales	Incapacidad de proveer lo apropiado a sus hijos
Inmaduro	Extremadamente inmaduro (caótico) o muy maduro (controlador)	Dificultad para sentir y expresar su realidad moderadamente	Dificultad para establecer relaciones interpersonales significativas	Incapacidad de proveer un escenario emocionalmente estable a sus hijos

En un estudio sobre la codependencia Loughead, Spurlock y Ting (1998), a través del Million Clinical Multiaxial Inventory – II (MCMI-II), evaluaron una muestra de 37 participantes codependientes, cuyos resultados arrojaron rasgos de personalidad esquizoide, pasiva – agresiva y dependiente.

Por otra parte, en cuanto a la relación del niño con sus cuidadores, se presenta un estudio sobre la teoría de las Relaciones de Objeto de las posiciones Esquizo - Paranoide y Depresiva de Melanie Klein, donde se evaluaron a través del Psicodiagnóstico de Rorschach a dos grupos de sujetos: una muestra de 20 niños con

trastornos del carácter y una muestra de 33 niños no pacientes (grupo control). En el primer grupo, se encontró que la muestra refleja una relación de objeto parcial, adquisición progresiva del sentido de realidad, pobreza en su expresión afectiva, falta de coherencia interna y mecanismos de escisión. De esta manera, se confirma la pertenencia de ese grupo en la posición esquizo-paranoide. Por el contrario, en el segundo grupo o grupo control, se observó en el 50% de los casos, la ausencia de mecanismos de escisión, evolucionando hacia relaciones de objeto total, que los ubica en la posición depresiva (Gomila, 2004).

5.9. Psicodiagnóstico de Rorschach

El Psicodiagnóstico de Rorschach es considerado una técnica proyectiva para la evaluación de la personalidad, desarrollado por Hermann Rorschach en 1920 bajo el título “Psicodiagnóstico” (Redondo, 2001).

Hoy día es un test el cual consta de 10 láminas, que consisten en diseños de manchas de tinta casi simétricas, cada uno impreso y centrado sobre un cartón blanco cuyo tamaño es aproximadamente de 18 ½ por 25 centímetros. Cada mancha es de carácter propio según sus características individuales de forma, color, sombreado, espacios en blanco, entre otras, que tienden a provocar respuestas típicas (Klopper y Davidson, 1969).

El Psicodiagnóstico de Rorschach como método para comprender a las personas, se presenta desde dos vertientes teóricas, la primera de carácter cognitivo y la segunda enfatiza la perspectiva temática (Weiner, 1993 c.p. Ephraim, 1996).

Específicamente, la teoría cognitiva – perceptiva involucra procesos de atención, percepción, memoria, toma de decisiones y análisis lógico, donde el sujeto responde ante las láminas simulando un escenario de resolución de conflictos, así que la prueba refleja las formas como el individuo responde ante otras situaciones de su vida real, quedando de esa manera evidente su estilo de personalidad.

Por su parte, desde la perspectiva de la teoría dinámica, se incluye el análisis de las temáticas en relación a las respuestas dadas por sujeto, donde las manchas en cada lámina se presentan como una invitación para provocar fantasías individuales más allá de las características obvias del estímulo. En este sentido, el Rorschach incluye además procesos de asociación, simbolización y proyección.

Así mismo, se considera una técnica proyectiva porque el individuo al percibir la realidad que le rodea, la interpreta en función de su experiencia personal, sus costumbres, hábitos e intereses, a los cuales le subyacen procesos inconscientes. Es así como la proyección en el Psicodiagnóstico de Rorschach es el resultado de atribuir a otros impulsos, sentimientos, ideas y actitudes inconscientes (Redondo, 2001).

Según Ephraim (1996), para el abordaje cognitivo de la prueba, John Exner desarrolló el Sistema Comprensivo como método cuantitativo para el análisis e interpretación del Psicodiagnóstico de Rorschach. Mientras que desde perspectiva temática, la teoría psicodinámica aporta otros métodos cualitativos para su interpretación, entre los cuales se destacan los vinculados al concepto de representación del sí mismo (self) y representación objetal.

Según Exner y Sendín (1995), un protocolo válido de Rorschach provee información sobre la ideación, emoción, estilos preferentes de enfrentamiento y formas de responder a las situaciones, capacidad de control, autopercepción, procesamiento de información, percepción interpersonal, mediación cognitiva, estrategias defensivas habituales, preocupaciones y fuentes de malestar de una persona.

De la misma manera, indican que la interpretación del Rorschach ofrece un cuadro de las operaciones y organización psicológica de un sujeto, lo cual reflejará tanto sus deficiencias como las cualidades positivas y personales. El mismo sirve no sólo para el diagnóstico, sino también para obtener la información necesaria y

dirigida hacia la planificación del tratamiento. Además, ha sido aplicado para facilitar la toma de decisiones judiciales.

5.9.1. Evaluación de la Relación de Objeto

Exner (1995), a través de las respuestas dadas en el Psicodiagnóstico de Rorschach, y la variable estructural de Relaciones Interpersonales, permite el análisis de la percepción del individuo sobre su entorno y de las interacciones que en él se producen, las cuales determinan o influyen en el establecimiento de vínculos con otros semejantes.

Así mismo, Kwawer (1980, c.p. González, Occupati y Riquelme, 1991) desarrolla una escala que permite la evaluación de las Relaciones de Objeto Primitivas, con el objetivo inicial de estudiar trastornos “límites” en personas con patología borderline, así como también el análisis de las dificultades de esas personas en relación a la separación y diferenciación respecto a un objeto primario.

El autor agrupa un conjunto de respuestas dadas en el Rorschach, donde categoriza imágenes simbólicas que representan experiencias tempranas de involucramiento simbiótico y negación de la individualidad, permitiendo así la evaluación de las Relaciones de Objeto Primitiva, según las siguientes categorías:

- Surgimiento o Absorción.
- Unión Simbiótica.
- Simbiosis Violenta.
- Procesos Internos Malignos, incluyendo incorporación primitiva.
- Nacimiento y Renacimiento.

- Metamorfosis y Transformación.
- Imágenes Especulares Narcisistas.
- Separación – División.
- Trastornos en Límites.
- Imágenes Intrauterinas.

Por su parte, González, Occupati y Riquelme (1991), llevaron a cabo la estandarización y normalización de la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer en Venezuela para la población de Caracas. Ellos encontraron que la efectividad diagnóstica dependerá de la proporción por parte del sujeto, de dos o más respuestas categorizables dentro de la escala propuesta por Kwawer. La confiabilidad de la prueba en este caso es de 98,24%, por lo tanto se considera una escala efectiva para evaluar el nivel de desarrollo de la Relación de Objeto.

En un estudio realizado a personas con diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad, se encontró que los contenidos de las respuestas emitidas ante el Psicodiagnóstico de Rorschach, se podían clasificar sobre la base de modelos teóricos del desarrollo infantil desde la perspectiva psicoanalítica y las relaciones de objeto. Las respuestas de los sujetos tenían al menos un contenido que apuntaban a problemas en el proceso de individuación – separación con el objeto primario de amor. De esta manera, se basó la investigación en tres supuestos teóricos: a) la vida psicológica se inicia desde que el feto está en el vientre materno, b) hay una relación dinámica entre el embrión y su envoltorio y c) la psicopatología límite restablece en la actualidad y en el modo relacional etapas de relación simbiótica y otros modos de unión primitivos Kwawer (1979, c.p. Medina, 2004).

En Venezuela Medina (2004) realizó un estudio sobre la personalidad y cualidad de relaciones objetales en mujeres fármaco-dependientes y no-fármaco-dependientes, a través de la escala de Kwawer en el Psicodiagnóstico de Rorschach. Encontró que en el primer grupo, las participantes presentan prevalencia a establecer relaciones de tipo Unión Simbiótica, Trastorno de Límites, Surgimiento y Absorción. Mientras que Imaginería Intrauterina para ambos grupos.

Asimismo, De Sisto (2005) evaluó a un grupo de madres de pacientes adictos a las drogas, y para el análisis de las respuestas, utilizó las escalas de contenido de Kwawer y Shafer. Los resultados describen a ese grupo de madres, como personas que presentan un funcionamiento psicológico con tendencia a la depresión, con comportamientos fluctuantes entre el poco interés y el alejamiento defensivo en el plano de las relaciones interpersonales, donde se distancian de las relaciones reales y muestran preferencia por las fantaseadas. Además, presentan la tendencia a establecer relaciones de objeto primitivas, específicamente relaciones simbióticas con una percepción del otro como necesitado de cuidado, protección y afecto.

Otros estudios empíricos, a través de las respuestas en el Psicodiagnóstico de Rorschach, encontraron sobre las Relaciones de Objeto, que las representaciones del sí mismo, de otros y las relaciones interpersonales predicen la conducta en las relaciones cerradas como relaciones románticas y la interacción con sus propios hijos (Urist, 1977 c.p. Calabrese, Farber y Westen, 2005).

5.10. Evaluación de la Codependencia

En su trabajo sobre codependencia Melody, Miller y Wells (1989) identificaron a la autoestima como un factor que caracteriza al codependiente y explica la dificultad de niveles apropiados de la misma en el codependiente. En primer lugar, cuando la persona se siente inferior a los demás, indica baja autoestima, y en segundo lugar cuando las personas se sienten muy superiores a otros se refiere a

la alta autoestima. En ambos casos, se consideran codependientes porque su estima se basa la opinión de otras personas, de las apariencias y del nivel de éxito de sus propios hijos.

Uno de los estudios empíricos sobre codependencia fue realizado por Dear, Roberts y Lange (2004, c.p. Dear y Roberts, 2005), a través del Índice de Codependencia de Holyoake (ICH), se identificaron cuatro elementos fundamentales que la definen: enfoque externo, auto-sacrificio, control interpersonal y represión emocional.

- *Enfoque externo*, se refiere a la atención colocada sobre las conductas, opiniones y expectativas de otras personas para luego adecuarse a las mismas y de esta manera obtener aprobación y estima del otro.
- *Auto-sacrificio*, se refiere a la negligencia o abandono de las propias necesidades para enfocarse en las necesidades de otras personas.
- *Control interpersonal*, refleja una acentuada creencia en la propia capacidad para resolver los problemas y conductas de otras personas.
- *Represión emocional*, se refiere a la represión deliberada o limitada conciencia de las propias emociones, hasta llegar a ser incontenibles para sí mismo.

De este análisis, resultó una versión del ICH de 13 ítems, que evalúa Enfoque Externo, Auto-sacrificio y Reactividad, refiriéndose a esta última al grado en el cual la persona percibe que su calidad de vida depende o está supeditada a la conducta problemática de otro miembro de la familia.

Los tres factores encontrados y analizados por estos autores sobre la codependencia, arrojan características en la forma como se percibe a sí misma la

persona codependiente, específicamente en Enfoque Externo y Autosacrificio, lo cual se asocia a constructos tales como: concepto de sí mismo, autoestima y autopercepción.

Noriega (2004) en una investigación sobre la transgeneracionalidad de la codependencia, se encontró que la misma se presenta como un guión escrito (individual, familiar, de género, y cultural) que puede ser transmitido de una generación a otra. Además, que existen factores, los cuales influyen en el surgimiento de la codependencia, tales como: la pérdida (muerte o abandono, divorcio o separación, negligencia o enfermedad mental) de alguna de sus figuras parentales, historia de abuso en la familia, historia de alcoholismo en la familia, padres con dependencia directa al alcohol, abuso físico, sexual y emocional y modelos de figuras femeninas sumisas. Presentándose la codependencia como el resultado de conflictos en el desarrollo de la personalidad, represión emocional, mecanismos de negación de sí misma, orientada hacia el rescate de otros.

En Venezuela, a través del Psicodiagnóstico del Rorschach De Sisto (2005) encontró en un grupo de mujeres, características propias de codependencia, tales como baja autoestima, propensión a la depresión e inclinación a establecer relaciones de pareja con personas que presentan problemas de alcohol.

Con el fin de que este proyecto sirva de base para propuestas en el tratamiento de familiares de pacientes adictos, se realiza la evaluación de las Relaciones de Objeto y la Codependencia en madres de pacientes adictos, ya que ellas como familia suelen asumir el rol de contención en la rehabilitación del paciente, pero al mismo tiempo pueden ser la causa de la perpetuación de la conducta adictiva en el otro, porque al emerger signos y síntomas de codependencia, se entiende que el conflicto subyace en sí mismas y por lo tanto, tal como lo mencionan Dear y Roberts (2005) ellas como familia también requieren tratamiento.

VI. MARCO METODOLÓGICO

6.1. Sistema de Variables

6.1.1. Variables a Estudiar

6.1.1.1. Relaciones de Objeto:

Definición constitutiva: las relaciones de objeto representan las estructuras intrapsíquicas diádicas que derivan de las relaciones con el objeto internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas, y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes que pueden ser diádicas, triangulares y múltiples (Kernberg, 1979).

Definición operacional: se define con el análisis de contenido del reporte verbal de las repuestas dadas ante el Psicodiagnóstico de Rorschach según la Escala de Relaciones Primitivas de Klawer (1980) que incluye: Sumergimiento y absorción (Ksuab), Unión Simbiótica (Kusim), Simbiosis, separación y unión violenta (Kviol), Procesos Internos Malignos incluyendo Incorporación Primitiva (Kpmal), Nacimiento y Renacimiento (Knare), Metamorfosis y Transformación (Kmorf), Especularidad Narcisista (Kesna), Separación – División (Ksedi), Trastorno de Límite (Ktras), Imaginería Intrauterina (Kintr); y las variables estructurales agrupadas en Interpersonal del Sistema Comprehensivo de Exner (1995) que incluye: CDI, HVI, relación pasividad - actividad (a:p:), Respuestas de Comida (Fd) y Textura (T), Contenidos Humanos, PER, COP y AG e Índice de Aislamiento.

6.1.1.2. Codependencia:

Definición conceptual: Beattie (1992, c.p. Castelló, 2006), indica que se trata de personas que tienen la necesidad de controlar el comportamiento adictivo del otro, se involucran en exceso en su vida caótica, presentan más interés que el adicto en

resolver su problema, se autoanulan instalándose en un rol de cuidado abnegado, tienen relaciones de pareja abusivas, baja autoconfianza y trastornos psíquicos.

Definición operacional: la Codependencia se define con el análisis del reporte verbal de las respuestas dadas por los sujetos ante las láminas del Psicodiagnóstico de Rorschach, mediante la agrupación de variables estructurales de Autopercepción, Afectos e Interpersonal del Sistema Comprensivo de Exner (1995) y a través de la Escala de Relaciones Primitivas de Kwawer (1980). La variable estructural de Autopercepción incluye: Índice de Egocentrismo, Respuesta Reflejo, FD (Forma Dimensión); Contenidos Humanos, Proporción de Contenidos Humanos, An (Anatomía), Xy (Radiografía), y cantidad de contenido MOR (Mórbido). Las variables estructurales en Afectos son: Índice de Depresión (DEPI), EB (Extratensivo) y EBPer, análisis del lado derecho de la eb, Fórmula FC:CF+C y C Pura, Proporción Afectiva (Afr), Proyección del Color (CP), Respuestas al espacio en blanco (S), Respuestas Múltiples o Complejas, SumC' (Suma de acromáticos) y WPondC (Suma ponderada de Color). La codependencia es además medida a través de la Escala de Relaciones Primitivas de Kwawer (1980) a partir de los siguientes indicadores: Unión Simbiótica (Kusim), Simbiosis, separación y unión violenta (Kviol), Procesos Internos Malignos incluyendo Incorporación Primitiva (Kpml) y Especularidad Narcisista (Kesna), Separación – División (Ksedi). También se incluye el análisis de respuestas Ma, Mp y Hx del Sistema Comprensivo de Exner.

6.1.2. Variable seleccionada

6.1.2.1. Adicción:

Definición Conceptual: es cuando, durante al menos 1 año, la persona presenta el efecto de tolerancia (necesidad de consumir mayor cantidad), el efecto de abstinencia

(síntomas posteriores a la privación del consumo), intenta disminuir el consumo y no puede, o consume más de lo que quisiera, y deja de hacer actividades importantes a causa del consumo. Igualmente, la persona sigue consumiendo a pesar de padecer un problema físico o psicológico persistente que dicha sustancia agrava (APA, 2002).

Definición operacional: las personas adictas a las drogas son aquellas que mantienen el consumo por un período continuado de 12 meses y han sido diagnosticadas con algún trastorno relacionado a las sustancias según el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (APA, 2002).

6.1.2.2. Madre:

Definición Constitutiva: en el Diccionario Enciclopédico Lexus (2000), se define a la madre como una mujer que ha tenido uno o varios hijos.

Definición Operacional: son aquellas que según la entrevista semi-estructurada califican como madres de pacientes que reciben tratamiento en la Fundación José Félix Ribas.

6.1.3. Variables Extrañas Controladas

- Género: controlado por la eliminación del sexo masculino.
- Parentesco con el paciente: todas las participantes serán madres de algún paciente.
- *Edad:* las participantes tienen edades comprendidas entre 40 y 56 años.
- Presencia de enfermedades psiquiátricas: se descarta esta variable, ya que sería un factor que pudiera alterar los resultados de las evaluaciones.
- Evaluador: La evaluadora será la misma para todos los sujetos.

- Experiencia del evaluador: los protocolos serán corregidos y analizados por la evaluadora y un experto en el área.
- En caso de que la madre requiera lentes, debe llevarlos y usarlos al momento de la evaluación.
- Ausencia de consumo de sustancias adictivas ilegales: *se descarta esta variable* porque la adicción en el familiar sería un factor contraproducente para esta investigación.
- Instrumentos de evaluación: se utilizarán los mismos instrumentos para todas las participantes que conformarán la muestra.

6.1.4. Variables Extrañas No Controladas

- Estado civil.
- Grado de instrucción: la función de esta variable es sólo para describir la muestra.
- Factores ambientales tales como lugar, hora de aplicación, ruidos y temperatura.
- Antecedentes familiares con adicciones.
- Presencia de enfermedades médicas.
- Fatigabilidad, motivación y estado de ánimo.
- Grado de ansiedad ante la evaluación.
- Cambios en el estado de ánimo, fatiga y capacidad de empatía del evaluador.

- Situación familiar, laboral, estrato socioeconómico y ambiente social: son situaciones que pueden afectar el estado psíquico y emocional de las madres de los pacientes, y que no resultan tan graves como para que se diagnostique un trastorno psiquiátrico. Estos escenarios podrían referirse a problemas familiares, duelos recientes, privación socio-económica, entre otras, que puedan estar atravesando.

6.2. Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva porque la intención es describir cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno estudiado (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

6.3. Diseño de Investigación

Es *No Experimental* (expost-facto), ya que no existe control de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o son inherentemente no manipulables (Kerlinger y Lee, 2002) y son observadas en su contexto natural (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Es *Transversal Descriptivo*, debido a que se recolectan los datos en un tiempo único. El propósito es describir el comportamiento de las variables y/o ubicar, categorizar y proporcionar una visión del contexto, fenómeno o una situación dentro del enfoque cualitativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

6.4. Participantes

6.4.1. Población:

La población está constituida por madres de sujetos adictos a las drogas, los cuales reciben tratamiento en el Centro Especializado Ambulatorio (C.E.A) “Dr. Vicente Salías” de la Fundación José Félix Ribas.

6.4.2. Muestra:

La muestra total y grupo de estudio se encuentra compuesto por 18 mujeres entre 40 y 56 años de edad, madres de sujetos en tratamiento en el C.E.A. “Dr. Vicente Salías” de la Fundación José Félix Ribas.

El tipo de muestreo es *No Probabilístico*, de madres voluntarias, ya que supone un procedimiento informal de selección de la muestra. La selección de las participantes se realizó de manera intencional, pues se buscaron los casos de interés para los propósitos de esta investigación (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

6.5. Instrumentos

6.5.1. Psicodiagnóstico de Rorschach

Para llevar a cabo la medición de las variables Relaciones de Objeto y Codependencia, se utilizó el Psicodiagnóstico de Rorschach, donde el Sistema Comprehensivo de Exner y la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer sirvieron para el análisis e interpretación de las respuestas dadas.

6.5.1.1. Sistema Comprehensivo de Exner

Para el análisis de las respuestas al Psicodiagnóstico de Rorschach se utilizó el Sistema Comprehensivo de Exner (1995), a través de la agrupación de Relaciones

Interpersonales, la cual permite obtener la información necesaria para las variables de Relaciones de Objeto y Codependencia, porque el conjunto de las variables que la componen representan las necesidades, actitudes, prejuicios y estilos de respuestas que mantiene el sujeto en sus relaciones con otras personas, así como también su forma de percepción del entorno y las interacciones que en él se producen que determinan o influyen en el establecimiento de sus vínculos con otros.

El índice de Relaciones Interpersonales se constituye por el análisis de:

- *Índice de Déficit de Recursos (CDI) e Índice de Hipervigilancia (HVI)*: el CDI es una medida que representa las dificultades de la persona para manejar las complicaciones de la vida cotidiana. El HVI se refiere al estado continuo de alerta de la persona, traducido en una actitud negativa y desconfiada hacia el entorno.
- *a:p*: se refiere a la relación pasividad - actividad que asume el individuo en su relación con otros.
- *Respuestas de Comida (Fd) y Textura (T)*: las respuestas de Comida (Fd) suelen surgir en protocolos de personas que presentan más conductas de dependencia de lo esperado. Por su parte, las respuestas de Textura (T) se relacionan a las necesidades de cercanía y contacto emocional. Indican sentimientos de abandono, soledad o privación afectiva.
- *Contenidos Humanos*: aporta información sobre como el individuo se percibe a sí mismo y a los demás.
- *PER, COP y AG*: PER se refiere a la necesidad de la persona de justificar defensivamente su autoimagen. Se trata de personas infantiles que recurren al autoritarismo. Las respuestas COP, indican la tendencia para establecer vínculos afectivos de tipo amable y acogedor hacia los demás. Al contrario las

respuestas AG, reflejan tendencia de actitudes negativas, agresivas y hostiles hacia los demás porque interpretan al medio social de esa manera, en tal sentido su actitud representa la consecuencia de su percepción del medio.

- *Índice de Aislamiento*: se refiere al grado de contactos significativos que establece la persona con sus semejantes.
- *GHR:PHR*: es una proporción que corresponde a respuestas de representación humana y valora lo convencional o no de la percepción del mundo interpersonal, además de un funcionamiento efectivo o menos efectivo en las relaciones interpersonales.

Específicamente para la interpretación de la Codependencia, se analizaron las variables agrupadas en la función de Autopercepción. Estas variables son:

- *Índice de Egocentrismo y Reflejos* [$3r+(2)/R$]: suministra un estimado de la autopreocupación de la persona. Representa una medida de la conducta de atención que el sujeto dirige hacia sí mismo, es decir, de su nivel de autoconcentramiento; en muchos casos, también ofrece datos sobre su autoestima. Además, las respuestas Reflejo señalan la existencia de componentes narcisistas integrados en la organización de la personalidad del sujeto, que dan especiales características sobre su funcionamiento psicológico.
- *Presencia de FD y V*: tanto las respuestas de Forma Dimensión (FD) como las de Vista (V), se relacionan con el proceso de auto-inspección y autoimagen de un sujeto. Las respuestas de V representan el uso de la introspección con matices de autocrítica negativa, indicando baja autoestima. Entre tanto, las respuestas de FD representan el uso de la introspección y la toma de distancia con el entorno. Consiste en la capacidad del individuo para “separarse” de los estímulos externos y realizar tareas de autoimagen.

- Análisis de Contenidos Humanos: aporta información sobre cómo el individuo se percibe a sí mismo y a los demás.
- Presencia de An y Xy: relacionado con la preocupación en torno al cuerpo.
- Cantidad y contenido MOR: se relaciona con la percepción de objetos dañados en cuanto a la autoimagen, dándole rasgos más negativos, dañados y disfóricos de lo habitual.

De la misma manera, para la evaluación de la Codependencia se realizó el análisis de la variable estructural de Afectos del Sistema Comprehensivo de Exner, que incluye:

- *Índice de Depresión (DEPI)*: es una medida que señala la presencia del trastorno de depresión o la vulnerabilidad de la persona en sufrir alteraciones bruscas del estado de ánimo.
- *EB (Extratensivo) y EBPer*: ofrece información relevante sobre la manera cómo influyen las emociones en las operaciones psicológicas del sujeto.
- *Análisis del lado derecho de la eb*: representa aumento del sufrimiento y del dolor psíquico.
- *Fórmula FC:CF+C y C Pura*: es un indicador del grado de modulación de las descargas e intercambios emocionales deliberadamente iniciados.
- *Proporción Afectiva (Afr)*: aporta información sobre la manera como responde el sujeto ante situaciones afectivamente cargadas.
- *Proyección del Color (CP)*: refleja la necesidad de encubrir sentimientos disfóricos (indefensión, dolor, ansiedad), a través de una emoción eufórica, pero irreal.

- *Respuestas al espacio en blanco (S)*: según el grado de aparición, ofrece información sobre búsqueda de independencia y autoafirmación o estilo de oposición y negativismo.
- *Respuestas Múltiples o Complejas*: representan la actividad de análisis y síntesis del campo estimular.
- *Sum C': Sum Pond C*: es un indicador de la forma como se internalizan en exceso elementos afectivos que deberían ser externalizados y que pueden resultar en trastornos somatomorfos.

De la misma manera, para la evaluación de la Codependencia se realizó el análisis de otras variables *Ma* y *Mp* del Sistema Comprensivo de Exner, las cuales representan el funcionamiento de la ideación voluntariamente iniciada por sujeto en lo relacional. Así como también *Hx*, cuya aparición implica que la intelectualización es un mecanismo de defensa para ignorar la realidad de sentimientos dolorosos respecto a la imagen personal.

El Sistema Comprensivo de Exner (1995), permite el análisis de las variables Relaciones de Objeto y Codependencia, sin embargo como complemento, también se utilizó la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer (1980).

6.5.1.2. Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer

Aditivo al Sistema Comprensivo de Exner (1995), para el análisis de las Relaciones de Objeto y Codependencia, se empleó la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer (1980) y se constituye por:

- *Sumergimiento y absorción (Ksuab)*: se refiere a respuestas que representan el mundo objetual de forma absorbente.

- *Unión Simbiótica (Kusim)*: son respuestas que simbolizan procesos de unión, fusión, incorporación con la negación de la separación.
- *Simbiosis, separación y unión violenta (Kviol)*: respuestas que sugieren la separación y/o unión con el asesinato o destrucción violenta.
- *Procesos Internos Malignos incluyendo Incorporación Primitiva (Kpmal)*: se trata de respuestas de tipo parasitario interpretadas en un tono destructor y resaltan la experiencia interior como algo destruido o deteriorado.
- *Nacimiento y Renacimiento (Knare)*: respuestas relacionadas con etapas tempranas del desarrollo.
- *Metamorfosis y Transformación (Kmorf)*: son respuestas más primitivas del desarrollo del organismo y transformaciones bizarras, relacionadas a fijaciones en etapas tempranas del desarrollo.
- *Especularidad Narcisista (Kesna)*: respuestas que implican una absorción y/o involucramiento del self tales que, el otro existe solamente para como una extensión de su propio ser.
- *Separación – División (Ksedi)*: se trata de respuestas que reflejan un conflicto inconsciente y ambivalencia sobre la separación – unión, que apuntan a las dificultades del desarrollo en la fase de separación – individuación.
- *Trastorno de Límite (Ktras)*: respuestas que indican fluidez, debilidad en los límites del Yo, así como confusión entre lo interno y externo.
- *Imaginería Intrauterina (Kintr)*: respuestas que reflejan un contenido de la imagen y estética sobre fantasías íntimas de la experiencia temprana en la envoltura intrauterina.

Específicamente, para el estudio de la Codependencia sólo se emplearon las siguientes categorías de la nomenclatura de Kwawer: Unión Simbiótica (Kusim), Simbiosis, separación y unión violenta (Kviol), Procesos Internos Malignos incluyendo Incorporación Primitiva (Kpmal) y Especularidad Narcisista (Kesna), Separación – División (Ksedi).

6.5.2. Entrevista Semi-estructurada

La entrevista semi-estructurada ad hoc, se basa en una guía de preguntas, donde el entrevistador puede introducir preguntas adicionales para precisar conceptos y obtener mayor información, sobre el tema deseado (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Se administró este tipo de entrevista a la muestra seleccionada para obtener un panorama más amplio sobre aspectos asociados a su historia de vida en la infancia y a la relación madre- hijo. Cabe destacar, que algunas de las preguntas están basadas en la Entrevista de Prototipo de Apego Adulto de Mary Main, adaptada por Guzmán y Medina (2007).

6.6. Procedimiento

Se llevó a cabo por fases de la siguiente manera:

6.6.1. Fase de Preparación:

- Contacto con la Fundación José Félix Ribas con el fin de obtener la autorización para evaluar a las madres de los pacientes en su sede C.E.A. “Dr. Vicente Salias”.
- Se contactó y obtuvo la autorización de las madres a través de la Carta de Consentimiento.

6.6.2. Fase de Recolección de la Muestra y Corrección de los Protocolos:

- Se administraron los instrumentos a la muestra seleccionada, la cual participó de manera voluntaria, ya que firmaron y estuvieron de acuerdo con lo descrito en la Carta de Consentimiento.
- Una vez recabados todos los datos, se codificaron los protocolos.

6.6.3. Fase de Análisis y Discusión de los Resultados

Posterior a la corrección de los protocolos, se realizó el análisis de los resultados con el fin de obtener los estadísticos descriptivos de las variables asociadas a las agrupaciones de Relaciones Interpersonales, Afectos y Auto percepción de Exner y de las variables agrupadas en la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer. Se compararon los resultados con el grupo normativo estandarizado de adultos no pacientes de Caracas (Riquelme y Krivoy, 2008). Se discutieron los resultados en función de los objetivos específicos definidos para la investigación.

VII. RESULTADOS

El tratamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico SPSS (versión 17.0) para obtener los cálculos en función de los requerimientos de cada variable. Se utilizaron medidas de tendencia central (media, desviación típica y frecuencias) para la descripción del grupo evaluado.

En el proceso para el análisis de la entrevista semi-estructurada, se categorizó el contenido de los aspectos más resaltantes vinculados a las variables estudiadas y reportados por el grupo de estudio, tales como la relación con sus cuidadores en la infancia, vivencia de maltrato en la infancia y la relación con su hijo en la actualidad y la percepción de sí misma como madre.

Para el análisis de las variables agrupadas en los componentes de Relaciones Interpersonales, Afectos y Autopercepción del Sistema Comprensivo de Exner (1995), que evalúan las variables Relación de Objeto y Codependencia, se procedió de la siguiente manera:

- Se tomaron los valores obtenidos de cada componente y se calcularon las medidas de tendencia central.
- Se describieron las medias, desviaciones típicas y frecuencias del grupo de estudio en función de los datos normativos de adultos no pacientes habitantes de Caracas.

Para el análisis de las variables agrupadas en la Escala de Relaciones de Objeto Primitivas de Kwawer, se procedió de la siguiente manera:

- Se puntuó la presencia (1) o ausencia (0) de conflicto para cada variable (Ksuab, Kusim, Kviol, Kpmal, Knare, Kmorf, Kesna, Ksedi, Ktras, Kintr), se calcularon los totales y se elaboró una distribución de frecuencias.

7.1. Psicodiagnóstico de Rorschach

7.1.1. Tratamiento de los datos para las variables agrupadas en Relaciones Interpersonales

La variable Relación de Objeto fue medida a través de un conjunto de indicadores agrupados en Relaciones Interpersonales del Sistema Comprehensivo de Exner para el Psicodiagnóstico de Rorschach. Los resultados obtenidos para cada uno de los indicadores que conforman este componente se resumen en la siguiente figura:

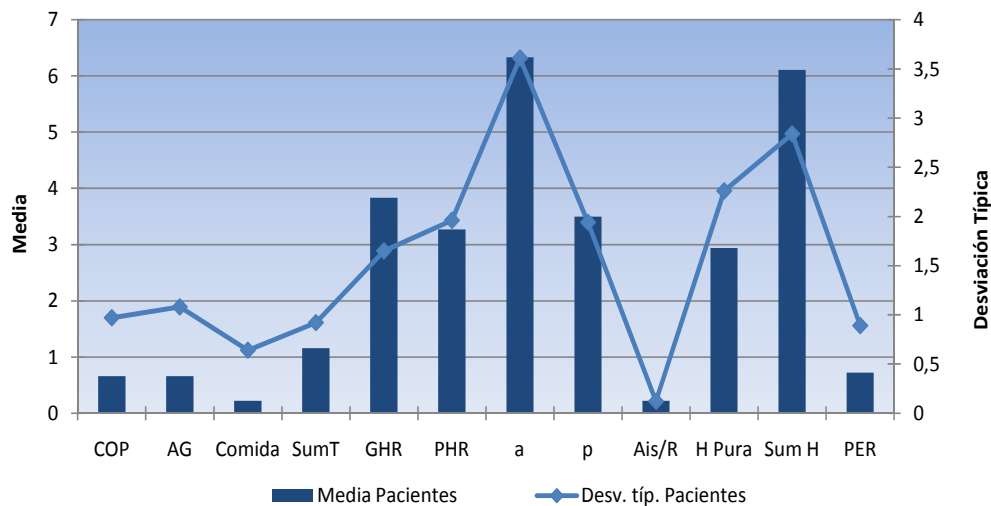


Figura 1: Media y Desviación Típica de las variables que conforman Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach

En la Figura 1 se muestran los valores promedios y las desviaciones típicas de cada uno de las variables de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach, notándose que la media más elevada corresponde a *a* ($X=6,33$) y le sigue *Sum H* ($X=6,11$).

Tabla 5: Estadísticos Descriptivos para Relaciones de Objeto y Codependencia en las variables agrupadas en Relaciones Interpersonales

Estadísticos				
	<i>Media</i>	<i>Desv. Típica</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Cooperación (COP)	0,6667	0,9701	0	3
Agresividad (AG)	0,6667	1,0846	0	4
Personal (PER)	0,7222	0,8947	0	3
Buena Representación Humana (GHR)	3,8333	1,6538	1	7
Pobre Representación Humana (PHR)	3,2778	1,9645	0	7
Activos (a)	6,3333	3,6137	0	17
Pasivos (p)	3,5000	1,9478	1	8
Índice de Aislamiento (Ais/R)	0,2200	0,1217	0	.45
Comida	0,2222	0,6467	0	2
Textura	1,1667	0,9235	0	3
Respuestas Humanas Puras (H Pura)	2,9444	2,2615	0	7
Suma de Contenidos Humanos (Sum H)	6,1111	2,8468	1	11

Se puede apreciar que el indicador donde se observa un mayor nivel de dispersión de los datos ($\sigma=3,61$) con respecto a la media fue el de *a*, le siguen *Sum H* ($\sigma=2,8468$) y *H Pura* ($\sigma=2,26$), mientras que el *Índice de Aislamiento* muestra que sus datos son más homogéneos, siendo su $\sigma= 0,1217$, ya que los datos se encuentran más concentrados alrededor de la media ($X=0,22$). Por su parte, las variables *p* y *PHR*, presentan un nivel de dispersión moderado, con desviaciones típicas de 1,94 y 1,96 respectivamente, lo que indica una distribución más o menos homogénea de los valores.

Además se observa específicamente en la Figura 2, la distribución de frecuencias de las puntuaciones totales de *AG*. En esta distribución se evidencia una asimetría positiva, donde la mayoría de los datos se concentran por debajo de la media ($X= 0,6667$).

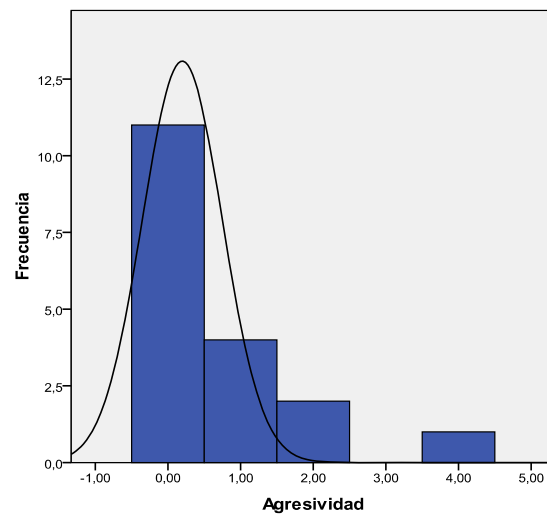


Figura 2: Distribución de frecuencias para la variable AG de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Asimismo, la Figura 3, en la distribución de frecuencias de las puntuaciones totales de *COP*, se presenta una asimetría positiva, donde la mayoría de los datos se concentran por debajo de la media ($X = 0,6667$).

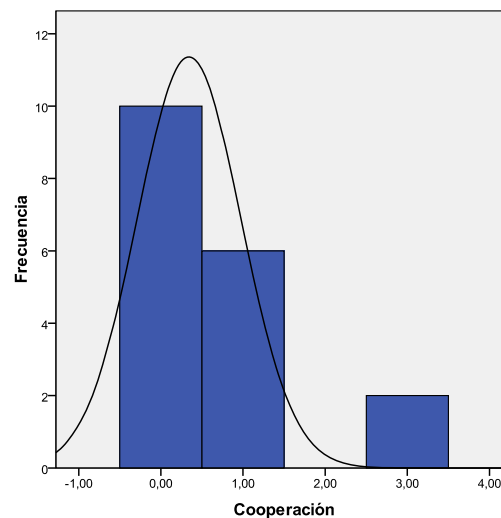


Figura 3: Distribución de frecuencias para la variable COP de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach

De igual manera, la Figura 4, en la distribución de frecuencias de las puntuaciones totales de *PER*, refleja una asimetría positiva, donde la mayoría de los datos están concentrados por debajo de la media ($X= 0,7222$).

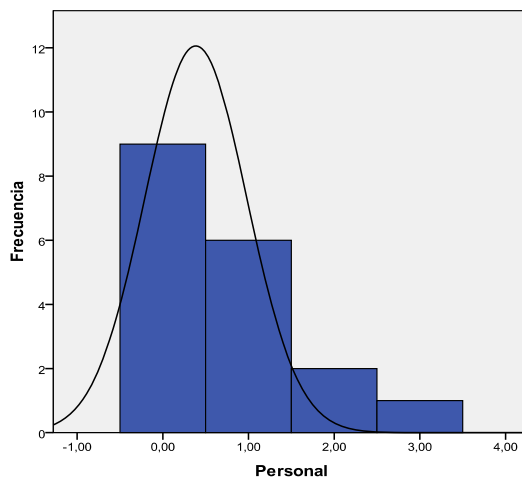


Figura 4: Distribución de frecuencias para la variable *PER* de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach

También la Figura 5, indica que la distribución de frecuencias de las puntuaciones totales de *Comida*, presenta asimetría positiva, dado que la mayoría de los datos se concentran por debajo de la media ($X=0,22$).

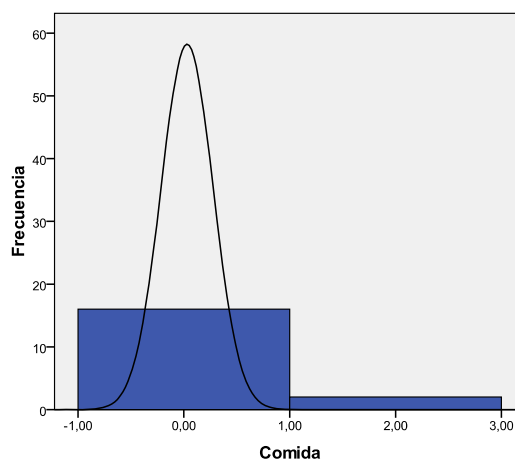


Figura 5: Distribución de frecuencias para la variable *Comida* de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Por su parte la Figura 6, muestra que la distribución de frecuencias de las puntuaciones totales para GHR es simétrica, ya que la mayoría de los resultados se concentran alrededor de la media ($X=3,83$).

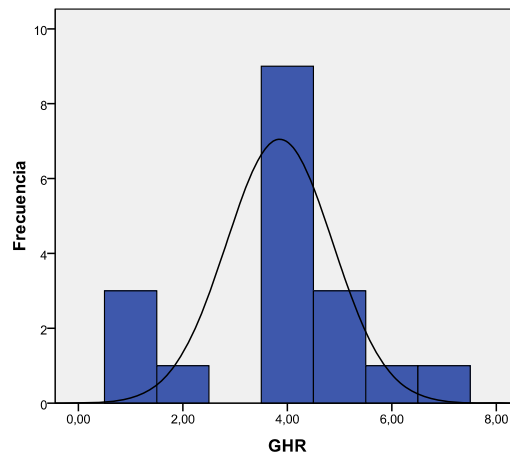


Figura 6: Distribución de frecuencias para la variable GHR de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Mientras que la Figura 7, la distribución de frecuencias presenta asimetría negativa en las puntuaciones totales para PHR, dado que la mayoría de los datos se concentran alrededor y por encima de la media ($X=3,28$).

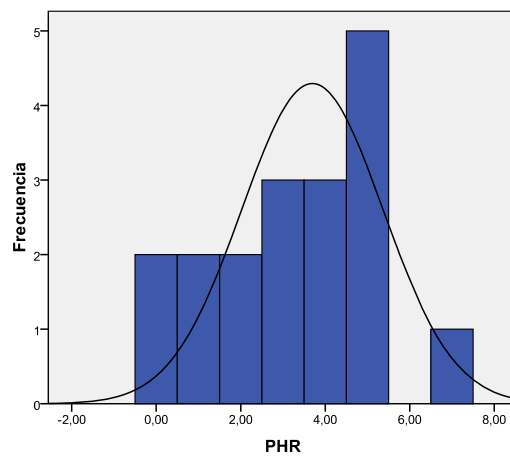


Figura 7: Distribución de frecuencias para la variable PHR de Relaciones Interpersonales en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Por otra parte, tomando en cuenta los datos normativos de adultos no pacientes pertenecientes a la población de Caracas (Riquelme y Krivoy, 2008) y los datos obtenidos del Grupo de Estudio en las variables estructurales agrupadas en Relaciones Interpersonales, se logró la siguiente tabla.

Tabla 6: Estadísticos Descriptivos de Relaciones Interpersonales para la variable Relación de Objeto (Grupo de Estudio y Grupo Normativo)

	MEDIA		DESVIACIÓN TÍPICA	
	<i>Grupo de Estudio</i>	<i>Grupo Normativo</i>	<i>Grupo de Estudio</i>	<i>Grupo Normativo</i>
Cooperación (COP)	0,6667	0,61	0,97014	0,88
Agresividad (AG)	0,6667	0,20	1,0846	0,20
Personal (PER)	0,7222	0,24	0,8947	0,64
Buena Representación Humana (GHR)	3,8333	2,72	1,6538	1,68
Pobre Representación Humana (PHR)	3,2778	2,10	1,9645	2,12
Activos (a)	6,3333	3,75	3,6137	2,66
Pasivos (p)	3,5000	1,95	1,9478	1,79
Índice de Aislamiento (Ais/R)	0,2200	0,20	0,1217	0,15
Comida	0,2222	0,17	0,6467	0,46
Textura (Sum T)	1,1667	0,39	0,9235	0,69
Respuestas Humanas Puras (H Pura)	2,9444	2,09	2,2615	1,66
Suma de Contenidos Humanos (Sum H)	6,1111	4,64	2,8468	3,06

Puede evidenciarse en la Tabla 6, que existen diferencias importantes en la mitad de las variables del Grupo de Estudio, en relación al Grupo Normativo ya que las medias de las variables se encuentran a más de una desviación típica de las normativas, de la misma manera, se puede notar que las medias del Grupo de Estudio para *GHR* ($X=3,83$), *PHR* ($X=3,27$), *a* ($X=6,33$), *p* ($X=3,5$), *Sum T* ($X=1,16$), *Sum H* ($X=6,11$), *AG* ($X=0,66$) y *H Pura* ($X=2,94$), se ubican por encima de las medias del Grupo Normativo $X=2,72$, $X=2,10$, $X=3,75$, $X=1,95$, $X=0,39$, $X=4,64$, $X=0,20$ y $X=2,09$ respectivamente.

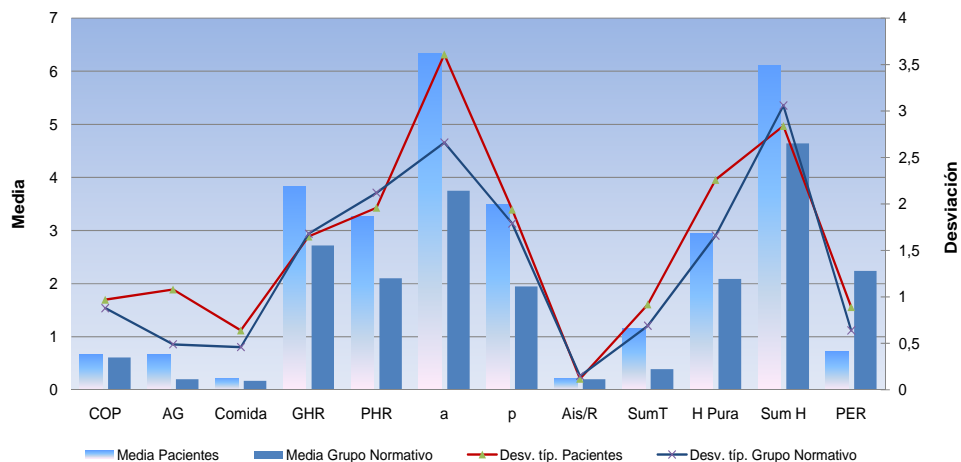


Figura 8: Distribución de Medias y Nivel de Dispersión de Relaciones Interpersonales en el Grupo de Estudio y Grupo Normativo de Caracas

La Figura 8 muestra la distribución de las medias y el nivel de dispersión obtenidos para el Grupo de Estudio y el Grupo Normativo.

Se puede observar en cuanto al nivel de dispersión de los datos, que el Grupo de Estudio es más heterogéneo que el Grupo Normativo (muestra de Caracas) para las variables *AG*, *PER* y *H Pura*. Se aprecia lo contrario para *GHR*, *PHR*, *a*, *p*, *Sum T* y *Sum H*, donde se observa que los datos del Grupo de Estudio tienden a concentrarse alrededor de la media en una mayor proporción que el Grupo Normativo. Por otra parte, se observa que en las variables *COP* y *Comida* los datos se distribuyen de forma similar en ambos grupos. Así como también, los resultados obtenidos en *Ais/R*, revelan que tanto el Grupo de Estudio como el de referencia presentaron un comportamiento similar, observándose un nivel de dispersión moderada con respecto a las medias.

7.1.2. Tratamiento de los datos para las variables agrupadas en Afectos

Las variables estructurales agrupadas en Afectos del Sistema Comprehensivo de Exner para el Psicodiagnóstico de Rorschach sirvieron como medidas para el análisis de Codependencia. Los resultados obtenidos para cada uno de las variables que conforman este componente se resumen en la siguiente figura:

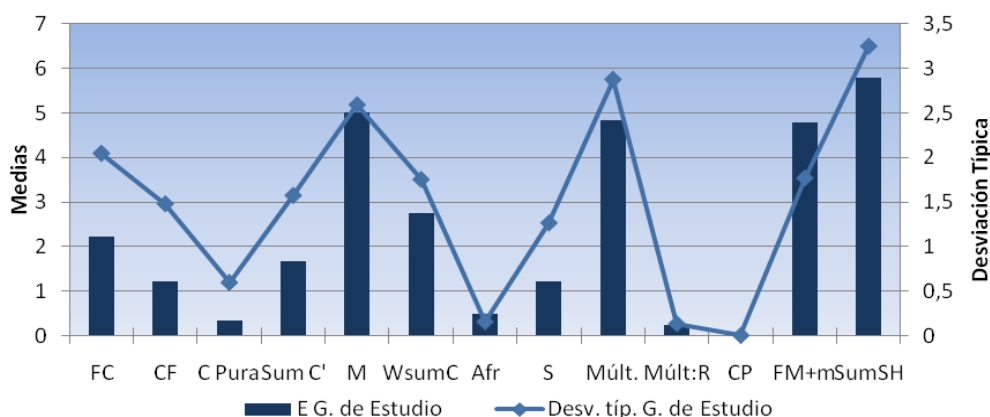


Figura 9: Media y Desviación Típica de las variables que conforman Afectos en el Psicodiagnóstico de Rorschach

En la Figura 9 se muestran los valores promedios y las desviaciones típicas de cada una de las variables de Afectos en el Psicodiagnóstico de Rorschach. Se observa que la variable *SumSH* ($X=5,77$) presenta la media más elevada del conjunto de variables, le siguen *M* ($X=5$), *Múlt.* ($X=4,88$), *FM+m* ($X=4,77$) y *WsumC* ($X=3$).

Tabla 7: Estadísticos Descriptivos para Codependencia en las variables agrupadas en Afectos

Estadísticos				
<i>VARIABLES</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. Típica</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Forma Color (FC)	2,2222	2,0452	0	6
Color Puro (C Pura)	0,3333	0,5940	0	2
Color Forma (CF)	1,2222	1,4775	0	5
Sumatoria Color Acromático (Sum C')	1,6667	1,5718	0	5
Movimiento Humano (M)	5,000	2,5895	1	10
Suma Ponderada de Color (WSumC)	3,000	1,7310	0	5,50
Suma de Movimiento Animal e inanimado (FM+m)	4,7778	1,7675	2	9
Suma de sombreado y color acromático (SumSH)	5,7778	3,2459	1	13
Proporción Afectiva (Afr)	0,4959	0,1539	0,28	1
Respuestas al espacio en blanco (S)	1,2222	1,2628	0	4
Respuestas Múltiples (Múlt.)	4,8333	2,8748	0	11
Proporción de Respuestas Múltiples (Múltiples/R)	0,2387	0,1311	0	0,47
Proyección de Color (CP)	0	0	0	0

En la Tabla 7, se puede apreciar que donde se presenta un mayor nivel de dispersión de los datos ($\sigma=3,24$) con respecto a la media fue el de *SumSH*, y le siguen *Múlt.* ($\sigma=2,87$) *M* ($\sigma=2,58$) y *FC* ($\sigma=2,04$), mientras que *CP* ($\sigma= 0,00$), *Múltiples/R* ($\sigma= 0,13$) y *Afr* ($\sigma= 0,15$) muestran que sus datos son más homogéneos, lo cual evidencia que los datos se encuentran más concentrados alrededor de la media $X=0,00$, $X=0,23$ y $X=0,49$, respectivamente. Por su parte, las variables *S* ($\sigma=1,26$), *CF* ($\sigma=1,47$) y *FM+m* ($\sigma=1,76$) presentan un nivel de dispersión moderado, lo que indica una distribución más o menos homogénea a los valores.

Además, la distribución de frecuencias en la Figura 10, indica las puntuaciones totales de *C Pura*, donde se observa asimetría positiva, dado que la mayoría de los datos se concentran por debajo de la media ($X= 0,33$).

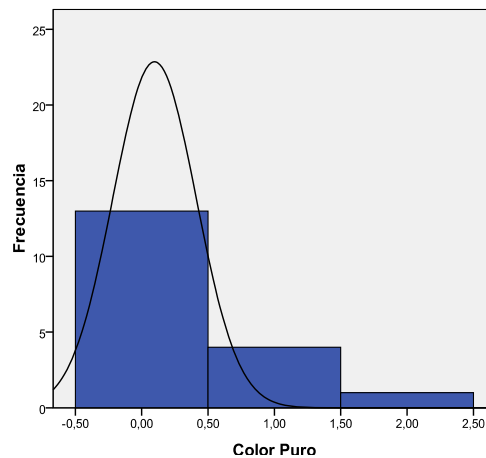


Figura 10: Distribución de Frecuencias para la variable C Pura de Afectos en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Asimismo, la Figura 11 en la distribución de frecuencias de las puntuaciones totales de *Sum C'*, se presenta una asimetría positiva, donde la mayoría de los datos se concentran por debajo de la media ($X= 1,66$).

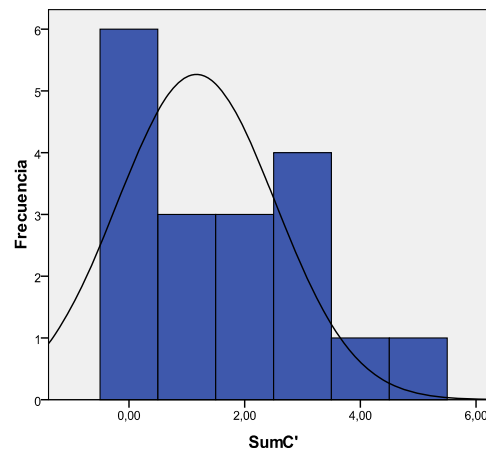


Figura 11: Distribución de Frecuencias para la variable SumC' de Afectos en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Por su parte, en la Figura 12 se observa la distribución de frecuencias para las puntuaciones totales de *WSumC*, la cual presenta asimetría negativa, dado que la mayoría de los datos se concentran por encima de la media ($X= 3,00$).

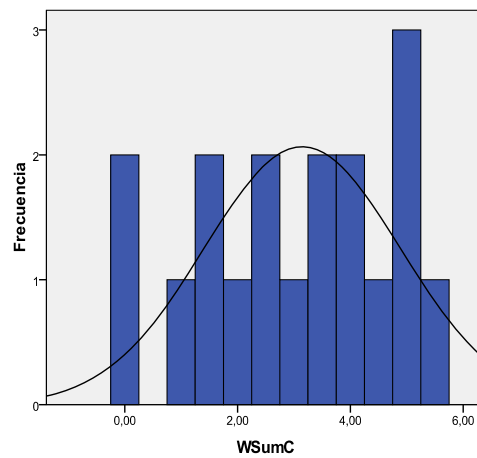


Figura 12: Distribución de Frecuencias para la variable *WSumC* de Afectos en el Psicodiagnóstico de Rorschach

De la misma manera, la distribución de frecuencias en la Figura 13 para las puntuaciones totales de *M*, evidencia una asimetría negativa, donde la mayoría de los datos se concentran por encima de la media ($X= 5,00$).

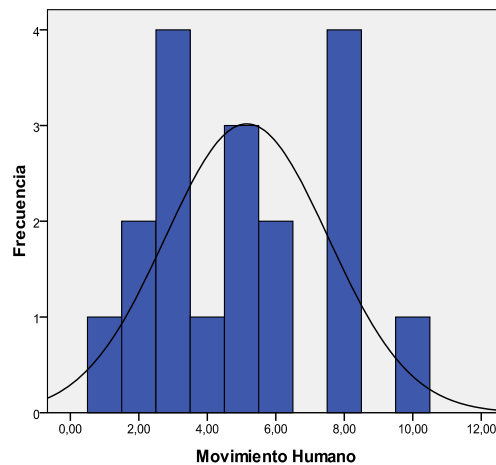


Figura 13: Distribución de Frecuencias para la variable *M* de Afectos en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Asimismo, la distribución de frecuencias en la Figura 14 para las puntuaciones totales de *SumSH*, refleja asimetría negativa, dado que la mayor parte de los valores obtenidos se agrupan por encima de la media ($X = 5,00$).

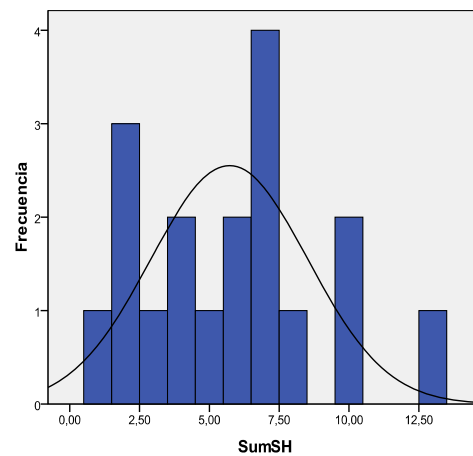


Figura 14: Distribución de Frecuencias para la variable SumSH de Afectos en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Por otra parte, tomando en cuenta los datos normativos de adultos no pacientes habitantes de Caracas y los datos obtenidos de las variables estructurales agrupadas en Afectos, se obtuvo la siguiente tabla.

Tabla 8: Estadísticos Descriptivos de Afectos para la variable Codependencia (Grupo de Estudio y del Grupo Normativo)

VARIABLES	MEDIA		DESVIACIÓN TÍPICA	
	<i>Grupo de Estudio</i>	<i>Grupo Normativo</i>	<i>Grupo de Estudio</i>	<i>Grupo Normativo</i>
Forma Color (FC)	2,2222	1,25	2,0452	1,28
Color Puro (C Pura)	0,3333	0,12	0,5940	0,38
Color Forma (CF)	1,2222	0,64	1,4775	0,94
Sumatoria Color Acromático (Sum C')	1,6667	1	1,5718	1,19
Movimiento Humano (M)	5,00	2,38	2,5895	2,06
Suma Ponderada de Color (WSumC)	3,00	1,45	1,7310	1,36
Suma de Movimiento Animal e inanimado (FM+m)	4,78	3,29	1,768	2,25
Suma de sombreado y color acromático (SumSH)	5,7778	2,29	3,2459	2,27
Proporción Afectiva (Afr)	0,4959	0,48	0,1539	0,18
Respuestas al espacio en blanco (S)	1,2222	1,01	1,2628	1,16
Respuestas Múltiples (Múltiples)	4,8333	1,72	2,8748	1,96
Proporción de Respuestas Múltiples (Múltiples/R)	0,2387	0,1	0,1311	0,1
Proyección de Color (CP)	0	0,01	0	0,07

Puede evidenciarse en la Tabla 8, que existen diferencias en las variables *SumSH*, *FM+m*, *Múltiples*, *M*, *WSumC*, *FC*, *Sum C'* y *S* del Grupo de Estudio, en relación a las del Grupo Normativo ya que las medias de las variables se encuentran a más de una desviación típica de las normativas. De la misma manera, se puede notar que las medias del Grupo de Estudio correspondientes a *SumSH* ($X=5,77$), *M* ($X=5,00$), *Múltiples* ($X=4,83$), *FM+m* ($X=4,78$) y *WSumC* ($X=3,00$) y se ubican por encima de las medias del grupo referencial $X=2.29$, $X=2.38$, $X=1.72$, $X=3,29$ y $X=1,45$ respectivamente.

La Figura 15 muestra la distribución de las medias y desviaciones típicas en el Grupo de Estudio y Grupo Normativo de Caracas.

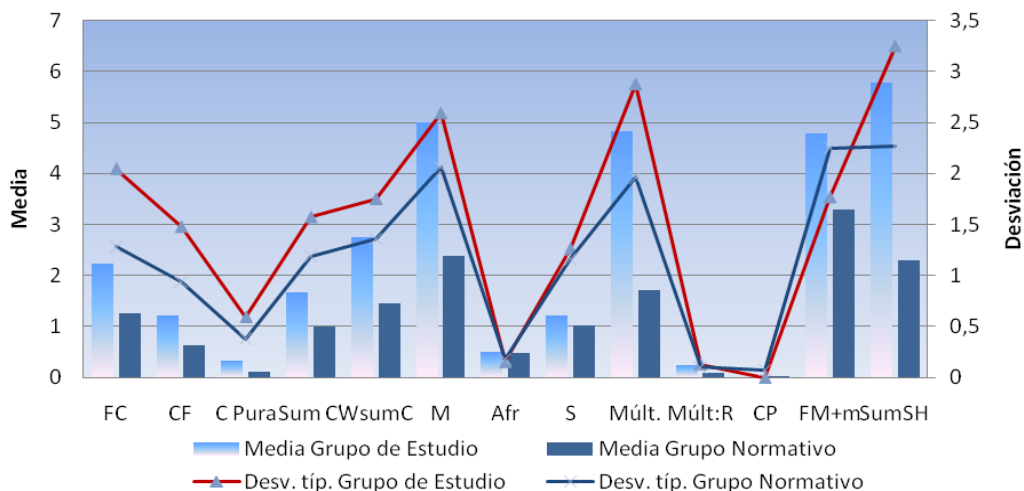


Figura 15: Distribución de Medias y Nivel de Dispersión de Afectos en el Grupo de Estudio y Grupo Normativo de Caracas

Los resultados evidencian un comportamiento similar en cuanto a la dispersión para la mayoría de las variables en ambos grupos. Exceptuando que el nivel de dispersión de los datos para la variable *Múltiples* en el Grupo de Estudio presenta mayor grado de dispersión respecto a la media, que el Grupo Normativo (muestra de Caracas). Mientras que en las variables *CP*, *Mult:R* y *Afr* es donde se observa que los datos de ambos grupos se comportan de forma más homogénea.

7.1.3. Tratamiento de los datos para las variables agrupadas en Autopercepción

Para el análisis de Codependencia se utilizaron las variables estructurales agrupadas en Autopercepción del Sistema Comprensivo de Exner. Los resultados obtenidos para cada una de las variables que conforman este componente se resumen en la siguiente figura:

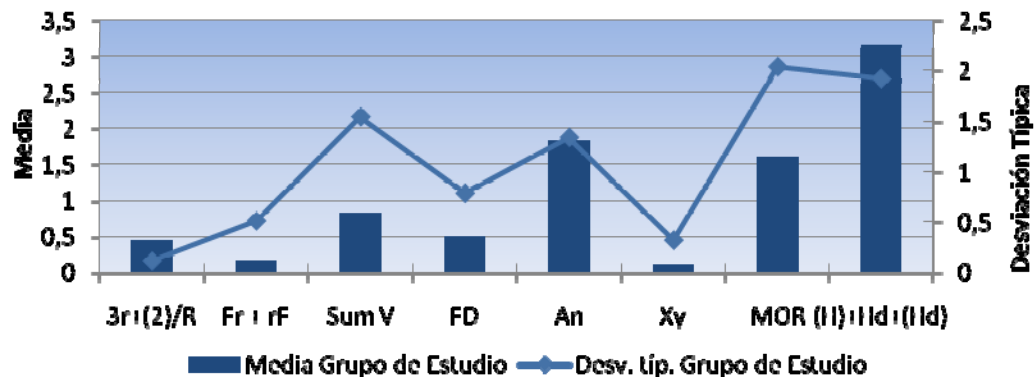


Figura 16: Media y Desviación Típica de las variables que conforman Autopercepción en el Psicodiagnóstico de Rorschach

En la Figura 16 se observan los valores promedios y las desviaciones típicas de cada una de las variables agrupadas en Autopercepción en el Psicodiagnóstico de Rorschach. Se observa que las variables $(H)+Hd+(Hd)$ ($X=3,16$), An ($X=1,83$) y MOR ($X=1,61$) presentan las medias más elevadas del conjunto de variables.

La Tabla 9 nos muestra de forma más detallada los datos obtenidos del Grupo de Estudio para las variables agrupadas en Autopercepción de Exner.

Tabla 9: Estadísticos Descriptivos para Codependencia en las variables agrupadas en Autopercepción

Estadísticos				
Variables	Media	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
Índice de Egocentrismo (3r+(2)/R)	0,4511	0,1182	0,29	0,70
Respuestas Reflejo (Fr+rF)	0,1667	0,5145	0	2
Sumatoria de Vista (Sum V)	0,8333	1,5434	0	6
Forma Dimensión (FD)	0,5000	0,7859	0	3
Anatomía (An)	1,8333	1,3394	0	4
Radiografía (Xy)	0,1111	0,3233	0	1
Mórbida (MOR)	1,6111	2,0332	0	7
(H)+Hd+(Hd)	3,1667	1,9174	1	7

En la Tabla 9, se puede apreciar que donde se presenta un mayor nivel de dispersión de los datos con respecto a la media fue en la variable *MOR* ($\sigma=2,03$), y le siguen $(H)+Hd+(Hd)$ ($\sigma=1,91$), *Sum V* ($\sigma=1,54$). Mientras que $3r+(2)/R$ ($\sigma=0,11$) y *Radiografía* ($\sigma=0,32$) muestran que sus datos son más homogéneos, lo cual evidencia que los datos se encuentran más concentrados alrededor de la media $X=0,11$ y $X=1,33$ respectivamente. Por su parte, las variables *Fr+rF* ($\sigma=0,51$), *FD* ($\sigma=0,78$) y *An* ($\sigma=1,33$), presentan un nivel de dispersión moderado, lo que indica una distribución más o menos homogénea a los valores.

Por otra parte, la distribución de frecuencias en la Figura 17, indica las puntuaciones totales de *MOR*, donde se observa asimetría positiva, dado que la mayoría de los datos se concentran por debajo de la media ($X= 1,61$).

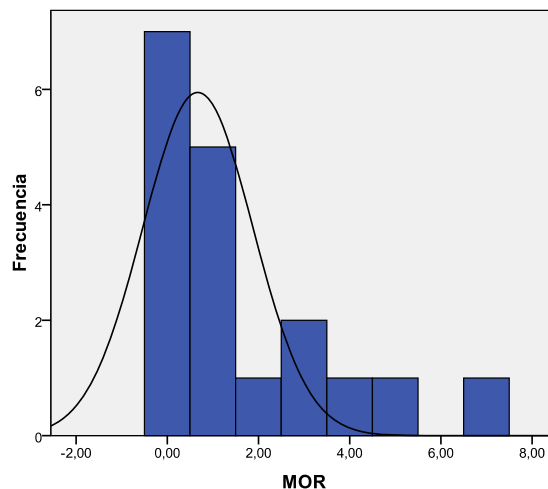


Figura 17: Distribución de Frecuencias para la variable MOR de Autopercepción en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Asimismo, la Figura 18, en la distribución de frecuencias de las puntuaciones totales de *An*, se presenta una asimetría=0, dado que la mayoría de los datos se concentran alrededor de la media ($X= 1,66$).

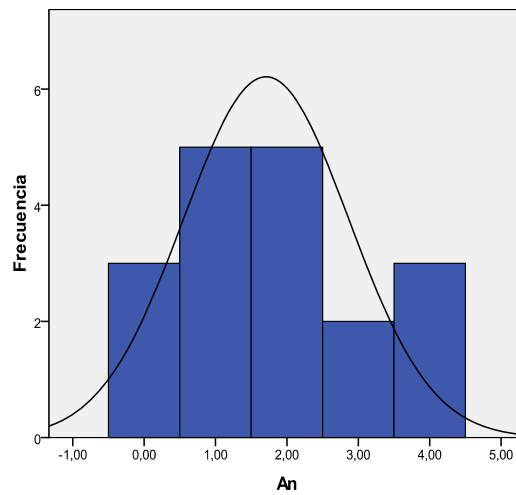


Figura 18: Distribución de Frecuencias para la variable An de Autopercepción en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Por su parte, la distribución de frecuencias en la Figura 19, indica las puntuaciones totales de *Sum V*, en la se puede observar asimetría positiva, ya que la mayoría de los datos se concentran por debajo de la media ($X=0,83$).

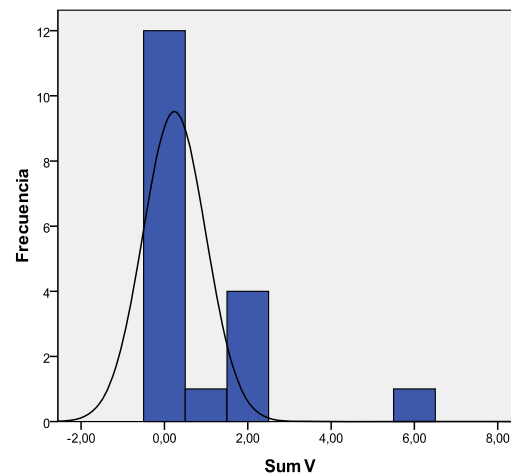


Figura 19: Distribución de Frecuencias para la variable Sum V de Autopercepción en el Psicodiagnóstico de Rorschach

De la misma manera, se observa que en la distribución de frecuencias de la Figura 20, se presentan las puntuaciones totales de FD , la cual evidencia asimetría positiva, dado que la mayoría de sus datos se concentran por debajo de la media ($X=0,50$).

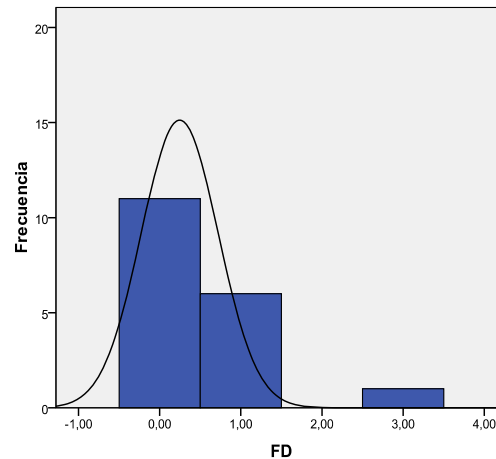


Figura 20: Distribución de Frecuencias para la variable FD de Autopercepción en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Por su parte, la distribución de frecuencias representada en la Figura 21, se observa que las puntuaciones totales de $(H)+Hd+(Hd)$, reflejan simetría, dado que la mayoría de los datos se concentran por alrededor de la media ($X=3,16$).

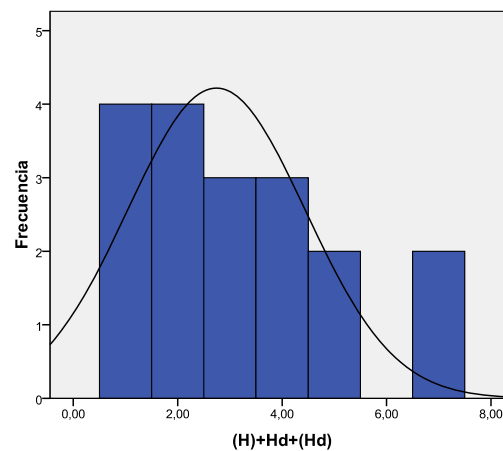


Figura 21: Distribución de Frecuencias para la variable $(H)+Hd+(Hd)$ de Autopercepción en el Psicodiagnóstico de Rorschach

En la siguiente tabla, se muestran los datos normativos de adultos no pacientes habitantes de Caracas y los datos obtenidos de las variables estructurales agrupadas en Auto percepción.

Tabla 10: Estadísticos Descriptivos de Auto percepción para la variable Codependencia (Grupo de Estudio y del Grupo Normativo)

VARIABLES	MEDIA		DESVIACIÓN TÍPICA	
	<i>Grupo de Estudio</i>	<i>Grupo Normativo</i>	<i>Grupo de Estudio</i>	<i>Grupo Normativo</i>
Índice de Egocentrismo (3r+(2)/R)	0,4511	0,36	0,1182	0,16
Respuestas Reflejo (Fr+rF)	0,1667	0,30	0,5145	0,71
Sumatoria de Vista (Sum V)	0,8333	0,21	1,5434	0,55
Forma Dimensión (FD)	0,5000	0,44	0,7859	0,75
Anatomía	1,8333	1,17	1,3394	1,59
Radiografía	0,1111	0,13	0,3233	0,40
Mórbida	1,6111	0,85	2,0332	1,06

Tal como se observa en la Tabla 10, se aprecian *An*, *MOR* y *Sum V* como las variables del Grupo de Estudio que más se alejan de los valores medios con respecto al grupo de referencia, lo que evidencia diferencias importantes, ya que las medias se encuentran a más de una desviación típica de las normativas. También se observa que los valores obtenidos en el Grupo de Estudio en las medias de *An* ($X=1,83$), *MOR* ($X=1,61$) y *Sum V* ($X=0,83$) son superiores a las medias del Grupo Normativo $X=1.17$, $X=0.85$ y $X=0,21$ respectivamente.

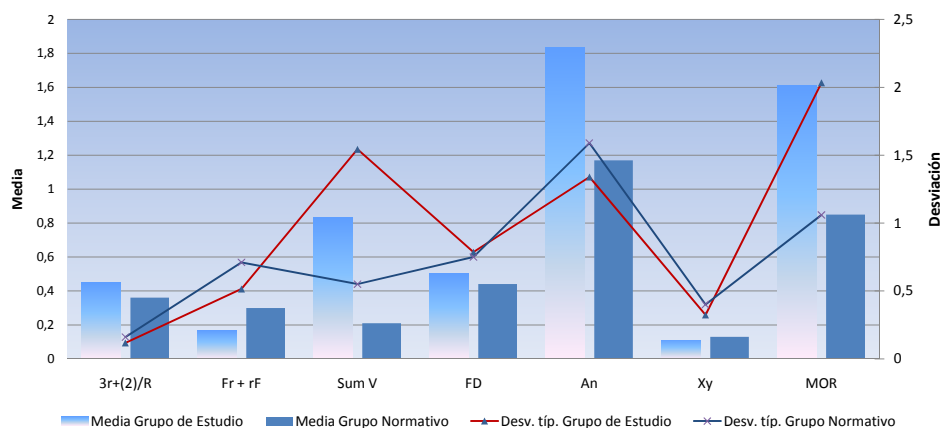


Figura 22: Distribución de Medias y Nivel de Dispersión de Autopercepción en el Grupo de Estudio y Grupo Normativo de Caracas

Los resultados de la Figura 22, evidencian un comportamiento similar en cuanto a la dispersión para la mayoría de las variables en ambos grupos. Exceptuando que el nivel de dispersión de los datos para la variable *MOR* en el Grupo de Estudio presenta mayor grado de dispersión respecto a la media, que el Grupo Normativo (muestra de Caracas), así como también la variable *Sum V*. Mientras que en las variables *3r+(2)/R*, *FD* y *Xy* es donde se observa que los datos de ambos grupos se comportan de forma más homogénea.

7.1.4. Tratamiento de los datos para las variables Ma, Mp y Hx en el Psicodiagnóstico de Rorschach del Sistema Comprehensivo de Exner

Para el análisis de Codependencia se utilizaron las variables, *Movimiento Humano Activo (Ma)*, *Movimiento Humano Pasivo (Mp)* y *Experiencia Humana (Hx)* del Sistema Comprehensivo de Exner. Los resultados obtenidos para cada una de las variables se resumen en la siguiente figura:

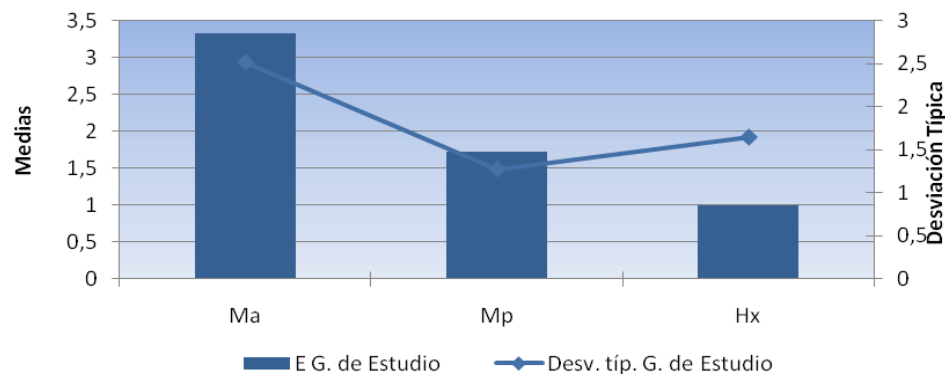


Figura 23: Media y Desviación Típica de las variables que conforman Ma, Mp y Hx en el Psicodiagnóstico de Rorschach

La Figura 23, permite visualizar los valores promedios y las desviaciones típicas de las variables *Ma*, *Mp* y *Hx* en el Psicodiagnóstico de Rorschach. Se observa que la variable *Ma* ($X=3,33$) presenta una media más elevada que *Mp* ($X=1,72$). La media correspondiente a *Hx* es $X=1$.

La Tabla 11 nos muestra de forma más detallada los datos obtenidos del Grupo de Estudio para las variables antes mencionadas.

Tabla 11: Estadísticos descriptivos de las variables Ma, Mp y Hx para Codependencia

Estadísticos				
Variables	Media	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
Movimiento Humano Activo (Ma)	3,3333	2,5205	0	8
Movimiento Humano Pasivo (Mp)	1,7222	1,2744	0	4
Experiencia Humana (Hx)	1,00	1,6450	0	6

Tal como lo muestra la Tabla 11, se observa que la variable *Ma* ($\sigma=2,66$), es la que presenta mayor nivel de dispersión con respecto a la media. Le sigue *Hx* ($\sigma=1,64$), mientras que *Mp* ($\sigma=1,27$), refleja datos más o menos homogéneos, dado que se encuentran más concentrados alrededor de la media $X=1,72$.

Por su parte, la distribución de frecuencias en la Figura 24, indica las puntuaciones totales de *Ma*, donde se observa un comportamiento de los datos con tendencia a la simetría, dado que se expanden alrededor de la media ($X=3,33$).

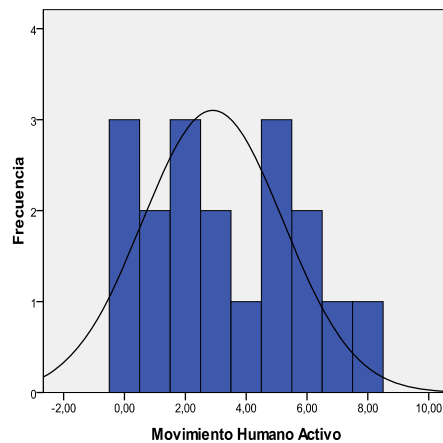


Figura 24: Distribución de Frecuencias para la variable *Ma* en el Psicodiagnóstico de Rorschach

De manera similar, se observa un comportamiento simétrico en la distribución de frecuencias de la Figura 25, ya que la mayoría de los datos de *Mp* se concentran alrededor de los valores de la media ($X=1,72$).

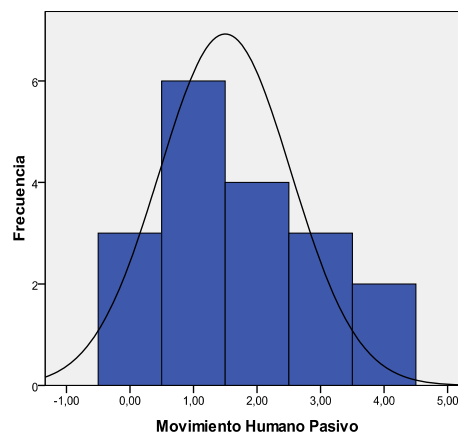


Figura 25: Distribución de Frecuencias para la variable *Mp* en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Asimismo, la distribución de frecuencias en la Figura 26, indica las puntuaciones totales de Hx , donde se observa asimetría positiva, dado que la mayoría de los datos se concentran por debajo de la media ($X= 1$).

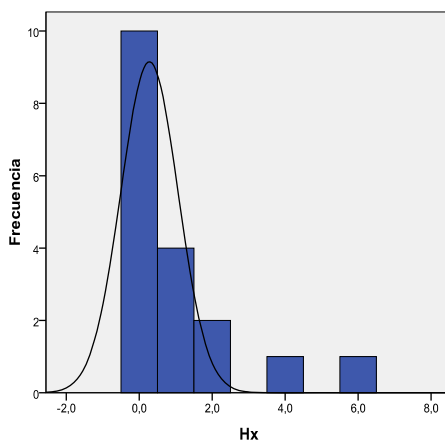


Figura 26: Distribución de Frecuencias para la variable Hx en el Psicodiagnóstico de Rorschach

En la siguiente tabla se presentan los datos normativos de adultos no pacientes habitantes de Caracas y los datos obtenidos del Grupo de Estudio para las variables Ma , Mp y Hx .

Tabla 12: Estadísticos Descriptivos de Ma , Mp y Hx para la variable Codependencia (Grupo de Estudio y del Grupo Normativo)

VARIABLES	MEDIA		DESVIACIÓN TÍPICA	
	Grupo de Estudio	Grupo Normativo	Grupo de Estudio	Grupo Normativo
Movimiento Humano Activo (Ma)	3,3333	1,53	2,5205	1,41
Movimiento Humano Pasivo (Mp)	1,7222	0,87	1,2744	1,18
Experiencia Humana (Hx)	1,0000	0,22	1,6450	0,62

Se observa que los datos obtenidos en el Grupo de Estudio con medias en Ma ($X=3,33$), Mp ($X=1,72$) y Hx ($X=1$) son superiores a las medias del Grupo Normativo

Ma ($X=1,53$), Mp ($X=0,87$) y Hx ($X=0,22$). Además el comportamiento del grupo referencial presenta un comportamiento más homogéneo que el Grupo de Estudio.

La siguiente figura, muestra los datos obtenidos del Grupo de Estudio y los del Grupo Normativo de la muestra de adultos no pacientes de Caracas.

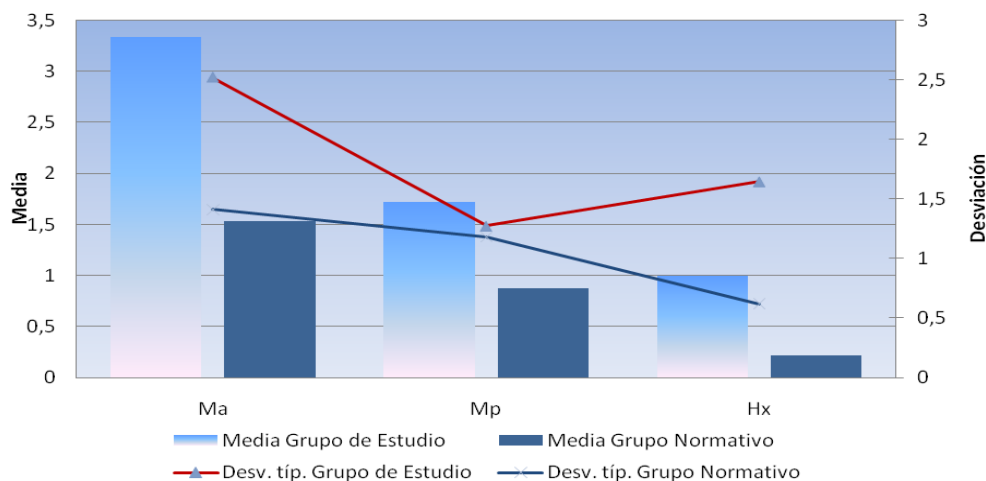


Figura 27: Distribución de Medias y Nivel de Dispersión de Ma, Mp y Hx en el Grupo de Estudio y Grupo Normativo de Caracas

Los resultados de la Figura 27, reflejan un comportamiento distinto en las variables Ma y Hx en cuanto a la dispersión de los datos, ya que el Grupo de Estudio presenta mayor dispersión en sus valores con respecto a la media que los del grupo referencial. Mientras que el valor de la variable Mp se comporta de forma más homogénea en ambos grupos.

7.1.5. Datos Obtenidos en las Constelaciones CDI, HVI y DEPI del Sistema Comprensivo de Exner en el Psicodiagnóstico de Rorschach

La siguiente figura indica los valores obtenidos del Grupo de Estudio en las Constelaciones Índice de Déficit de Recursos (CDI), Índice de Hipervigilancia (HVI) e Índice de Depresión (DEPI) del Sistema Comprensivo de Exner para el Psicodiagnóstico de Rorschach.

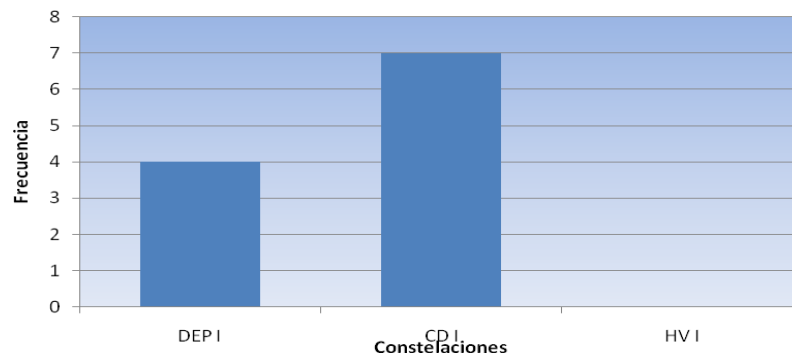


Figura 28: Distribución de Frecuencias para las Constelaciones DEPI, CDI y HVI del Sistema Comprehensivo de Exner en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Se puede apreciar en la Figura 28, que el *CDI* fue el que obtuvo mayor puntuación (Frec=7) con respecto al total de sujetos (18) pertenecientes al Grupo de Estudio. Por otra parte, *DEPI* presentó una menor presencia de puntuaciones (Frec=4). Mientras que no se observaron puntuaciones en *HVI* en ninguno de los sujetos estudiados (Frec=0).

7.1.6. Tratamiento de los datos para las categorías agrupadas en la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Los resultados obtenidos para Relaciones de Objeto y Codependencia medida a través de las categorías *Surgimiento y absorción (Ksuab)*, *Unión Simbiótica (Kusim)*, *Simbiosis, separación y unión violenta (Kviol)*, *Procesos Internos Malignos (Kpmal)*, *Nacimiento y Renacimiento (Knare)*, *Metamorfosis y Transformación (Kmorf)*, *Especularidad Narcisista (Kesna)*, *Separación – División (Ksedi)*, *Trastorno de Límite (Ktras)* e *Imaginería Intrauterina (Kint)* en la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer se pueden resumir en la siguiente figura.

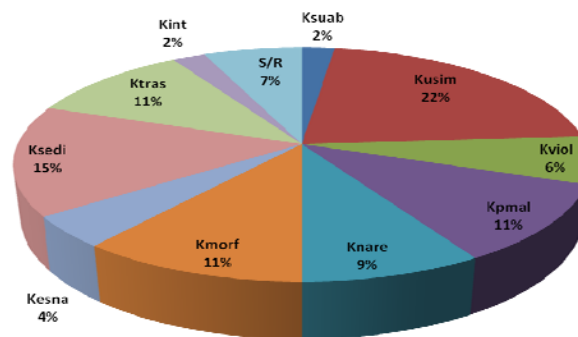


Figura 29: Indicadores de Conflicto para Relaciones de Objeto a través de la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Como se puede observar en la Figura 29, el área de conflicto asociada a las Relaciones de Objeto, la cual evidenció mayor grado de proporción en la muestra estudiada fue la de *Kusim* (22%). Por otro lado, el área correspondiente a *Ksedl* se presentó en un 15% del Grupo de Estudio. Por su parte, los indicadores de conflicto *Ktrass*, *Kpmal* y *Kmorf*, reflejan una proporción de 11%. Mientras que las áreas donde se observan los más bajos porcentajes de conflicto fueron: *Knare* (9%), *Kviol* (6%), *Kesna* (4%), *Ksuab* y *Kint* (2%). También se observó que el 7% de la muestra estudiada no presentó respuestas para ningún área de conflicto.

La siguiente figura refleja los resultados para el análisis de la variable Codependencia.

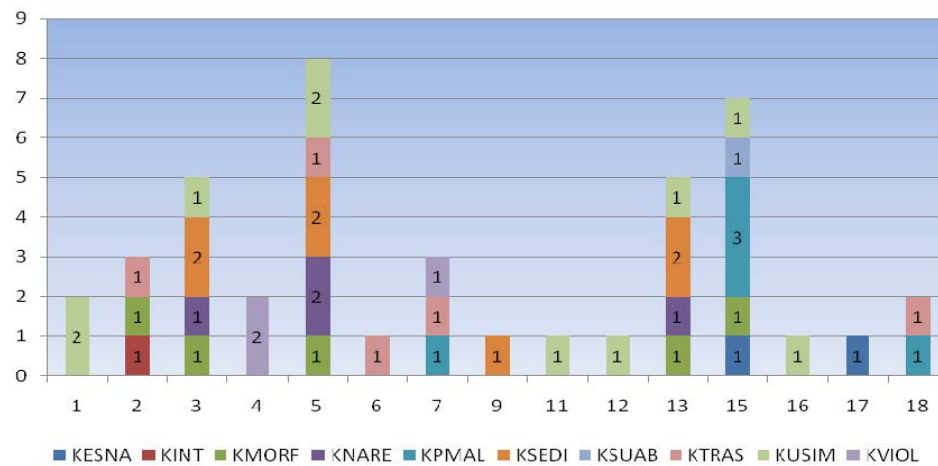


Figura 30: Frecuencia de Indicadores de Conflicto a través de la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer en el Psicodiagnóstico de Rorschach

La Figura 30 expresa la distribución de frecuencias por sujeto donde se observa a *Kusim* (Frec=10) como la mayor área de conflicto en las respuestas al Psicodiagnóstico de Rorschach. Por su parte, *Ksedi* (Frec=7), *Kpmal* (Frec=5), *Kmorf* (Frec=5) y *Ktras* (Frec=5) aparecen en moderadas proporciones. Mientras las que presentan menor frecuencia de aparición son *Kviol* (Frec=3), *Kesna* (Frec=2), *Ksuab* (Frec=1) y *Kint* (Frec=1).

Tomando en consideración las desviaciones típicas obtenidas para cada área de conflicto de las categorías agrupadas en la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer, se obtuvo la siguiente distribución.

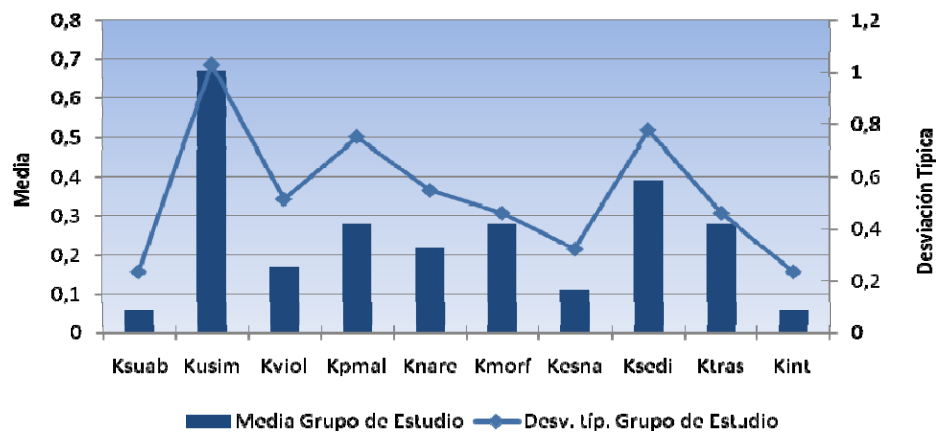


Figura 31: Media y Desviación Típica de Relaciones de Objeto y Codependencia a través de la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer en el Psicodiagnóstico de Rorschach

Se puede apreciar en la Figura 31 que la categoría *Kusim* presentó el nivel de dispersión más elevado con una desviación típica de $\sigma=1.02$, lo que supone mayor heterogeneidad de los datos con respecto a la media ($X=0,67$).

Por otra parte, cabe destacar que 15 participantes del grupo de estudio presentaron respuestas de conflicto, de los cuales 9 de ellos ofrecieron más de una respuesta, mientras que otros 6 sólo una respuesta. El grupo de referencia evaluado por González y cols. (1991), indican que son necesarias dos o más respuestas al protocolo de Kwawer, para establecer una diagnóstico confiable.

7.2. Entrevista Semi – Estructurada

La perspectiva y vivencia infantil del grupo de estudio con sus cuidadores, se presentan por categorías y subcategorías. Los resultados para la categoría Experiencia Infantil con el Padre se reflejan en la siguiente figura:

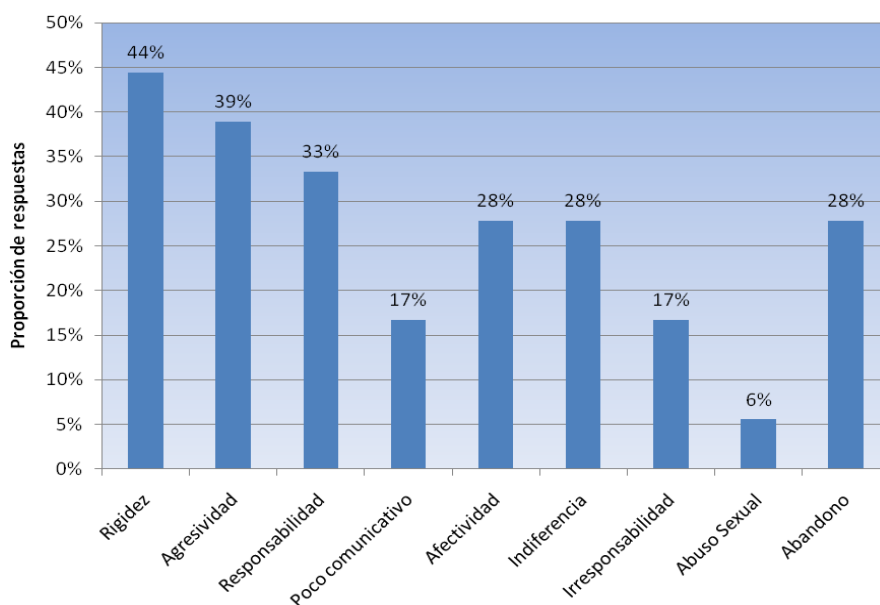


Figura 32: Indicadores que conforman la categoría Experiencia Infantil con el Padre

Como se puede observar en la Figura 32, las repuestas dadas por el grupo, la subcategoría que presentó mayor proporción fue *Rígidez* (44%), le siguen *Agresividad* (39%) y *Responsabilidad* (33%). Por otro lado, *Afectividad*, *Indiferencia* y *Abandono* se manifestaron en un 28%. Las categorías *Poco Comunicativo* e *Irresponsable* se presentaron en un 17%, mientras que la subcategoría que presentó el porcentaje más bajo fue *Abuso Sexual* en un 6%.

Los resultados para la categoría Experiencia Infantil con el Madre se presentan en la siguiente figura:

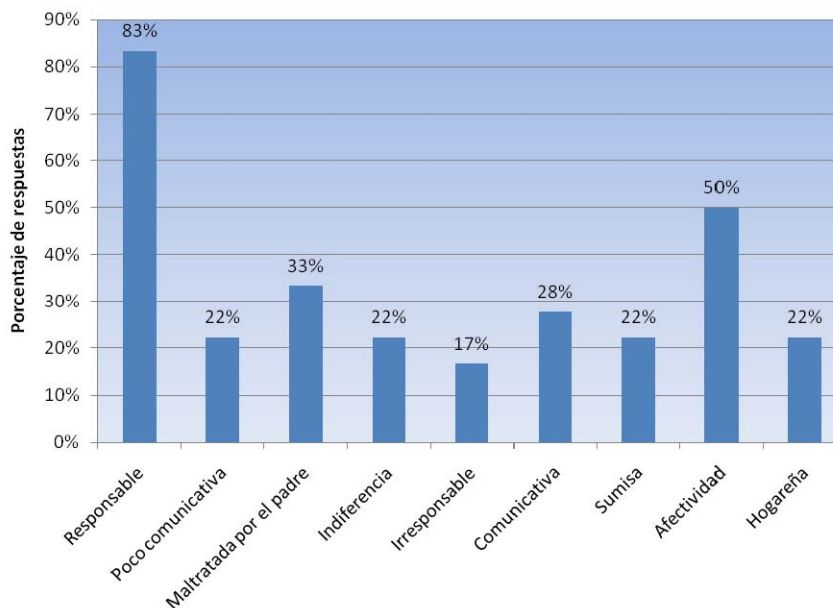


Figura 33: Indicadores que conforman la categoría Experiencia Infantil con la Madre

La Figura 33 refleja las repuestas dadas por el grupo para la categoría Experiencia Infantil con la Madre, donde la subcategoría que presentó mayor proporción fue *Responsable* (83%), le siguen *Afectiva* (50%), *Maltratada por el Padre* (33%) y *Comunicativa* (33%). Por otro lado, *Poco Comunicativa*, *Indiferencia*, *Sumisa* y *Hogareña* se manifestaron en un 22%. La subcategoría que presentó el porcentaje más bajo fue *Irresponsable* en un 17%.

Otra categoría presente en la narrativa de la muestra es la presencia o no de maltrato en la infancia. Tal como se aprecia en la Figura 34, el 89 % reporta Presencia de Maltrato, mientras que el 11% Ausencia de Maltrato.

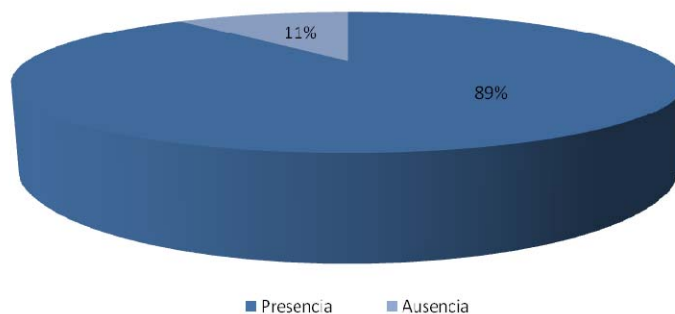


Figura 34: Presencia – Ausencia de Maltrato en la Infancia

La Figura 35 muestra las repuestas dadas por el grupo para la categoría Tipo de Maltrato en la Infancia, donde se observa que *Rechazo* (44%) fue la obtuvo mayor proporción. Le siguen *Violencia Física* (39%), *Abandono* (28%), *Violencia Sexual* (22%). Por otra parte, *Restricciones Excesivas* y *Privación Académica* se reflejaron en un 11%. Mientras que la de menor proporción fue *Acoso Sexual* (6%).

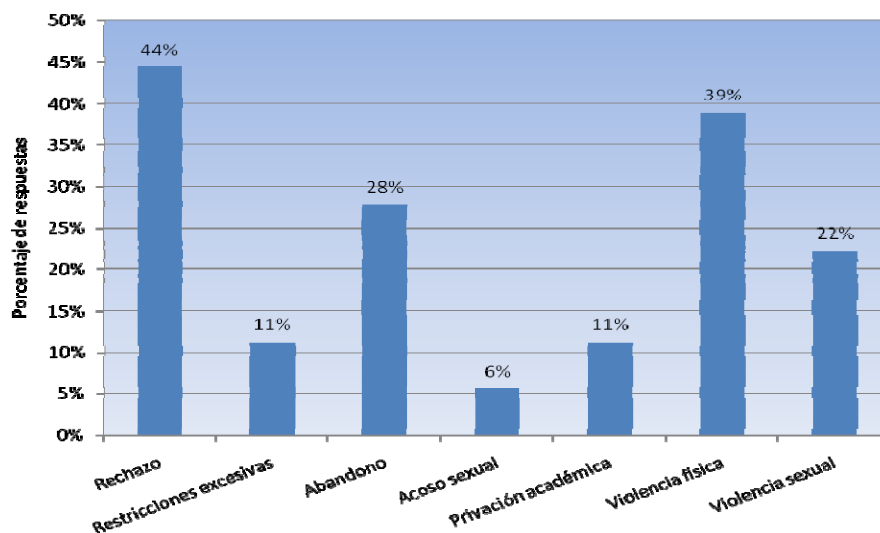


Figura 35: Indicadores que conforman la categoría Tipo de Maltrato en la Infancia

La Figura 36, refleja que el 72% evidencia Influencia del maltrato vivido en la infancia en su vida adulta, mientras que el 28% indica No Influencia.

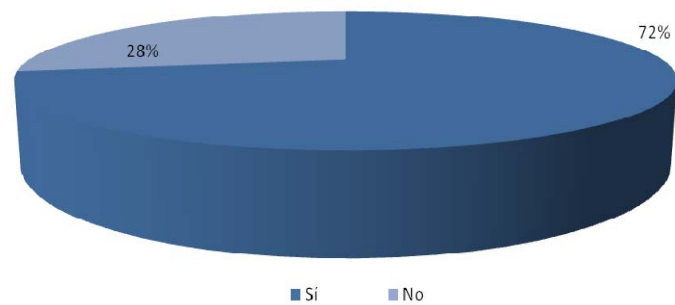


Figura 36: Influencia del Maltrato Infantil en la Adultez

La siguiente figura, especifica las subcategorías que demuestran el tipo de influencia en el rol materno.

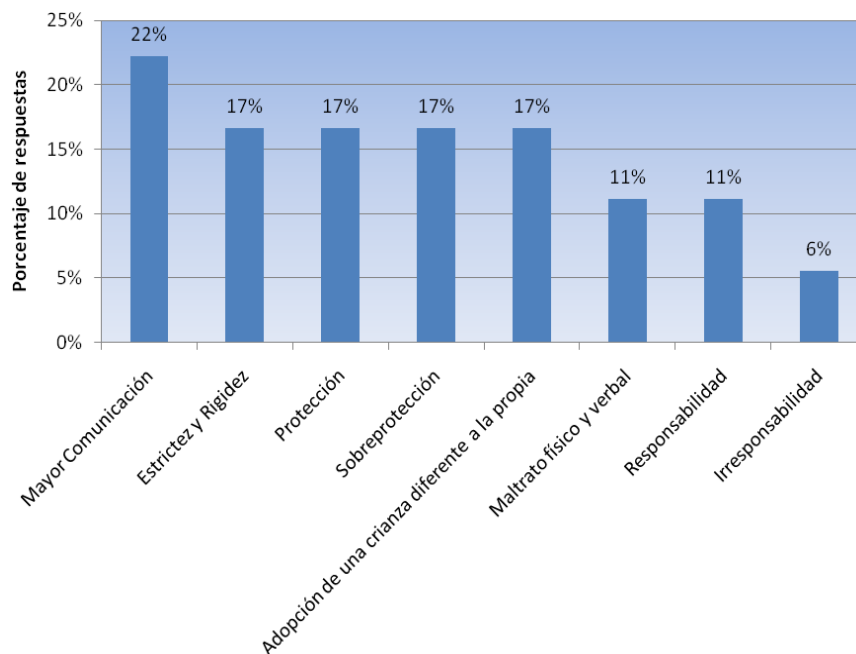


Figura 37: Indicadores que conforman la categoría Influencia de Maltrato en la Infancia sobre el rol Materno

Se puede apreciar que para esta categoría, tal como lo muestra la Figura 37, la subcategoría que presenta mayor proporción es *Mayor Comunicación* (22%), le siguen *Rigidez*, *Protección*, *Sobrepotección* y *Adopción de una crianza diferente a*

la propia (17%), mientras que *Responsabilidad y Maltrato Físico y Verbal* en un 11%. La proporción más baja fue *Irresponsabilidad* (6%).

Por otra parte, como se observa en la Figura 38 para la categoría *Experiencia de Bienestar Personal en Función de la Actitud del Hijo Adicto*, aparecen *Cierto* (94%) y *Falso* (6%)

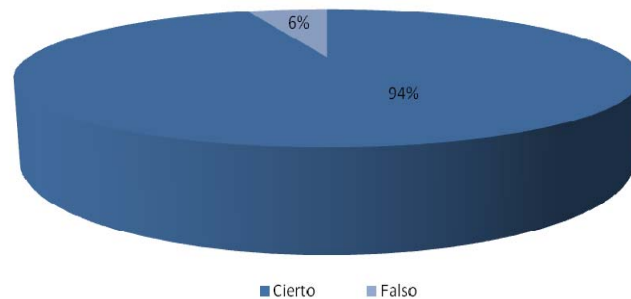


Figura 38: Experiencia de Bienestar Personal en Función de la Actitud del Hijo Adicto

La Figura 39, indica que la mayor proporción pertenece a la subcategoría *Se Siente Responsable del Hijo* (61%), le siguen *Negación de Sí Misma* (39%) y *Desconfianza* (28%). La de menor proporción es *Angustia* (22%).

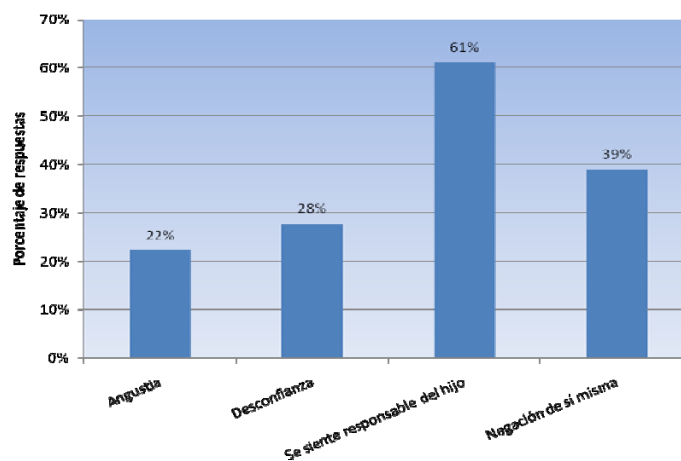


Figura 39: Indicadores que conforman la categoría Bienestar Personal en Función del Hijo Adicto

En este sentido, se puede apreciar que las figuras anteriores reflejan lo que fueron sus experiencias en la infancia como hijas, mientras que las últimas figuras representan sus vivencias como madres en la actualidad.

VIII. DISCUSIÓN

A continuación se presenta la descripción de las características de Relaciones de Objeto y Codependencia, a la luz de los resultados obtenidos en las variables estructurales agrupadas en Relaciones Interpersonales, Afectos y Autopercepción del Sistema Comprensivo de Exner (1995), la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer en el Psicodiagnóstico de Rorschach y la entrevista semi-estructurada.

Se puede indicar como una de las características más enfáticas en el conjunto de madres evaluadas, el marcado interés por el otro, donde su visión del mismo suele ser parcial, distante y menos realista. Lo que las coloca en un estilo de relaciones interpersonales que se derivan de concepciones imaginarias e incompletas de sí misma y del otro [$Sum(H)+Hd+Hd=3,17>H=2,94$].

Tal como se presenta en la entrevista semi-estructurada, en la relación con sus propios hijos reportan que la misma se basa en la idealización y denigración del mismo Vbtm *“fue muy doloroso cuando lo boté de la casa porque ya había empezado con los piercing y mi pareja pensaba que era lo mejor... yo no dormía era mucho dolor... fueron 15 días... él tenía 15 o 16 años...”*, lo cual refleja fuerte dificultad para concebir a su hijo como un objeto total, ya que proyecta en él, lo deteriorado, el peligro y necesidad de protección de sí misma, lo que resulta en su incapacidad para responder a las necesidades de su propio hijo desde una perspectiva más realista.

De la misma manera, esta forma de funcionamiento resulta similar al vínculo madre – hija, tal como lo describen en sus historias de la infancia. La mayoría reporta que en la relación con sus propias madres, predomina la idea de ellas como responsables, afectivas y comunicativas, pero al mismo tiempo, sumisas, sin la capacidad de contenerlas ante el peligro de padres abandonantes, violentos y abusadores.

De esta manera, se observa lo que dice Freud (1923) sobre la relación entre el objeto y la libido durante la infancia temprana, cuando se viven experiencias de satisfacción o frustración, las cuales se actualizan en el presente. Así como también lo señalado por Kernberg (1979), al indicar que las relaciones de objeto representan estructuras intrapsíquicas diádicas que derivan de las relaciones con el objeto (madre) internalizadas del pasado, fijándolas, modificándolas y reactivándolas con otras en el contexto de las relaciones interpersonales presentes. Los resultados evidencian que la madre repite con el hijo, el vínculo con sus cuidadores de la infancia.

En este mismo sentido, se encontró que más de la mitad del grupo de estudio, presenta conflictos para enfrentar con éxito las demandas de su entorno social, lo que evidencia cierto déficit en lo relacional, del cual se derivan vínculos superficiales y poco duraderos que a través del tiempo le producen sentimientos de desvalimiento y baja autoestima, los cuales permiten el advenimiento de depresiones. Mientras otra cuarta parte del grupo de estudio, evidencia tener mejor capacidad para responder a los estímulos como la mayoría de las personas de su entorno ($GHR=3,83$ y $PHR=3,27$).

Sin embargo, tal como se observa en el puntaje positivo al Índice de Déficit de Recursos en casi la mitad del grupo y otra cuarta parte del mismo con puntajes muy cercanos. Se puede describir a ese grupo, como personas más vulnerables a las situaciones de estrés y que pueden conducirse peor que otros sujetos cuando las situaciones externas se complejizan o aumenta la tensión.

Parte de esa tensión, se representa en la actitud más activa que pasiva en la relación con el otro ($a=6,33 > p=3,5$), es decir, no eluden sus propias responsabilidades, sino que más bien presentan la tendencia a tomar y cargarse con las de otros sin esperar nada a cambio. En este sentido, tal forma de funcionamiento se constituye como otra característica que desfavorece su situación vincular y al mismo tiempo, la forma como su entorno les percibe, dado que resulta negativo para

ellas, como para quienes les rodean, porque se suscita la condición dependiente de ambas partes y con ello la persistencia de la simbiosis.

Esta interpretación resulta consistente con las aseveraciones de Brown (1988, c.p. Edmunson, Byrne y Rankin, 2000) quien señala patrones de responsabilidad excesiva como característica del codependiente.

Al mismo tiempo, a la prevalencia de la actividad sobre la pasividad se le añade la agresividad ($AG=0,66$) y poca cooperatividad ($COP=0,66$) reflejada en más de la cuarta parte de la muestra en sus respuestas al Psicodiagnóstico de Rorschach, lo cual se traduce en una marcada dificultad para resolver efectivamente las situaciones o conflictos que se les presenten, es decir, que el estilo de sobrecarga o excesiva responsabilidad, no significa que puedan llegar a un resultado exitoso. Además, en su conflicto con el otro, evidencia asumir posturas rígidas, sin colocarse en el lugar de los demás, con dificultad para percibir las cosas desde otras ópticas, lo que influye de manera negativa en sus relaciones interpersonales ($3r+(2)/R=0,45$).

Igualmente la sobrecarga emocional, viene dada por la identificación proyectiva con su hijo. La angustia que le producen los objetos malos y persecutorios de sí misma que amenazan con destruir al Yo, los coloca en él y se identifica con el objeto idealizado e intenta apropiarlo y/o controlarlo. Lo cual las ubica, en la posición Esquizo - Paranoide de Melanie Klein (Lander, 2009), dado que de la ambivalencia entre los impulsos amorosos y agresivos, surge la ansiedad y/o preocupación de que sus impulsos agresivos hayan destruido o lleguen a destruir al objeto idealizado. De esta manera, se hacen dependientes de él (objeto idealizado), experimentando sentimientos de angustia por ese objeto con la intención de apropiarlo, favoreciendo así un estilo en el establecimiento de relaciones de tipo primitivas caracterizadas por uniones simbióticas con la marcada dificultad para distinguir el límite entre su propio Yo y el del otro. Lo que evidencia conflictos en el desarrollo en la fase separación – individuación y un estilo de funcionamiento borderline. Un tipo particular de

respuesta de contenido *Ksedi* en la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer en el Psicodiagnóstico de Rorschach, queda ejemplificado de la siguiente manera:

Lámina III:

Respuesta: Estos están separados. Una pareja o madre e hijo con un lazo muy fuerte pero que no se compenetran o no tocan. Hay un miembro que está despegado. Una parte gris que es la situación que los une y hay pensamientos de afecto.

Encuesta: Son dos seres que no son personas ¿? Por la forma de la mancha. El lazo rojo es lo afectivo ¿*un miembro suelto*? Está como el aire, no tiene base, lo que creo que es el cuerpo y está separado del cuerpo ¿*situación que los une*? Aquí mezclados, los dos lo pisan ¿*pensamientos de afecto*? Por el color rojo.

Este estilo de sobrecarga se confirma con la aseveración de Cermak (1986, c.p. Loughhead, Spurlock y Ting, 1988), sobre el codependiente, ya que el mismo asume la responsabilidad de cubrir las necesidades del otro. Además, se involucran en exceso en la vida caótica del adicto, presentan más interés en resolver su problema y se autoanulan instalándose en un rol de cuidado abnegado. Beattie (1992, c.p. Castelló, 2006). En las respuestas de contenido *Kusim* al Rorschach, se refleja claramente los procesos internos de unión y fusión.

Lámina II

Respuesta: Unos gemelos.

Encuesta: Son siameses, están pegados aquí ¿? Porque están juntos ¿? Aquí las manitas agarradas.

Por otra parte, en la entrevista semi-estructurada se observa que el 89% afirma haber sido maltratada en la infancia. Privilegian las categorías de Rechazo, Violencia Física y Abandono. Al mismo tiempo, 56% niega haberse sentido apoyadas o consoladas en los eventos que vivenciaron como maltrato.

Asimismo, los resultados en la entrevista semi-estructurada son consistentes con lo que Klein y Riviere (1968) y Noriega (2004) afirman sobre el vínculo madre – hijo, donde los conflictos en las relaciones pasadas de la madre y otras figuras parentales, pueden influir en sus sentimientos hacia su propio hijo, específicamente si éste exhibe rasgos que puedan reactivar en ella los antiguos conflictos. Cuando la madre se identifica con el hijo y presenta excesivos sentimientos persecutorios y desvalimiento, la relación con su hijo puede llevarla a una actitud de extrema ayuda y de autosacrificio, inundando completamente a su hijo, sin pedirle nada a cambio, lo cual Noriega interpreta como codependencia y generaliza como una personalidad orientada hacia el rescate de otros.

Tal como se presenta en el reporte de las entrevistas, hay una marcada tendencia al sentido de negación de sí misma, donde se olvida y deja por fuera el cuidado, los deseos y atenciones hacia sí misma para atender a las necesidades de su hijo adicto. Algunas madres del grupo de estudio lo indican en sus respuestas a la entrevista semi-estructurada:

- *“Me preocupo por él y no por mí”.*
- *“Creo que mi vida es para mis hijos, como si yo pasara a un segundo plano... lo mío lo aparto”.*
- *“Si él se enrumbara a una vida mejor, yo tendría el tiempo disponible para atender otras cosas que dejo por él”.*

En el mismo orden de ideas, el grupo de estudio presenta la tendencia a concentrarse de una manera disfórica en sus propios niveles de insatisfacción ($3r+(2)/R=0,45$), lo cual se traduce en baja autoestima. Esta insatisfacción está asociada a una autoimagen deteriorada. Igualmente, se encuentra una marcada preocupación por lo corporal, pero con la incapacidad emocional de cubrir sus propias necesidades ($MOR=1,61$).

Asimismo, al menos un cuarto de la muestra puntuó en la categoría *Kpmal* de la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwwer, la cual refleja el tono destructor de los objetos internalizados. Ello se observa en respuestas como la que se muestra a continuación:

Lámina IV:

Respuesta: Dos piernas con dos zapatos deteriorados, tiene unas piernas y un tronco sin cabeza y con brazos como mutilados. Con restos de brazos

Encuesta: Debe ser por la forma rota, la irregularidad de la forma ¿irregularidad? Un cuerpo sin cabeza con extremidades superiores atrofiadas ¿? Porque no se ven formadas en su totalidad ¿? Porque el brazo es flaquito.

Ello es equivalente a lo descrito por Lander (2009) sobre la teoría de las relaciones objetales, donde el objeto internalizado es vivido como malo y persecutorio que amenaza con destruir al Yo. En este caso, resalta lo destruido, lo cual resulta consistente con la afirmación de Mellody y cols., (1989), Whitfield (1991, c.p. Edmunson, Byrne y Rankin, 2000) y De Sisto (2005), cuando resaltan la marcada baja auto-estima en personas codependientes.

En el funcionamiento afectivo, la mayoría ($Frec=12$) se presenta con un estilo introversivo ($M=5 > WSumC=3$), el cual indica que la muestra evaluada prefiere usar la ideación a la hora de resolver problemas sin mezclar las emociones en la toma de decisiones. Sin embargo, en su intento de controlar o reprimir sus afectos, se observa que a veces pueden sufrir lapsus en ese control, en los cuales se producen descargas o impulsos bruscos e inmodulados, es decir, presentan además, una tendencia inadecuada para descargar sus afectos, que al ser externalizados, lo hacen de forma explosiva o irritativa ($SumSH=5,77$ y $FM+m=4,78$). Ello concuerda con lo señalado por Mellody y cols. (1989), sobre la dificultad del codependiente para vivenciar y expresar su realidad moderadamente.

Asimismo, se encuentra que experimentan un alto nivel de malestar interno, procedente de su estado de necesidad primitiva que se manifiesta en forma de tensión y sobrecarga interna, lo cual desencadena dificultades en los procesos de atención, concentración para responder adecuadamente a las situaciones ($FM+m=4,78$).

De la misma manera, aunque la mayoría no puntúa para el Índice de Depresión, dos cuartos de la muestra se acerca al puntaje positivo, y otro cuarto lo puntúa. En este sentido, se puede interpretar que la estructura psicológica del grupo puede ser vulnerable a sufrir depresiones o alteraciones en el estado del ánimo.

Al mismo tiempo, otra parte de la muestra utiliza la intelectualización como mecanismo de defensa para neutralizar el impacto de emociones negativas ($Hx=1$). De esa manera intentan ignorar la realidad, es decir los sentimientos dolorosos. Esta forma de funcionamiento concuerda con lo mencionado por Mellody y cols. (1989) y Castello (2006). Ellos indican que las personas codependientes, utilizan mecanismos de defensas tales como la represión, negación y minimización para evadir los sentimientos dolorosos que se reactivan de la infancia y/o los situacionales.

De la misma manera, en el reporte de las entrevistas se observa la negación como mecanismo de defensa, específicamente se ejemplifica la respuesta de una madre al preguntarle sobre si ella podía manejarse mejor si su hijo cambiara de actitud, a lo cual respondió: Vbtm “*No, mi vida no depende de él, ni la de él de mi*”, lo que resulta contradictorio con los resultados en sus respuestas ante los estímulos del Rorschach y el resto del reporte en la entrevista semi-estructurada Vbtm “*estamos muy unidos porque trabajamos y vivimos juntos*”.

En las respuestas al Psicodiagnóstico de Rorschach también se puede observar directamente, mecanismos defensivos de devaluación (Lámina IV) y escisión (Lámina IX), tales como las que se muestran a continuación:

Lámina IV

Respuesta: Un gusano saliendo, como en la transformación de gusano a mariposa.

Encuesta: Porque he visto esa transformación ¿? Porque hay como un desprendimiento, aquí está oscuro y aquí está más claro. Aquí hay como una elevación ¿? La mariposa.

Lámina IX

Respuesta: Dos seres que tratan de unirse. Aquí están separados y aquí tratan de unirse. Hay una unioncita aquí.

Encuesta: Son como dos etapas diferentes ¿? Estos dos seres estuvieron unidos aquí y en otro momento que hay una unión donde quieren unirse ¿? No sé, no le veo forma, por lo menos aquí una espalda, unos brazos.

En este sentido, se observa como esa forma defensiva puede resultar perturbadora porque aumenta la sobrecarga interna afectando los procesos de

relajación y concentración para la resolución de conflictos en lo interpersonal, debido a los niveles internos y externos de tensión emocional. Además con la posibilidad de dirigir hacia la vía somática, aquello que no se logra externalizar. Lo que también explica su preocupación por lo corporal ($H Pura=2,94$ y $MOR=1,61$).

Igualmente, se destaca lo encontrado en la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwater, emitidas por la muestra. Quince (15) de ellas arrojaron respuestas de contenido y nueve (9) de ellas, ofrecieron dos o más respuestas clasificables en la escala. Ello resulta significativo porque indica que al menos el 50% de la muestra evaluada presenta una marcada tendencia a establecer relaciones de tipo primitivas, ya que le subyacen conflictos en la etapa de separación – individuación y una fijación en la etapa esquizo-paranoide, lo que llega a resultar en un funcionamiento límite de la personalidad, donde se debate la separación y unión con el otro, resalta la debilidad yoica para distinguir entre los límites propios y los del otro y presentan mecanismos de defensa primitivos (negación, identificación proyectiva, idealización primitiva, escisión y devaluación). A continuación, algunas repuestas que ejemplifican lo antes mencionado:

Lámina IX (Ktras)

Respuesta: Un florero de cristal y flores rosadas

Encuesta: Es un florero y tiene dos dedos agarrándolo ¿? Me da la sensación de que es transparente y se ven las flores dentro del florero ¿flores? Por la forma, el color y todas pegadas de un mismo tallo.

Lámina IX (Ktras)

Respuesta: Una figura extraterrestre. Un E.T.

Encuesta: Parece un E.T. porque tiene los dos ojos juntos, una cabeza deforme, una nariz, su cuello, sus brazos y las piernas. Éste es el tórax del extra terrestre que sería transparente ¿? Porque se le ve la columna y los órganos que tiene por dentro (...).

Lo antes descrito apunta hacia un estilo de personalidad dependiente y aunque no sean adictas a las drogas, los resultados de la muestra se asemejan a los encontrados por Medina (2004) en mujeres fármaco-dependientes, las cuales obtuvieron mayores indicadores de conflicto en las respuestas de *Kusim*, *Ksuab* y *Ktras*.

De la misma manera, además de los conflictos internos (su necesidad primitiva), se evidencia tensión a causa de situaciones externas que le producen molestia e incomodidad, las cuales desencadenan la vivencia de una situación estresante que proviene tanto de sus necesidades internas como de las situaciones externas; y este conjunto se cristaliza en problemas de sobrecarga interna crónica y aguda ($SumSH=5.78$, $FM+m=4.78$). Lo que estas madres o grupo de estudio son capaces de admitir es precisamente que la angustia, la cual las sobrecarga viene en parte dada por la relación madre – hijo, ya que en sus reportes a la entrevista semi-estructurada el 94% señala, que el bienestar personal depende principalmente del estado de su hijo adicto. Sin embargo, ello constituye algo muy displacentero e incontrolable, por lo cual estas madres presentan la tendencia a somatizar las emociones angustiantes e irritantes.

Lo anterior, permite confirmar lo establecido por Noriega (2004), quien define la codependencia como un trastorno de relación interpersonal, caracterizado por una fuerte dependencia hacia parientes problemáticos, donde prevalecen elementos de insatisfacción emocional y sufrimiento personal, enfocado en la atención y cuidado de las necesidades del otro, así como también al mismo tiempo minimiza las necesidades propias porque siente que al atender al otro, se atiende a sí misma.

IX. CONCLUSIONES

- Los resultados evidencian que son mujeres las cuales vivieron fuertes traumas infantiles asociados al abandono, irresponsabilidad y violencia por parte de la figura paterna, así como también madres con incapacidad para ofrecer soporte objetal ante las conductas de maltrato perpetradas por el otro.
- Se observa que en el campo de las relaciones interpersonales, la muestra evaluada, suele mantener una visión parcial del otro y prefieren manejarlas en el campo de la fantasía y la idealización.
- En las relaciones con el otro, presentan la tendencia a tomar una actitud más activa que pasiva. Asumen roles y responsabilidades de otros, lo cual las sobrecarga y aumenta la tensión interna. Con ello mantienen la codependencia y se facilita el establecimiento de relaciones de objeto primitivas.
- El interés y sobrecarga por las responsabilidades del otro, viene dado por la ansiedad que le producen las proyecciones hostiles y persecutorias en contra del objeto ideal. De esta manera, se conduce por la vía de control del objeto idealizado. Lo cual las ubica en la posición Esquizo - Paranoide de Melanie Klein.
- Se observa que en esa necesidad de suplir las carencias del otro, se denota la incapacidad para percibir y satisfacer sus propias necesidades y deseos, tal como lo fue en su infancia, así que en el presente adoptan una actitud de autosacrificio y entrega por el otro, especialmente, por las personas con conflictos y carencias afectivas, como sus hijos adictos. Como si el cuidar del otro representara atenderse a sí misma. En este sentido, en la actualidad se repite en ella misma, la privación de experiencias gratificadoras de su historia infantil.

- Se encontró que el objeto interno dañado en el grupo de estudio evidencia una autopercepción pobre y deteriorada de sí mismas. Ello se asocia a la baja autoestima, conductas de autosacrificio y sentimientos depresivos asociados al fracaso en las relaciones interpersonales.
- El fracaso en las relaciones interpersonales se suscita en el marco de situaciones sociales donde a causa la sobrecarga emocional interna pueden llegar a presentar episodios explosivos e irritativos.
- El grupo en general presenta poco recursos emocionales para tolerar las situaciones de tensión y estrés, dado que internamente se encuentran emocionalmente cargadas con angustia y ansiedad persecutoria.
- Presentan dificultad para expresar moderadamente sus estados emocionales. Ellas reprimen y niegan emociones displacenteras hasta que una situación de alta tensión puede desencadenar en ellas explosiones emocionales casi incontrolables. De lo contrario, las pulsiones toman la vía de la somatización. Lo que evidencia una marcada inmadurez emocional.
- Dado a la autopercepción empobrecida de sí mismas, el manejo de mecanismos de defensa primitivos y la dificultad para expresar sus emociones de una forma adaptada a la realidad, al menos la mitad de la muestra evidencia categóricamente una organización límite de personalidad.
- Dado los factores encontrados de codependencia, el funcionamiento psicológico de la muestra evaluada evidencia que presenta marcados conflictos para cooperar con éxito en el tratamiento del hijo adicto.

X. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

- El número de participantes no es estadísticamente representativo para hacer generalizaciones de los resultados, en este sentido se recomienda ampliar la muestra para futuras investigaciones con el objetivo validar de forma empírica los resultados que se obtengan.
- No se llevaron a cabo los procedimientos necesarios para la validación de la entrevista semi-estructurada, por lo que se recomienda hacerlo para futuras investigaciones, dado que ello permitiría resultados más confiables.
- Debido a que este estudio cumplía con propósitos sólo descriptivos, no se realizó ningún estudio de correlación entre variables, por lo que se recomienda para posteriores investigaciones, llevar a cabo la correlación entre las categorías de la Escala de Relación de Objeto Primitiva y las variables estructurales del el Sistema Comprensivo de Exner que respondan a características de tensión emocional interna.
- Como esta investigación sólo se constituye de objetivos descriptivos, se recomienda realizar un plan de tratamiento para las madres de pacientes adictos con el fin de mejorar su malestar psicológico y de esta manera ofrecer mejor soporte a sus hijos en el tratamiento de las adicciones.
- Se recomienda emplear una escala de diagnóstico del Trastorno Límite de Personalidad, relacionar los resultados de dicha Escala con los de la Escala de Relación de Objeto Primitiva de Klawer en el Psicodiagnóstico de Rorschach, y compararlos con los datos de mujeres adictas.
- Realizar un estudio comparativo entre la relación madre – hijo adicto con la de madre – hijo no adicto.

XI. REFERENCIAS

- Alfonso, J., Huedo, T. y Espada, J. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. [Versión electrónica], *Anales de Psicología*, 25(2), 330-338.
- Álvarez, H., Álvarez, J., Baranga, J., Lois, E. y García, M. (2009). *Trabajo con el alcohol en el tratamiento de adicción a la cocaína de Proyecto Hombre Asturias*. Recuperado el 07 de abril de 2009, del sitio Web de Interpsiquis: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/39359/>
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales* (4ª. ed.) Texto Revisado DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Bandera, A. (2009). Toxicomanía: conceptualización. Recuperado el 16 de junio 2009, de <http://www.sld.cu/libros/libros/libro5/tox2.pdf>
- Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires, Argentina: Paidos.
- Biblioteca Nacional de Chile (s.f.). La Familia: Concepto. Recuperado el 28 de junio de 2009, de <http://www.bcn.cl/ecivica/concefamil>
- Boundy, D. y Washton, A. (1991). *Querer no es poder. Cómo comprender y superar las adicciones*. Barcelona, España: Paidos.
- Campagna, D. y Gervasio, E. (1987). *La Comunidad Terapéutica en la rehabilitación de la drogodependencia y el alcoholismo, resumen de una experiencia*. Recuperado el 26 de noviembre de 2009, del sitio Web de El Reparó Comunidad Terapéutica: <http://www.elreparo.org.ar/libro7.htm>

- Campo, M., Andrade, J. y Andrade, G. (2007). La matricentralidad de la familia venezolana desde una perspectiva histórica. [Versión electrónica], *Revista de Filosofía Jurídica, Social y Política*, 14(2), 86-113.
- Calabrese, M., Farber, B. y Westen, D. (2005). The Relationship of Adult Attachment Constructs to Object Relational Patterns of Representing Self and Others. [Versión electrónica], *Journal of de the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 33(3), 513-518.
- Castelló, J. (2006). *Dependencia Emocional. Características y Tratamiento*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Chait, A. (s.f.). Amor y odio entre generaciones: Transgeneracionalidad. Recuperado el 13 de julio de 2009, de <http://www.ipa.org.uk/default.aspx?page=763&lang=es>
- Dear, G., y Roberts, C. (2005). Validation of the Holyoake Codependency Index. [Versión electrónica], *The Journal of Psychology*, 139(4), 293-313.
- De Sisto, A. (2005). El Método Psicodiagnóstico del Rorschach en madres de pacientes adictos. Recuperado el 07 noviembre de 2009 del sitio Web de Interpsiquis: <http://www.psiquiatria.com/articulos/adicciones/20515/>
- Edmunson, R., Byrne, M. y Rankin, E. (2000). Preliminary Outcome Data on a Model Treatment Group for Codependence. [Versión electrónica], *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(1), 93 – 107.
- Ephraim, D. (1991). *El Método Rorschach en la Actualidad*. Caracas, Venezuela: Monte Ávila Editores Latinoamericana.
- Exner, J. y Sendín C., (1995). *Manual de Interpretación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo*. Madrid, España: Psimática.

- Freud, S. (1905). *Tres Ensayos para una Teoría Sexual*. En Obras Completas. (Tomo II). (3ª Ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1923). *Psicoanálisis y Teoría de la Libido*. En Obras Completas (Tomo III). (3ª Ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- González, E., Occupati, R., Riquelme, J. (1991). *Rorschach: Estudio de contenidos datos normativos para una muestra de sujetos no pacientes de Caracas y su área Metropolitana. Aportes al Sistema Comprehensivo de Exner*. Tesis de grado de licenciatura, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Gomila, M. (2004). *Correspondencia entre las principales variables del test de Rorschach y las posiciones de M. Klein*. Recuperado en Diciembre 05 de 2009, de http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/
- Guzmán, C. y Medina C. (2007). *Entrevista de Prototipos de Apego Adulto (EPAA): Propiedades Psicométricas de su Versión en Chile*. [Versión electrónica], Revista Interamericana de Psicología, 41(3), 261-274.
- Harkness, D., Swenson, M., Madsen-Hampton, K., Hale, R. (2001). *The development, reliability, and validity of a clinical rating scale for codependency*. [Versión electrónica], Journal of Psychoactive Drugs, 33(2), 159 – 172.
- Ibañez, A. (2008). *Genética de las Adicciones*. [Versión electrónica], Adicciones, 20 (2), 103-109.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P., (2006). *Metodología de la Investigación*, (4ª ed.). México: McGrawHill.
- Izquierdo, C. (1992). *La droga un problema familiar y social con solución*. Bilbao, España: Ediciones Mensajero.

- Kernberg, O. (1979). *La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Kernberg, O (1987). *Trastornos Graves de la Personalidad*. D.F., México: Manual Moderno.
- Klein, M. y Riviere, J. (1968). *Amor, odio y reparación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Klein, M., Heimann, P. y Money, R. (1972). *Nuevas direcciones en psicoanálisis: La significación del conflicto infantil en la pauta de la conducta adulta*, (2da ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Klopfer, B. y Davidson, H. (1969). *Técnica del Rorschach. Manual Introductorio*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Lander, Rómulo (2009). *Melanie Klein. Iniciación a su vida y obra*. Caracas, Venezuela: Psicoanalítica.
- Laurie, P. (1970). *Las drogas. Aspectos médicos, psicológicos y sociales*, (2da ed.). Madrid: Alianza Editorial.
- López, R. (1991). *Adicto y adicciones. Una visión psicoanalítica*. Caracas, Venezuela: Monte Ávila Editores.
- Loughead, T., Spurlock, V. y Ting, Y. (1998). Diagnostic indicators of codependency: An investigation using MCMI – II. [Versión electrónica], *Journal of Mental Health Counseling*, 20(1), 64-13.
- Lusterman, D., Mikesell, R., McDaniel S. (1995). *Integratin family therapy*. WDC, Estados Unidos: American Psychological Association.

- Mc Guigan, F. (1996). *Psicología Experimental. Métodos de Investigación*, (6ta ed.). México, D.F.: Prentice Hall.
- Medina, E. (2004). *Relaciones objetales en mujeres fármaco – dependientes y no fármaco – dependientes a través del método Rorschach*. Tesis de grado de licenciatura, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Mellody, P., Miller, A. y Miller, K. (1989). *Facing Codependence*. New York, United States of America: Harper Collins.
- Molina, J., Martínez, M. (2002). *Evaluación de las relaciones de objeto en reclusos psicopáticos y no psicopáticos*. Tesis de grado de licenciatura, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Moreno, A. (2005. 25 de abril). La madre es el centro. *El Universal*. Recuperado el 21 de diciembre de 2009, de http://www.eluniversal.com/2005/04/25/96a2_art_25A553897.shtml
- Moreno, A. (Invitado) y Iskandar, B. (Productor). (2009, 20 de agosto). *La Familia Matricentrada y el delincuente violento en Venezuela* [Emisora Cultural de Caracas 97.7 FM]. Recuperado el 06 de enero de 2009, de <http://www.conocemimundo.com/2009/08/sabias-que-la-familia-en-venezuela-no.html>
- Moses, D. y Burger, R. (1981). *¿Está induciendo a sus hijos a la drogadicción?*. D.F., México: Editorial Diana.
- Noriega, G. (2004). Codependence: A Transgenerational Script. [Versión electrónica], *Transactional Analysis Journal*. 34(4), 312-322.
- Oficina Nacional Antidrogas (2007). Estadísticas de consumo de drogas en pacientes que asisten a centros de tratamiento y rehabilitación.

Recuperado el 17 de diciembre de 2009, de http://www.ona.gob.ve/Pdf/Estadisticas_Demanda/ESTADISTICAS_CONSUMO_2007.pdf

Organización Mundial de la Salud (1999). *Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE – 10). Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Recuperado el 10 de noviembre de 2009, de <http://www.feafescyl.org/descargas/documentos/saludmental/26.pdf>

Redondo, R. (2001). Aplicación del Psicodiagnóstico de Rorschach en el país Vasco. [Versión electrónica], *Psiquis*, 22(2), 103-110.

Riquelme, J. y Krivoy, F. (2008). Estudio Normativo de las Variables Estructurales del Sistema Comprensivo de Exner para el Rorschach en la Población de Caracas. [Versión electrónica], *Psicología – Segunda Época*, 27(1), 7-15.

Saint, G. (2000). Madre. En *Lexus Diccionario Enciclopédico Color* (M). Lima, Perú: Lexus Editores.

Sanmartín, J. (2002). *La Mente de los Violentos*. Barcelona, España: Ariel, S.A.

Tomas, S. (2009). *Winnicott, a cerca de la constitución del objeto transicional y la good enough mother*. Recuperado el 07 de noviembre de 2009, de http://www.kennedy.edu.ar/Deptos/Psicoanalisis/cursodis05/silvia_tomas.pdf

Washton, A. (1995). *La adicción a la cocaína*. Barcelona, España: Paidós.

XII. ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO

A través de la presente acepto participar voluntariamente en el proyecto de investigación, bajo la tutoría de la Profesora Mara Da Ruos y realizado por la Licenciada Libertad Moncada, cursante de la Especialización en Psicología Clínica en la Universidad Central de Venezuela, como requisito para optar al título de Especialista en Psicología Clínica.

Autorizo que los resultados y análisis de los mismos sean utilizados exclusivamente para los fines de dicha investigación, en cuanto a su utilidad para el ejercicio profesional de la psicología en Venezuela, especialmente en los centros de tratamientos para las adicciones. Manifiesto la voluntad de mi participación teniendo los derechos de confiabilidad y anonimato de las respuestas, así como de suspender la actividad en el momento que lo desee según lo establecido en el Código de Ética Profesional del Psicólogo.

Anexo 2. Entrevista Semi – Estructurada

Fecha: _____

Hora: _____

Teléfonos: _____

1. Datos de Identificación de la madre

Nombres y Apellidos: _____

Edad: _____

Parentesco con el paciente: _____

2. Datos del paciente

Nombres y Apellidos del paciente: _____

Fase del tratamiento: _____

3. Datos de Convivencia

- ¿Convive con el paciente en la misma residencia? Sí _____ No _____
- ¿Apoya al paciente en el tratamiento? Sí _____ No _____ ¿de qué manera?
- ¿Cuida a los hijos del paciente? Sí _____ No _____ ¿de qué manera?
- ¿Se ocupa económicamente de él? Sí _____ No _____
- ¿Asiste a los Grupos de Familia del CEA “Dr. Vicente Salías”? Sí _____ No _____
- ¿Se ocupa de sus labores personales? Sí _____ No _____ ¿de qué manera?

4. ¿Ha tenido usted o tiene algún pariente adicto a las drogas o al alcohol? (se marca con una “X” los parientes)Ex – esposo Pareja actual

Hijo

Hija

Hermano

Padre

Madre

Otro _____

“Ahora voy a comenzar preguntándote sobre experiencias desde tu infancia hasta tu vida adulta. Entonces, me gustaría preguntarte sobre la temprana relación con tu familia, y de qué manera piensas que te pudieron haber afectado. Esta entrevista puede llevarse entre 30 a 45 minutos”.

1. ¿Podrías ayudarme comenzando a orientarme sobre cómo fue tu situación familiar cuando niña, donde viviste y demás?

¿Con quienes vivías?

¿Tuviste hermanos y hermanas viviendo en la casa, o alguien además de tus padres?

2. Ahora voy a pedirte que describas cómo eran tus padres. Me gustaría que trataras de describir lo mejor posible la relación con tus padres, intentando recordar desde el inicio de tu infancia.

¿Cómo describirías a tu **padre**?

¿Cómo se comportaba él en casa?

¿Cómo era su relación con tu madre?

¿Cómo era su relación contigo?

¿Cómo describirías a tu **madre**?

¿Cómo se comportaba ella en casa?

¿Cómo era su relación con tu padre?

¿Cómo era su relación contigo?

3. Ahora cuéntame ¿Quién solía poner la disciplina en casa? y ¿Cómo te disciplinaban?

4. Ahora me pregunto si podrías decirme, con cual de tus padres te sientes más unida, y ¿por qué?

¿Por qué no existe este mismo sentimiento por la otra persona (padre o madre)?

5. ¿Fuiste alguna vez maltratada física o emocionalmente cuando eras pequeña?

¿Recuerdas lo ocurrido? ¿Puedes contármelo?

¿Qué edad tenías cuando eso ocurrió?

¿Solía pasar frecuentemente?

Sí ____ No ____ A veces ____

¿Sientes tú que esta experiencia te afecta ahora como adulta?

¿Alguien te consoló? ¿quién?

¿Te ha acercado esta experiencia con tus propios hijos?

Sí ____ No ____ En caso de responder sí: ¿de qué manera?

6. ¿Te sentiste alguna vez rechazada por ellos en tu infancia o juventud?

Sí ____ No ____ En caso de responder sí: ¿de qué manera?

¿Qué edad tenías cuando te sentiste así por primera vez, y ¿qué hiciste?

7. ¿Por qué piensas que tus padres hicieron esas cosas? (sólo se pregunta si ha contestado que ha sido maltratada y rechazada)

¿Crees tú que él o ella se dieron cuenta de que te estaban rechazando?

Sí ____ No ____ ¿Por qué?

8. ¿Existe alguna otra cosa sobre las experiencias en tu juventud que tu pienses pudiesen haber afectado tu desarrollo, o hayan tenido un efecto negativo en lo que llegaste a ser?

9. ¿Existieron en tu infancia o juventud algunos otros adultos a quienes te lograste acercar, así como familiares, u otro niño(a)?

10. Ahora me gustaría preguntarte, ¿cómo es la relación con tus padres (o solo uno de ellos) ahora como adulta? Aquí estoy preguntándote sobre tu relación actual.

¿Mantienes mucho contacto con tus padres hoy en día?

¿Qué dirías sobre como es la relación con tus padres actualmente?

¿Podrías decirme sobre cualquier (o alguna otra) fuente de insatisfacción en tu relación actual con tus padres? Algo en especial (o cualquier otra) fuente de satisfacción especial?

11. Ahora te voy a preguntar otro tipo de pregunta. No es sobre las relaciones con tus padres, en cambio es sobre un aspecto de la relación actual con tu hijo. ¿Cómo te sientes ahora, cuando estas separada de tu hijos?.

¿Alguna vez te has sentido preocupada por tu hijo? ¿por qué?

12. Si tuvieras tres deseos para tu hijo en veinte años desde este momento, ¿cuales serian? Estoy pensando particularmente en el tipo de futuro que te gustaría ver para tu hijo. Te daré un minuto o dos para que pienses sobre eso.

13. Piensa usted que podría manejar mejor las cosas si él cambiara de actitud?

Sí ____ No ____ ¿Por qué?

14. Nos hemos estado enfocando mucho en el pasado en esta entrevista, pero me

gustaría terminar mirando un poco las vías para el futuro. Hemos estado hablando sobre lo que piensas que pudiste haber aprendido de las experiencias de tu niñez. Me gustaría terminar preguntándote ¿qué esperarías que tu hijo pudiese haber aprendido en su experiencia de tenerte como madre?.

Anexo 3. Sumario Estructural del Sistema Comprehensivo de Exner para el Psicodiagnóstico de Rorschach

SUMARIO ESTRUCTURAL									
Localización		Determinantes			Contenidos		Resumen del Enfoque		
		Múltiples		Simple			Lámina	Loc.	
Zf =				M =	H =				
Zsum =				FM =	(H) =		I		
ZE st =				m =	(Hd) =		II		
				FC =	Hd =		III		
W =				CF =	Hx =		IV		
D =				C =	A =		V		
W+D =				Cn =	(A) =		VI		
Dd =				FC' =	Ad =		VII		
S =				C'F =	(Ad) =		VIII		
				C' =	An =		IX		
				FT =	Art =		X		
				TF =	Ay =				
				T =	Bl =		Valoraciones Especiales		
				FV =	Bt =		Nivel 1	Nivel 2	
				VF =	Cg =		DV =	x1	x2
				V =	Cl =		INC=	x2	x4
				FY =	Ex =		DR =	x3	x6
				YF =	Fd =		FAB=	x4	x7
				Y =	Fi =		ALOG=	x5	
				Fr =	Ge =		CON =	x7	
				rF =	Hh =				
				FD =	Ls =		Sum Bruta6=		
				F =	Na =		Sum Pond6 =		
				<2> =	Sc =		AB =		GHR =
					Sx =		AG =		PHR =
					Xy =		COP =		MOR =
					Idio =		CP =		PER =
									PSV=
RAZONES, PORCENTAJES Y DERIVACIONES									
SECCIÓN PRINCIPAL				AFECTOS			INTERPERSONAL		
R =		L =		FC:CF+C =	:		COP =		AG =
EB= :	EA =	EBP =	er=	C Pura =			Comida =		
eb= :	es =	D =		Sum C':Sumpond C=	:		GHR:PHR =	:	
	Adj es=	Adj D=		Afr =			a : p =	:	
				S =			Aislamiento/R =		
FM =	C' =	T =		Múltiples:R=	:		SumT=		H Pura=
m =	V =	Y =		CP =			H+Hd+(H)+(Hd) =		
							PER=		
IDEACION				MEDIACION		PROCESAMIENTO		AUTOPERCEPCION	
a : p =	:	Sum6=		XA%=		Zf =			
Ma:Mp =	:	Nivel 2=		WDA%=		Zd =		3r + (2)/R =	
2AB+(Art+Ay)=		Sum Pond6=		X-% =		W:D:Dd=		Fr + rF =	
MOR =		MQsin=		S- =		W:M=		SumV =	
M- =				P=		DQ+ =		FD =	
				X+% =		DQ v=		An + Xy =	MOR =
				Xu% =		PSV=		H:(H)+ Hd+(Hd)=	
PTI <input type="checkbox"/>		DEPI <input type="checkbox"/>		CDI <input type="checkbox"/>		S-CON <input type="checkbox"/>		HVI <input type="checkbox"/>	OBS <input type="checkbox"/>
RUTINAS DE INTERPRETACION:									
Adj.D + \Rightarrow C				EB INTR OVERSIVO \Rightarrow I-PM-C-A-PS-PI		I-PM-C-A-PS-PI			
LAMBDA > 0,99 \Rightarrow P-M-I-C-A-PS-PI				EB EXTRATEN SIVO \Rightarrow P-PS-PI-C-P-M-I		P-PS-PI-C-P-M-I			
REFLEJO > 0 \Rightarrow PS-PI-C				p > a + 1 \Rightarrow I-P-M-C-PS-PI-A		I-P-M-C-PS-PI-A			
C=Control; PS=Percep.sí mismo; PI= Percep. Interp.; A= Afectividad; P=Procesamiento; M=Mediación; I=Ideación									
Tomado de Exner,2001:Manual de Codificación del Rorschach para el Sistema Comprehensivo,5ª Ed. Revisad									
Dpto.Clinica Dinamica									

Anexo 4. Escala de Relación de Objeto Primitiva de Kwawer (1980)

Sumergimiento y absorción (Ksuab): Respuestas que representan el mundo objetal como prototípicamente absorbente. Respuestas calificadas como “vagas” son confusas tanto en forma como en contenidos. No hay diferenciación de la forma ni de las fuerzas primitivas que actúan. Concepciones espirituales de maldad y malevolencia subrayan la experiencia incomprensible de ser fundamentalmente rechazado de este mundo. Ejemplo: “Dos enormes globos rosados, pero una vez que tratas de comerlos quedas envuelto. Ya han atrapado dos pájaros azules y parece que dos murciélagos están a punto de sufrir el mismo destino”.

Unión Simbiótica (Kusim): Respuestas que simbolizan procesos de unión, fusión, incorporación y la negación de la separación. También implica el intento a la resistencia respecto a establecer una relación simbiótica. Respuesta de siameses y gemelos unidos son numerosas dentro de este grupo. Ejemplo: “Un gemelo siamés con una mano, separados no hay nada, pero uniéndolas haces una persona”.

Simbiosis, separación y unión violenta (Kviol): Respuestas que incluyen la separación y/o unión con el asesinato o la destrucción violenta. Ejemplo: “Dos fuerzas encontrándose, veo una explosión cuando se encuentran”.

Procesos Internos Malignos incluyendo Incorporación Primitiva (Kpmal): Respuestas en la experiencia temprana predominantemente de tipo parasitario son interpretados en tono destructor. Respuestas que resaltan la experiencia del interior del cuerpo como el continente del self del individuo como algo destruido o deteriorado. Ejemplo: “Dos ratas rosadas trepando las entrañas de un ser humano, pueden que hayan devorado las tripas y los riñones en la base”.

Nacimiento y Renacimiento (Knare): Respuestas que establecen el involucramiento psíquico directo del sujeto con estadios tempranos del desarrollo del self. Ejemplo: “Esta parte se parece a las etapas tempranas del desarrollo del embrión, puede ser le comienzo de la formación del cuerpo”.

Metamorfosis y Transformación (Kmorf): Aparecen en sus formas más primitivas e incipientes del desarrollo del organismo. También incluye transformaciones bizarras. Ejemplo: “Una mujer transformándose en animal”.

Especularidad Narcisista (Kesna): Respuestas que implican una absorción y/o involucramiento del self tales que, el otro existe solamente para reflejar el self del sujeto, como una extensión del self en sus estadios rudimentarios. Ejemplo: “Alguien charlando consigo mismo sobre el espejo, con su mano presionando sobre el espejo”.

Separación – División (Ksedl): Respuestas que reflejan un conflicto inconsciente y una ambivalencia acerca de la separación y la unión, a menudo basado en la metáfora biológica de la división celular como si el sujeto estuviera funcionando contra dificultades del desarrollo en la fase de separación – individuación. Ejemplo: “Dos figuras muy extravagantes cuyas manos están empujándose uno al otro tratando de separarse”.

Trastorno de Límite (Ktras): Temor de fluidez, de debilidad o permeabilidad de las fronteras del yo y respuestas que implican confusión entre lo interno y externo. Ejemplo: “Un pez dorado, un tipo tan transparente que pueden verse los vasos sanguíneos”.

Imaginería Intrauterina (Kintr): El contenido y la estética e la imagen conlleva a una serie de fantasías internas acerca de la experiencia temprana de la envoltura interna. Ejemplo: “Un lugar hermoso donde puede estar, es un lugar misterioso, tranquilo, pacífico. El mismo lugar, lleno de agua, pero si estuviera a su alrededor”.