

01968

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

“La relación con la figura femenina en una intervención grupal
breve con adolescentes embarazadas”

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
PRESENTA
Lic. María Esther Trejo Oviedo

DIRECTOR DEL REPORTE:
JURADO DEL EXAMEN:

Dra. M^a. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Dra. Bertha Blum Grynberg
Mtra. M^a. Fayne Esquivel Ancona
Mtra. M^a. Cristina Heredia Ancona
Mtra. M^a Susana Eguia Malo
Dra. Luisa Rossi Hernández
Mtra. Rosa del Carmen Flores Macias



MÉXICO, DF., 2004.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGADECIMIENTOS.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por su apertura al ser espacios que me permitieron el crecimiento como profesionalista y persona.

A la División de Posgrado al crear oportunidades y nuevas opciones de preparación y profesionalización como lo es la especialidad en Psicoterapia Infantil.

Al Instituto Nacional de Perinatología por abrir sus puertas, permitir y confiar en el trabajo y propuestas realizadas. Dentro del Instituto, especialmente al Mtro. Edgar Díaz Franco, que nos incluyó y guió en el trabajo del Programa de Embarazo Adolescente; gracias Edgar por tu escucha, propuesta, preguntas, apertura y amistad; ahora sé que ser terapeuta no sólo incluye la teoría, también encierra el ser.

A las adolescentes embarazadas que me dejaron acompañarlas durante este momento de su vida; sin ustedes éste trabajo ni siquiera hubiera sido pensado.

A la Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo por su apoyo, confianza, palabras y creer en mi trabajo.

Al jurado de mi examen: Dra. Bertha Blum Grynberg, Mtra. Ma. Fayne Esquivel Ancona, Mtra. Ma. Cristina Heredia Ancona, Mtra., Susana Eguia Malo, Dra. Luisa Rossi Hernández y Mtra. Rosa del Carmen Flores Macías, gracias por su apoyo no sólo en éste trabajo, sino a lo largo de mi preparación: ustedes han sido maestros de vida.

La realización de este trabajo fue posible gracias al apoyo del proyecto IN-300002 "Factores de riesgo en problemas emocionales y diseño de estrategias e intervención en adolescentes".

DEDICATORIAS.

A mis padres que creen en mí y en lo que puedo construir, gracias por mostrarme que la vida se compone de momentos en los que hay que luchar, decidir y disfrutar. Gracias por acompañarme, por dejarme crecer y apoyarme en éste sueño, que aceptaron y que como siempre alentaron: los amo y los llevo dentro de mí.

A mis hermanos: Neto y Ale que han sido cómplices y compañeros de vida, gracias por mostrarme otras formas de hacer y pensar, en las que lo importante es el amor entre nosotros.

A mi familia: mis tíos y primos que cerca o lejos me muestran que la diversidad, el cariño y lazos son para siempre y se puede confiar en ellos. Especialmente a mi tío Vic, Viri y mi abue Angel, gracias porque me han enseñado que la vida debe disfrutarse, vivirse y para ello es inevitable tomar riesgos, los amo para siempre.

A mis amigas: Liz, Denise y Carmen, por acompañarme en todo momento, por compartir conmigo ésta experiencia de crecer, no sólo en lo profesional, también como ser. Gracias por sus abrazos, palabras y silencios: no saben cuan valiosos son.

A Cynthia y Miriam gracias por estar conmigo siempre, por su amistad-hermandad en la que sé puedo confiar y descansar.

A ti Ale, gracias por "estar", por apoyarme, alentarme, sonreírme y amarme: cada día es mejor si estoy contigo. Gracias por creer en "eso" que hemos construido, por los sueños y la vida.

Gracias a todos por su amor, los adoro.

ÍNDICE.

Página

Resumen

Introducción	3
I. Panorama Internacional de Embarazo Adolescente	6
II. Panorama Nacional de Embarazo Adolescente	15
III. Marco teórico	33
A. Embarazo	33
B. Vínculo	40
C. Identidad	51
IV. Justificación	63
V. Objetivo	64
VI. Escenario	66
VII. Participantes	66
VIII. Instrumento	67
IX. Procedimiento	68
X. La experiencia: Sesiones del grupo psicoterapéutico de adolescentes embarazadas	72
XI. Resultados	138
XII. Discusión y Conclusiones	155

Referencias Bibliográficas

“LA RELACIÓN CON LA FIGURA FEMENINA EN UNA INTERVENCIÓN GRUPAL BREVE CON ADOLESCENTES EMBARAZADAS”

“Lo reflexivo no es más que la explicación de una cosa que irreflexivamente ya estaba dada” (Pichon-Riviére, 1985).

RESUMEN

El presente trabajo sostiene el propósito de analizar la relevancia y características del vínculo que establecen las adolescentes embarazadas con la figura femenina a fin de identificar oportunamente la propuesta de relación que las chicas establecen con otros (terapeutas, padres, hij@s, familiares, pares, etc.); ello con la finalidad de dirigir la intervención psicoterapéutica grupal a favor de las adolescentes embarazadas y potencializar los efectos del tratamiento de los problemas emocionales, lo cual incidirá en su identidad como mujeres y madres.

Se trabajó con una población obstétrica del Instituto Nacional de Perinatología, alcanzando un total de 22 participantes entre los 14 y 17 años que cursaban por el segundo y tercer trimestre de gestación.

El estudio de las sesiones se practicó a través del análisis de contenido con base en categorías creadas en torno a la teoría del vínculo (Pichón-Riviére, 1989); ello a partir de la transcripción de 12 sesiones en las que se participó como psicoterapeuta; eligiendo dos sesiones representantes de cada etapa del proceso psicoterapéutico (fase inicial, intermedia y final).

Entre las deducciones centrales se halló que la relación de control y depresiva es característica de la relación con la figura femenina, mientras que la negación de la relación concierne al vínculo con las figuras masculinas (padre, pareja). Encontrando un aumento en el tipo de relación normal y un decremento en el resto de las categorías al dirigir las intervenciones sobre la desenvolvura de la paciente en el grupo y su historia.

INTRODUCCIÓN.

La población de nuestro país se encuentra constituida en su mayor parte por niños y adolescentes entre los 0 y 20 años, imponiendo la necesidad de contar con programas prioritarios en nuestro sistema de salud para esta población. No obstante, el proyecto existente únicamente reconoce aspectos físicos y biológicos, dejando en un apartado los aspectos y cuidados relacionados a la salud mental; pese a ello, se considera primordial retomar este último aspecto, pues siguiendo al Dr. Velasco *“la salud mental individual supone la capacidad para relacionarse armoniosamente con los demás, para poder vivir en sociedad, organizarse, crear y producir”* (1976).

Actualmente en México, son diversas las alternativas psicoterapéuticas aplicables a los trastornos emocionales de niños y adolescentes, técnicas administradas tanto por personal de salud mental institucional público y privado. Por ejemplo, psicoterapias psicoanalíticamente orientadas, terapias de apoyo, breves, centrada en el paciente, familiar, filial, de grupo, medioambientales, enfocadas a síntomas específicos, enfoques psicoeducacionales, etc.

Es aquí, donde se inserta el Programa de Maestría en Psicología Profesional con residencia en Psicoterapia Infantil ofrecido por la Facultad de Psicología de la UNAM. Este programa pretende formar profesionales aptos para trabajar en equipos interdisciplinarios, que diagnostiquen problemas emocionales y que sean capaces de tratarlos psicoterapéuticamente.

Los objetivos primordiales de esta residencia abarcan la formación de psicoterapeutas en el campo de la Psicoterapia infantil, con habilidades en:

- ◇ Manejo de técnicas de evaluación para el diagnóstico de los principales trastornos de la infancia,

- ◇ aptitud en el tratamiento psicoterapéutico,
- ◇ e identificación de factores de riesgo para la elaboración de programas de prevención primaria a través del diseño y elaboración de proyectos de investigación.

Todo ello, con una actitud ética y de competencia profesional necesarias en el ámbito.

De esta suerte, nos incorporamos al Instituto Nacional de Perinatología (INPer) ya que, el programa de maestría y residencia, con la finalidad de cubrir los objetivos propuestos posee dos grandes bases: la enseñanza teórica y la práctica supervisada; parte vital del programa que se comete en contacto directo con la población y sus necesidades.

A partir de la observación, participación, registro y análisis que se realizó del trabajo en el <<Programa de Embarazo Adolescente>> del INPer, específicamente de las sesiones del grupo psicoterapéutico, así como de los resultados obtenidos en la elaboración del instrumento psicológico "Percepción de la Experiencia Familiar y de Pareja en el Embarazo Adolescente" (presentado en el XI Congreso Mexicano de Psicología); se propone el análisis de contenido de las sesiones a partir de la teoría del vínculo. Con ello se proyecta lograr una comprensión del estilo de liga afectiva que plantean las pacientes y que esto redunde en la asistencia que reciben, ya que parte de los criterios institucionales dictan que las jóvenes sólo pueden recibir asistencia psicológica durante la gestación, al ser dadas de alta del grupo al momento del parto, alcanzando en su mayoría un máximo de cuatro consultas.

Así, este trabajo se respalda en la teoría del vínculo al percibir que las jóvenes embarazadas presentan dificultades para estar con otros, incluidos sus hij@s por nacer; igualmente para aceptar insertarse en el grupo psicoterapéutico y participar activamente en él, comportándose renuentes y desconfiadas en un inicio. Exigiendo que el terapeuta se piense implicad@, al ser un agente que promueve movimientos; mismos que l@ alcanzan e incluyen.

En este punto, encontramos el vínculo en la interacción, conformando el lugar donde se reproduce afuera algo de adentro. Por tanto, el grupo psicoterapéutico puede actuar operando como disparador de grupos internos; ya que todo encuentro es un reencuentro con objetos anteriores que recubren la realidad externa (Bleichmar y Schenquerman, 1982). Toda la historia de cualquier sujeto se desarrolla a través de redes identificatorias plasmadas en relaciones, y el prototipo de este patrón es el vínculo que el niño ha experimentado con sus figuras parentales; emergiendo con fuerza durante el embarazo, sobre todo la identificación con las figuras femeninas significativas, a quienes la joven regresará para poder asumirse como mujer y madre.

Bleichmar y Schenquerman (1982) aseveran que el vínculo es la estructura de interacción en espiral, donde a cada vuelta hay una retroalimentación del Yo y un esclarecimiento del mundo, sucediendo que cuando este movimiento se estanca por miedo, se paraliza la comunicación y el aprendizaje, obstaculizando la adaptación activa a la realidad.

Así, esta propuesta apunta a la construcción de la salud mental donde, como ya se mencionó, resulta capital "la capacidad para relacionarse con los demás"; pues se espera que a partir del trabajo sobre el tipo de relación expuesto por la joven, ésta sea capaz de permitirse el acompañamiento y separación de los otros y disfrutar del mismo.

I. PANORAMA INTERNACIONAL EMBARAZO ADOLESCENTE.

La adolescencia es como un "segundo nacimiento"; por tanto se nace en dos ocasiones: la primera para la vida y la segunda para la sexualidad (Rosseau, en Kaplan, 1996).

El término "adolescencia" es relativamente moderno y nos remite a *doler*, etimológicamente del latín <<adolescentes>> que significa "hombre joven" y de "adoleceré" (crecer o desarrollarse hacia la madurez).

Cuevas (en Estrada-Inda y Salinas, 1991) define adolescencia como "una etapa del proceso de desarrollo normal del ser humano, que corresponde cronológicamente a la segunda década de la vida y en la que se distinguen dos clases de fenómenos que la caracterizan: los biológicos y los psicosociales... la adolescencia es una fase del desarrollo en la que coinciden fenómenos biológicos y psicológicos orientados a la obtención de la identidad definitiva en las áreas psicológica, sexual, social y cultural del individuo".

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los adolescentes son todos aquellos que se encuentran entre los 10 y 19 años de edad (Villa, 2002).

A lo largo de la historia del Estado moderno, las políticas públicas mundiales han dejado de lado la atención de este sector de la población. En el ámbito mundial, los adolescentes representan la cuarta parte de la población; es decir, alrededor de 1 700 millones de personas (Villa, 2002).



El 75% de los adolescentes pertenece a las zonas más pobres del planeta, sobretodo por la falta de educación y recursos para una adecuada planificación familiar y la mala distribución de los bienes y servicios. Venturosamente, durante los últimos años, los gobiernos están empezando a darse cuenta de cuan vulnerable son los jóvenes, de ahí la importancia de la pronta atención a ellos, pues muchos encaran enormes riesgos relacionados con la sexualidad, tales como las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA, los embarazos no planeados ni deseados y las complicaciones del embarazo y parto.

El embarazo adolescente es un fenómeno que ocurre en todo el mundo, conformándose como una preocupación de las naciones, ya que se ha observado que la actividad sexual entre los adolescentes es una característica del último siglo, siendo el resultado de tendencias a largo plazo, donde confluyen fuerzas económicas y sociales. Anualmente un 10% de los partos a nivel mundial son de madres adolescentes (Bruyn, 2001) y en América Latina el promedio de nacimientos de madres adolescentes es de 76 de cada mil, pero hay países como Guatemala y Honduras que presentan alrededor de 120 nacimientos (Villa, 2002).

Al respecto, Luker (1996) reporta datos de una encuesta realizada por la Organización de Naciones Unidas, en el año de 1984, acerca de la conducta sexual y reproductiva de los adolescentes, se concluyó que la proporción de adolescentes que ha tenido relaciones sexuales antes de los diecinueve años de edad, ha incrementado constantemente a lo largo de los años, incluyéndose aquellos países conservadores como el Japón pese a los fuertes controles internalizados. Así, al haber un aumento en la actividad sexual de las adolescentes, también crece el número de nacimientos fuera del matrimonio. Hijos que no son bien recibidos al momento del alumbramiento, pues más de ocho de cada diez adolescentes que dijeron deseaban a su bebé, también afirmaron que se habían embarazado antes de lo planeado.

En los estados Unidos de Norteamérica en el año de 1992 cerca de 350 mil mujeres tuvieron su primer hijo en la adolescencia. Luker (1996) ha notado que para las adolescentes pobres tiene sentido procrear a temprana edad, ya que los partos de éstas requieren menor tratamiento que en mujeres mayores, debiendo aclararse que la maternidad temprana no empobrece a las madres jóvenes, más bien la pobreza es factor para que las mujeres tengan hijos a temprana edad. Además una joven logra mayor atención de su familia, en especial de su madre, que una mujer añosa. Este mismo autor considera que un hijo para una adolescente es una especie de "billete de lotería" (p. 239), ya que conlleva el sueño de algo mejor: para algunas chicas conduce al matrimonio o a una relación estable, a otras las motiva a avanzar en beneficio de su hijo y en otros casos aumenta la autoestima de la mujer, pues la impulsa a hacer algo positivo, productivo y responsable socialmente.

Parte de los estudios realizados en el ámbito mundial sobre el embarazo adolescente intentan abordar algunas características compartidas entre estas jóvenes. De esta forma, se encontró el apunlado por Delligatti, Akin-Little y Little en el 2003 quienes manifiestan que adolescentes con desorden conductual tienen pobres resultados al verse tempranamente involucradas en: muertes violentas, arrestos, uso y dependencia de sustancias, desorden de personalidad antisocial, fallas al terminar la preparatoria,

embarazo, promiscuidad sexual y contracción de enfermedades sexualmente transmitidas. El desorden conductual ha sido encontrado como el segundo más común en chicas adolescentes. En este mismo sentido, Bryan y Stanlings (2002) notaron que aquellas adolescentes con una historia de conductas "externalizadas" incluyendo el abuso de sustancias y desórdenes conductuales, presentan mayor tendencia a unirse a un alto número de parejas sexuales y utilizar menos el preservativo, colocándolas en alto riesgo para contraer enfermedades sexuales y embarazos no planeados.

Meschke y cols. en el 2002, revelan como conducta de riesgo para el embarazo no planeado en los adolescentes norteamericanos -población en la que existen 9 embarazos más de adolescentes americanas que de sus símiles europeas - la práctica de sexo sin protección y el contagio de enfermedades sexualmente transmitidas.

Como parte de las características de las jóvenes embarazadas, también se localizó el estudio sustentado por Crosby, Wingood, DiClemente y Rose en Georgia durante el 2002, en el que se exploró la asociación entre medidas "relacionadas a la familia" (percepción del apoyo familiar, comunicación madre-hija), la historia de enfermedades transmitidas sexualmente y el uso de barreras de cuidado de enfermedades de transmisión sexual en 170 adolescentes afroamericanas (14 a 20 años) atendidas en una clínica de cuidado prenatal. La evidencia refleja que familias con bajo apoyo familiar y una comunicación madre-hija esporádica se encuentran significativamente correlacionadas con al menos una enfermedad de transmisión sexual. Por otra parte, se halló que la comunicación madre-hija actúa como factor de prevención del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en un modelo multivariado. Los resultados también exteriorizan que pocas adolescentes perciben acceso o financiamiento para su atención en el sistema de salud para el tratamiento de enfermedades sexualmente transmitidas.

La depresión y el episodio disfórico mixto presentan una alta prevalencia durante el periodo de gesta, alcanzando al 63% de mujeres embarazadas (Viguera y cols 2000). En el 2001 Szigethy y Ruiz describen el caso de una chica embarazada 15 años de edad

con una historia de tempranos abandonos múltiples, desarrollando un desorden depresivo al reunirse factores inherentes a la adolescencia y al embarazo. Esta joven fue tratada con una combinación de psicofármacos y psicoterapia, conjunción que demostró ser la más eficaz al tratar los síntomas depresivos durante este periodo.

Así, observamos que el panorama internacional muestra que el embarazo adolescente es producto de la confluencia de factores, tanto económicos como sociales, razón por la que se han implementado, sobre todo en los países industrializados, programas y medidas para su atención y prevención.

A nivel preventivo se ubicó el <<Programa de Prevención de Embarazo Adolescente>> realizado por Monahan (2001), con 797 jóvenes durante 18 horas -salón; la intervención contaba con tres conductas blanco: actitudes, conductas durante la cita y conocimiento. Los resultados sugieren que en general, las intervenciones en grupo ayudan a que los jóvenes muestren más actitudes positivas asociadas a la sexualidad.

De esta suerte, encontramos que en los Estados Unidos de Norteamérica e Inglaterra, se tienen programas que han intentado abordar a aquellas chicas que ya deben hacerse cargo de un hijo o se encuentran en el periodo gestacional.

Coggins (2003), realizó un estudio preliminar para explorar la relación entre la violencia doméstica, la coerción sexual y el embarazo, estas adolescentes fueron incluidas en terapia grupal donde el foco del tratamiento estaba constituido por la experiencia de las mujeres en anticoncepción, sexualidad, embarazo y violencia doméstica. Las respuestas a los cuestionarios empleados sugieren que muchas de las jóvenes sienten que no pueden enfrentar a sus abusadores. Por otra parte, el análisis de la transcripción de las sesiones reveló temas recurrentes de dificultades para aceptar el embarazo y la violencia, poca habilidad para acceder a control de natalidad, así como negación y olvido.

Riggs (2001), condujo un estudio en el que participaron padres y madres en el primer trimestre de gestación. Estos sujetos dieron respuesta a tres inventarios: "Adult Attachment Interview" (1984), "The center for Epidemiological Studies Depression Scale" (Radloff, 1977) y "The Mental Health Survey". Los resultados mostraron que aquellos padres con un apego seguro, reportaron una historia satisfactoria de tratamiento psicoterapéutico, en contraste con aquellos que presentan un apego inseguro, quienes reportaron mayor insatisfacción con algún tratamiento, notando poca eficacia en la búsqueda de psicoterapia. Asimismo se encontró correlación entre la presencia de apego inseguro y síntomas como: ideación suicida, abuso de sustancias, niveles de depresión elevados y separación o divorcio de los padres.

Por otra parte, Philliber y cols, el año pasado llevaron a cabo un estudio longitudinal en Nuevo México con la finalidad de evaluar los servicios otorgados a madres adolescentes en el periodo comprendido entre 1997 y el 2000. Los datos abarcan a 3194 jóvenes, reportando sus características, los servicios recibidos y los resultados que se obtuvieron. Los datos demuestran éxito al haber impulsado a los adolescentes a obtener un empleo; asimismo, el cuidado y el tiempo transcurrido entre el primer y segundo embarazo se pospuso.

En Mozambique, Chapman (2003) condujo un estudio etnográfico con 83 mujeres con la finalidad de analizar el bajo nivel de uso que éstas realizan de servicios prenatales. Este estudio encontró que las creencias sobre el embarazo y las prácticas prenatales reflejan que las actitudes de las mujeres acerca de la reproducción se encuentran bajo condiciones de vulnerabilidad a múltiples niveles. Las mujeres reportaron una alta morbilidad materna y pérdida del producto, así como presión para cuidar a los niños a lo largo de sus años reproductivos. La vulnerabilidad reproductiva es intensificada por la pobreza, al tratarse de campesinas que constantemente se encuentran preñadas. Este ambiente de inseguridad económica se agrava por las condiciones de vida de hacinamiento. Al término, se concluyó que las mujeres perciben que tanto ellas como

sus bebés fallecidos pueden ser el blanco de brujería o la envidia de sus vecinos, resultando en la pérdida natal.

Como parte de los tratamientos otorgados en otros países, encontramos el efectuado por Miller en el 2003 (USA), quien escribe un capítulo en el libro *titulado "Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy"*, donde muestra el efecto de transformación del poder espiritual y maternidad en un grupo de 7 adolescentes embarazadas (14 a 18 años) con depresión (acorde al DSM-IV). Las chicas acudieron por sí mismas al grupo de "Psicoterapia Interpersonal" del cual se les dijo era un tratamiento para aminorar los síntomas depresivos y permitir la transición a la maternidad. En el trabajo, dos líneas principales surgieron: las jóvenes embarazadas no tienen un apoyo familiar inmediato, quedado fuera de sus casas y la forma en que las adolescentes han suplido funciones maternas, sucediendo que a través de su propia infancia han sido cuidadoras primarias de sus pares y soporte de sus madres.

En esta misma línea, Harris y Franklin (2003) evaluaron el efecto de una intervención grupal realizada a nivel escolar, sustentada en el modelo cognitivo-conductual. Las autoras utilizaron un diseño pretest-postest y 30 días de seguimiento. En el estudio participaron 85 adolescentes México-Americanas, entre los 17 y 19 años de edad, que fueron aleatoriamente asignadas al grupo control y de tratamiento. La evaluación se realizó a través del "*Social problem-solving inventory-revised*" en su forma corta y la escala titulada "*Adolescent coping orientation for problem experiences*". Al término del tratamiento, aquellas jóvenes que pertenecían al grupo experimental, obtuvieron mejores puntuaciones estadísticamente significativas, en todas las escalas aplicadas, observándose que aquellas chicas que ya tenían un hijo y asistieron al tratamiento, se vieron orientadas a graduarse de la preparatoria. A este respecto, Kalil en el 2002, elaboró un estudio longitudinal para investigar de qué forma la percepción del ambiente psicológico escolar actuaba como predictor de cambio en las expectativas educativas de 81 madres adolescentes (14-18 años). La conclusión indica que aquellas jóvenes que interactuaron con algún maestro que las trataba como menos inteligentes de lo que

eran y que desistieron a inscribirse en ciertas clases debido a su "status" de madres, presentaron un descenso en sus expectativas educacionales a través del tiempo.

Parte de las intervenciones ofrecidas a adolescentes, se planean cuando éstas ya deben enfrentar la responsabilidad de ser madres. En este rubro, Stevens-Simon, Nelligan y Kelly (2003) implementaron un programa con la finalidad de prevenir el abuso y negligencia a los menores, esto a través de visitas domiciliarias donde se brinda una "orientación comprensiva" a las madres adolescentes. Las autoras contaron con una muestra de 171 participantes, entre los 13 y 19 años. La muestra fue asignada de manera aleatoria para recibir el curso en casa. Los mayores descuidos en el cuidado primario ofrecido por las madres adolescentes fueron clasificados jerárquicamente en abuso, negligencia y abandono. Los resultados exhiben que la efectividad de la orientación, estaba relacionada con el apoyo que las jóvenes recibían de sus familias y del padre de sus bebés ($p < 0.0001$).

Stirtzinger y cols. en el 2002 efectuaron un estudio, con la finalidad de describir el curso del ejercicio de la maternidad de madres adolescentes. Participando 20 adolescentes, entre los 14 y 20 años de edad, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck; estas jóvenes fueron aleatoriamente asignadas a un grupo control y otro experimental. Este estudio enuncia que la intervención realizada en grupo alcanzó una disminución significativa de los sentimientos de control y atribución que son derivados del abuso y una disciplina coercitiva, al mismo tiempo que se redujo el índice de depresión lo cual no cambió en el grupo control. Entre los elementos que fueron hallados como efectivos en el éxito de este programa se encuentra el uso de un modelo incluyente-interactivo que apoye el desarrollo de la reflexión de las adolescentes acerca de la crianza que ellas proveerán y la crianza que han recibido.

Durante el año 2002, Celaya refleja que en los Estados Unidos, medio millón de jóvenes con frecuencia recibe cuidado externo al hogar a causa de negligencia o abuso (Yancey, 1998) y que aproximadamente el 40% de la población con un cuidado "adoptivo" es

adolescente (Mallon, (1998). Las madres adolescentes con un cuidado adoptivo se encuentran en alto riesgo de embarazo, ya que se trata de adolescentes de subculturas y creencias similares, que difícilmente escapan del sistema. Como alternativa de prevención, esta autora utilizó la terapia filial con un pequeño grupo, otorgando instrucciones didácticas a los padres, observando videograbaciones y el role -playing. De acuerdo con Celaya (2002) la estrategia terapéutica mayormente utilizada es el entrenamiento a padres con el fin de convertirlos en agentes terapéuticos en la vida de sus hijos, enseñando a los responsables a conducir sesiones de recreación que fueron modeladas después de la terapia de juego; razón por la que el foco de este modelo se basa en la relación padre-hijo.

De esta suerte, podemos deducir que el embarazo adolescente es un fenómeno que debido al temprano inicio de la sexualidad en los jóvenes va en aumento a nivel mundial, pese a los constantes programas de prevención. Habiéndose hallado algunas características comunes que confluyen, como lo es: la depresión, una historia previa de abandonos, violencia y un apego inseguro; asimismo se observa dificultad para acceder a algún método de control prenatal, rechazo de la escuela hacia la joven y dificultad para aceptar el embarazo. En conjunto, esto derivará en un precario cuidado del bebé por nacer, así como en la salud y bienestar de la joven.

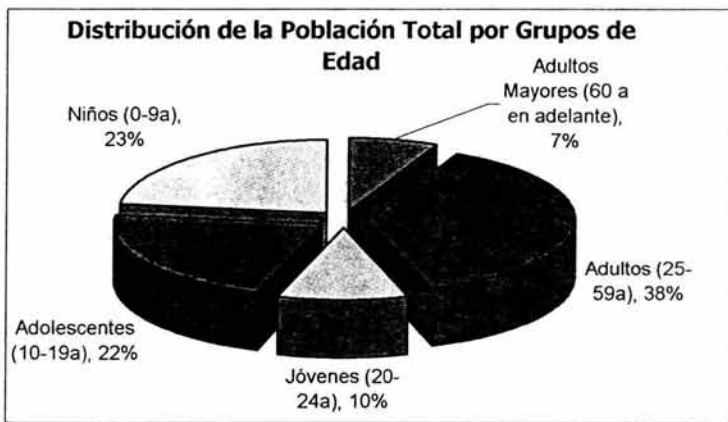
En consecuencia, las tasas de embarazo y maternidad entre las adolescentes son un problema serio; la sociedad debería preocuparse no por alguna "epidemia de embarazo adolescente", sino por las vidas desalentadas, vacías y de pocas expectativas que evidencia la maternidad temprana, requiriéndose de un cambio, para brindar oportunidades más alentadoras a las adolescentes y sus hijos.

II. PANORAMA NACIONAL EMBARAZO ADOLESCENTE.

Durante el periodo de la adolescencia, la joven debe buscar su desarrollo individual hacia una vida productiva, sin embargo, en nuestra sociedad actual, son muchos los retos y obstáculos que se deben encarar; y si bien la población adolescente presenta trastornos como el consumo de drogas y alcohol, depresión y acciones violentas, De la Fuente (1997) ha identificado dificultades propias de esta etapa, entre ellas:

- ❖ La ideación e intentos suicidas.
- ❖ El embarazo adolescente.
- ❖ Conductas antisociales.

En México viven 20.7 millones de adolescentes y 9 millones de jóvenes, población que se dispone como a continuación se muestra:



Fuente: INEGI XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

En México, como en otros países, los problemas mentales en la infancia y adolescencia

se vinculan de manera importante con problemas genéticos y sociales. De igual manera, se encuentra la situación de desventaja de los grupos vulnerables que carecen de información suficiente y oportuna para prevenir y atender adecuadamente al menor afectado por una enfermedad mental, además de que en nuestra cultura, como en muchas otras, se percibe a la enfermedad mental como un estigma. Encima, los adolescentes de nuestro país presentan una situación de salud bastante compleja, pues sólo el 36.9% de los jóvenes son derechohabientes de algún sistema de salud en México.

Dado que la adolescencia y la juventud son etapas en las cuales se dan complejos cambios biológicos, sociales y cognitivos. Durante este periodo de la vida se necesitan diversas herramientas para afrontar las dificultades que pudieran representar riesgos para la salud y la vida.

El Consejo Nacional de Población ha definido a la población adolescente y joven como un grupo prioritario de atención y ha realizado algunos esfuerzos, tanto en la preparación de material educativo, como en la sensibilización de la población a través de mensajes en los medios de comunicación. Con todo, el periódico "Reforma" (03 Marzo 2004) reporta investigaciones del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM, que indican que al año nacen 575 mil niños de madres adolescentes de entre los 11 y 19 años de edad.

Parte de los trabajos encaminados a la prevención del embarazo adolescente han sido encabezados por el Grupo de Información en Reproducción Elegida AC (GIRE) e Ipas AC, que son corporaciones no gubernamentales que pretenden mejorar la vida de la mujer mediante un enfoque en la salud reproductiva en México. Siendo el principal interés generar, difundir y sistematizar información relativa a los derechos sexuales y reproductivos de las personas; concentrándose en la evitación del aborto en condiciones de riesgo, mejorar el tratamiento de las complicaciones y reducir las consecuencias.

Por otro lado, el Dr. Stern (1999) profesor-investigador del Centro de Estudios Sociológicos del Colegio de México, coordina el proyecto de sexualidad y embarazo en adolescentes y jóvenes del programa "Salud reproductiva y Sociedad"; que incorpora investigadores de otras disciplinas como la antropología, sociología, psicología interpretativa y de otras especialidades como los estudios de la mujer, la sexualidad y salud reproductiva; al sentir la necesidad de acudir a otras aproximaciones.

Este programa concibe el embarazo adolescente a partir de la sociedad y familia de que proviene la joven, determinada por un contexto de desigualdad de oportunidades que, independientemente del embarazo están asociadas a pobreza. Dicha desigualdad actúa sobre sus vidas incluso antes de su nacimiento, y a lo largo de su infancia y evidentemente, permea el ámbito de su salud reproductiva y su bienestar social en la vida adulta.

El estudio que el Dr. Stern (1999) y su grupo proponen de las jóvenes preñadas, pretende tomar en cuenta el tiempo y espacio, al considerar el contexto histórico y sociodemográfico, considerando dentro de éste el cambio cultural y social, la desigualdad social, el papel de los organismos e instituciones nacionales y extranjeras y la transición demográfica; igualmente proyecta incluir a los varones, las creencias, los mitos, las representaciones sobre la sexualidad, la reproducción y desigualdad en la relación de género. Es decir, interpreta el embarazo en las adolescentes como un fenómeno social y cultural, "pleno de símbolos y significados en torno a la sexualidad, la maternidad, la identidad de género, las relaciones sociales, las redes apoyo, etc." (p. 13).

De este enfoque resalta la noción social que inviste la concepción adolescente, es decir, que se construye a partir de la intersubjetividad; interesándose por la construcción e interpretación que los individuos desarrollan del fenómeno, y que finalmente determina su acción. Por ende, este grupo trabaja en políticas y programas orientados a que la población tenga condiciones para posponer la paternidad y maternidad y, por otra parte,

a que l@s adolescentes -unidos y no unidos- tengan acceso creciente a información sobre métodos para prevenir embarazos no previstos.

El Sector Salud, particularmente el Instituto Mexicano del Seguro Social, desde el punto de vista médico, y el Sistema Nacional de Integración Familiar (DIF), desde un punto de vista social, han implementado algunos programas de atención a la población adolescente, en especial a aquella población que acude, ya sea para atención prenatal o por problemas relacionados con el embarazo y parto, o por problemas familiares.

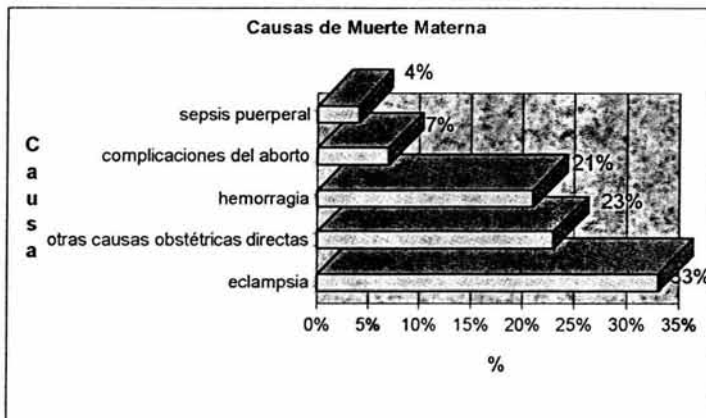
El Sistema Nacional de Salud tiene entre sus objetivos proporcionar servicios de salud a la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios primarios y los factores que los condicionan y provoquen daño a la salud. Nuestro sistema de salud vigente contempla dentro de sus programas prioritarios los siguientes rubros:

- (a) salud reproductiva,
- (b) atención a la salud del niño,
- (c) atención a la salud del adulto y del anciano,
- (d) enfermedades transmitidas por vectores,
- (e) zoonosis,
- (f) microbacteriosis,
- (g) cólera,
- (h) urgencias epidemiológicas y desastres,
- (i) VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y
- (j) adicciones.

Nuestro interés – para fines de este documento y de la Residencia en Psicoterapia Infantil- se centra en los dos primeros puntos. Donde a nivel nacional se ha observado el predominio de las enfermedades no transmisibles y las lesiones que sigue aumentando e imponiendo presiones crecientes sobre los servicios de salud. Las

infecciones comunes, los problemas relacionados con la reproducción y los padecimientos asociados a la desnutrición, por su parte, aunque van disminuyendo de manera consistente, aún están presentes entre la población de menores recursos.

A este cuadro se suman las muertes maternas; que el Secretario de Salud reportó se han reducido a 6.2 por 10,000 niños nacidos vivos en el año 2002; esta cifra abarca 11.6% de adolescentes que fallecen durante el embarazo, parto y puerperio. Las muertes maternas en nuestro país se deben a las mismas causas que afectan a los países de menor desarrollo, como son:



Como parte de las acciones emprendidas, el doctor Frenk Mora reveló que para abordar el reto de equidad del Programa Nacional de Salud 2001-2006, se pusieron en operación programas innovadores como: "Arranque Parejo en la Vida", que ha permitido abatir la mortalidad materna y neonatal, al atender el embarazo, parto y puerperio, así como la salud de menores de dos años. En México se proporcionan gratuitamente medicamentos antirretrovirales a toda mujer embarazada que vive con VIH/SIDA. Permitiendo una disminución del 71% en la transmisión perinatal de VIH durante el 2002.

Asimismo, se creó el Programa de "Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas", que cubre a poco más de medio millón de niñ@s, mujeres embarazadas o en estado de

lactancia, que junto al Proyecto de "Mujer y Salud" dan seguimiento a la atención de mujeres víctimas de violencia.

Para poder cubrir y alcanzar un mayor número de población, el Consejo Nacional de Población (CONAPO) calcula que el número de nacimientos en nuestro país se mantenga estable, reduciéndose paulatinamente con el paso de los años. En estas tasas, se advierte que en nuestro país el porcentaje de embarazos adolescentes oscila entre el 12.6% y el 14.6%, de los nacimientos esperados.

Nacimientos por Grupos de Edad de la Madre, 2000-2005						
República Mexicana						
Edad	2000	2001	2002	2003	2004	2005
15-19	315869	300083	285491	271894	259257	247668
20-24	620992	601372	583589	567478	552730	538941
25-29	581716	574409	567157	560234	553971	548394
30-34	374294	374371	374976	375992	377381	379066
35-39	176489	177497	178763	180241	181841	183569
40-44	48860	49609	50338	51063	51801	52584
45-49	7712	7899	8108	8332	8564	8796
Total	2125932	2085240	2048422	2015234	1985545	1959018

Fuente: Proyecciones de Población 2000-2050, CONAPO. Nacimientos estimados.

Entre los trabajos y proyectos encaminados a la atención de las adolescentes embarazadas, la Secretaría de Educación Pública se encuentra impulsando el programa denominado <<Becas para Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas>> (<http://www.sep.gob.mx>; 2004-Julio-15). Este programa tiene el fin de incrementar los índices de acceso, permanencia y eficiencia terminal entre las adolescentes que cursan la educación básica, a partir del ciclo escolar 2004-2005, en las 32 entidades del país.

El Subsecretario de Planeación y Coordinación: José María Fraustro Siller dio a conocer a las legisladoras integrantes de la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados, que las becas consisten en una cantidad de seis mil 500 pesos anuales, divididos en 10 mensualidades, con el fin de que las jóvenes madres solventen su estadía en la escuela y concluyan su instrucción básica.

La SEP suscribirá convenios con los gobiernos estatales, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Sistema de Desarrollo Integral para la Familia y el Instituto Nacional de las Mujeres, entre otras instancias, para ofrecer a las becarias y a sus hijos una atención integral.

Parte de la atención integral, está depositada en instituciones denominadas de <<tercer nivel>>, de especialidades que representa una cobertura mínima con altos costos. En la actualidad, el país cuenta con 10 Institutos Nacionales de Salud Pública dedicados a las subsecuentes especialidades: Perinatología, Cancerología, Cardiología, Psiquiatría, Ciencias Médicas y Nutrición, Pediatría, Neurología y Neurocirugía, Enfermedades Respiratorias y Hospital Infantil de México.

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer), es un hospital de especialidad de tercer nivel, en el que, acorde a la Ley General de Salud, se brinda atención a la diada materno-infantil, siendo uno de los diez programas de prioridad de la Secretaría de Salud.

En nuestra entidad federativa (Distrito Federal) se calcula que los nacimientos de madres de acuerdo a su edad se distribuirán de la siguiente forma, desplazándose el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes de un 5 a un 36% con el paso de los años.

NACIMIENTOS POR GRUPOS DE EDAD DE LA MADRE, 2000-2005 (DF)

Edad	2000	2001	2002	2003	2004	2005
15-19	5359	5339	5224	5191	5137	5123
20-24	31174	30704	29928	29433	28908	28474
25-29	46896	46471	45752	44980	44116	43202
30-34	37451	37522	37724	37562	37310	36895
35-39	18109	18286	18542	18648	18716	18703
40-44	5152	5250	5362	5426	5481	5515
45-49	843	870	900	923	944	961
Total x año	144984	144447	143432	142163	140612	13887

Fuente: Proyecciones de Población 2000-2050, CONAPO Nacimientos estimados.

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer) fue creado el 8 de Diciembre de 1977, reconocido en el Diario Oficial de la Federación como un órgano descentralizado en el año de 1983. El antecedente más antiguo del Instituto se remonta al año de 1921, durante el periodo presidencial de Álvaro Obregón, cuando se edifica con carácter de beneficencia privada la maternidad "Casa del Periodista"; ocho años después, en Mayo de 1929, durante el ejercicio del Presidente Pascual Ortiz Rubio, cambia su línea de dependencia al Comité Nacional de Protección a la Infancia y posteriormente a la beneficencia pública. En 1937, el Presidente Lázaro Cárdenas establece la Secretaría de Asistencia Pública que absorbe todos los establecimientos con funciones en la materia.

Durante la gestión de Luis Echeverría Álvarez (1976), se expropia el predio ocupado por la hasta entonces conocida "Maternidad Isidro Espinoza de los Reyes", dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, para formar parte de la Institución Mexicana de la Asistencia a la Niñez (I.M.A.N). Al considerar que esta institución junto con el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia compartían objetivos y programas comunes, se fusionan por decreto presidencial en el año de 1977, creando el Sistema

Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) razón por la cual, el ya entonces Instituto Nacional de Perinatología, bajo la dirección del Dr. Eduardo Jurado García, pasa a formar parte de esa dependencia.

Al punto que, esta institución se especializa en la reproducción humana, mostrando interés en la mujer embarazada, su pareja e importantemente en su hij@. Es conveniente mencionar que el INPer se ocupa de embarazos de alto riesgo, mismos que se dividen en dos tipos de patologías que subyacen a las muertes maternas:

- i. Las complicaciones de enfermedades que la mujer padecía antes del embarazo, como diabetes, problemas cardiacos, cáncer, malaria, etc.
- ii. Los problemas que surgen directamente asociados con el embarazo, el parto o puerperio, siendo la más frecuente las toxemias.

La estrategia seguida para la atención de las pacientes incluye criterios selectivos para definir a la población usuaria del Instituto. El concepto de riesgo biológico, psicológico y económico-social fundamenta la norma para la cuidadosa selección, que se extiende a la mujer y su pareja, aún antes del embarazo y hasta el dimaterio con el propósito de eliminar o disminuir el daño, lesión o muerte como consecuencia del proceso reproductivo.

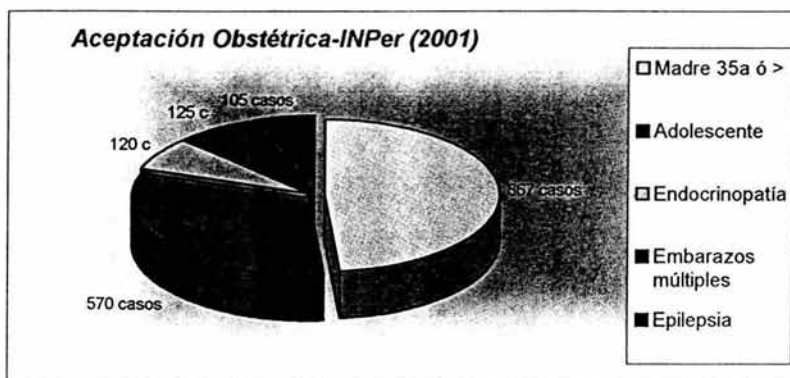
Es a partir de este procedimiento selectivo que se permite el uso racional de los servicios especializados y de apoyo con fines de diagnóstico, terapéuticos o preventivos.

Los requisitos generales para la admisión al Instituto son:

- No estar asegurada por alguna institución;
- presentar los documentos que le serán solicitados después de la valoración médica.

Como ya se pudo observar, la atención durante el embarazo es una intervención eficaz para promover la salud y evitar las complicaciones, sin embargo, en países como México la oportunidad de contar con atención perinatal no es igual para todas las mujeres, pues de acuerdo al reporte de la Organización Mundial de la Salud, medio millón de mujeres muere cada año durante el embarazo o parto. Las pacientes que acuden al INPer, en su mayoría son de escasos recursos económicos, por ello, son clasificadas por Trabajo Social para designar el monto a pagar por cada servicio de acuerdo a sus posibilidades.

El reporte de asistencia obstétrica (2001) muestra el total y causa de aceptación en el INPer; como se observa en el gráfico, la población adolescente alcanza el 31.89% del monto.



Más recientemente, como parte de una conferencia, el Dr. Ahued informó que del año de 1999 al 2003, el Instituto ha atendido un total de 2723 pacientes adolescentes. Notando que las jóvenes embarazadas acuden con mayor frecuencia a partir del segundo trimestre del embarazo, como a continuación se muestra:

Trimestre	%
I	12.2%
II	47.6%
III	40.2%

De igual forma, en el mismo evento se notificó que el número de consultas ginecológicas es mayor a cinco, alcanzando un porcentaje del 67.3%, demostrando una buena adherencia al tratamiento; ello repercute en que el 83.6% de las pacientes alcanza al menos la semana 37 de gestación.

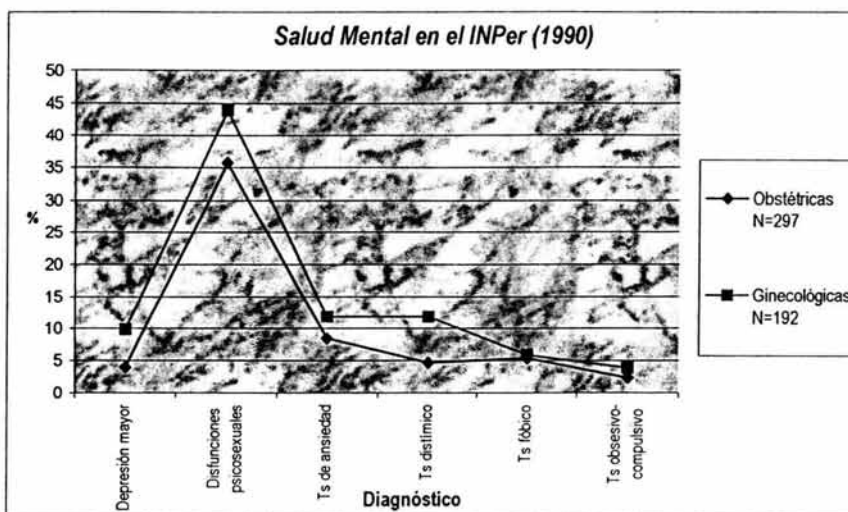
Actualmente, el Instituto Nacional de Perinatología es uno de los centros de investigación, docencia y asistencia en ginecología, obstetricia y neonatología más importantes del país. Dentro de su estructura cuenta con diversos servicios en los cuales se integran recursos humanos y tecnológicos de avanzada que permiten ofrecer la atención de más alta calidad en el diagnóstico y atención.

El INPer es una institución de tercer nivel que trabaja en un amplio contexto de forma conjunta con los servicios de: Ginecología, Genética, Infectología e Infectología perinatal, Pediatría, Cardiología pediátrica, Neurología perinatal, Neonatología, Medicina fetal, Psicología y Trabajo Social entre otros como Laboratoristas y Biólogos moleculares. El resultado es un equipo multidisciplinario que coloca al organismo en la vanguardia de la atención clínica.

Con todo, el fenómeno salud-enfermedad incluye más que sólo el aspecto biológico; estudios han demostrado que alrededor del 50% de las personas que padecen algún síntoma físico, no tienen una enfermedad identificable, sino que se sostienen por razones emocionales o personales (Jennings, 1986).

Congruentemente, para dar lugar a este grupo interdisciplinario, se debe dar cabida a otro saber de tipo no médico, que es donde se encuentra el campo del psicólogo, pese a que se trata de un hospital donde la prioridad se encuentra en el bienestar físico de las pacientes, la atención a la salud mental en hospitales de gineco-obstetricia resulta importante, laborándose en la consulta externa e interconsulta, donde se maneja un porcentaje elevado de personas con trastornos psicológicos. De la Fuerte (1997) reporta

los diagnósticos de trastornos en salud mental (acorde al DSM-III) más frecuentes en una muestra del INPer, obtenidos a partir de la cédula de entrevista diagnóstica (DIS).



De esta suerte, el psicólogo, visualiza la reproducción humana como un fenómeno que incorpora una gran variedad de emociones, al encontrarse arraigados tempranamente en la construcción psicológica del individuo, en especial en su identidad (Instituto Nacional de Perinatología, 2002).

Por ende, el departamento de Psicología del INPer tiene como objetivos:

- ✧ Promover y preservar la salud psicológica y el sano desarrollo de las pacientes gineco-obstétricas y de los neonatos e infantes, mediante técnicas psicoterapéuticas dirigidas al individuo, la pareja y la familia que favorezcan el equilibrio bio-psico-social.
- ✧ Impartir educación continua al personal que opera el programa de psicología de la Institución.
- ✧ Diseñar protocolos de investigación en materia de psicología en la salud reproductiva.

- ◇ Contribuir a la formación de recursos humanos especializados en psicología de la reproducción humana.
- ◇ Establecer lineamientos para el manejo y/o tratamiento psicológico de los pacientes del INPer.
- ◇ Fomentar el trabajo interdisciplinario en salud reproductiva, así como los convenios colaborativos tanto nacionales como internacionales.

Debido a que el periodo de la reproducción es un evento crítico y conducente a la maduración, permite observar no sólo la respuesta concreta ante esta circunstancia, sino que también ofrece una ventana para entender la forma en que probablemente se construyó la estructura psíquica y así inferir fallas en la misma en lo que respecta a la mujer y su pareja; mientras que en el producto se pueden practicar intervenciones de prevención que favorezcan el desarrollo normal de los infantes.

Pese a la trascendencia de este momento, el embarazo no ha sido motivo de amplios y diversos estudios. Con la comprensión que hoy en día se posee del desarrollo del niño, se sabe que el funcionamiento psicológico del ser humano se inicia incluso desde la preconcepción. Obedeciendo a estas inquietudes, encontramos a Vives y Lartigue, que hace años emprendieron la tarea de investigar desde la óptica psicoanalítica los distintos aspectos que conviene la concepción, tanto en la normalidad como en la patología, que había sido conceptualizado básicamente desde el punto de vista biológico. Así surge "*El manual de psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia*" (1994), donde los autores pretenden dar a conocer las estrategias técnicas para ayudar a mejorar la calidad del embarazo y su evolución y corregir las distorsiones o alteraciones en la conformación del vínculo materno-infantil por medio de la psicoterapia.

Vives y Lartigue (1994) proponen focalizar la psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia en los siguientes objetivos:

- a) La ambivalencia.

- b) La ansiedad y fantasías durante la gestación.
- c) Los mitos y distorsiones en la información previa sobre el proceso mismo y sus vicisitudes.

Al trabajar sobre estos focos, los autores esperan:

- Corregir distorsiones en la información y cultura reproductiva de la embarazada.
- Favorecer la creación del vínculo materno-infantil.
- Promover el paulatino desarrollo de las funciones maternas propiamente dichas.

Al punto que, Vives y Lartigue (1994) esperan que la intervención psicoterapéutica facilite y favorezca el proceso de identificación de la gestante con su propia madre, con el fin de que la crisis del embarazo converja en una resolución exitosa, como parte de su identidad femenina.

Al mismo tiempo, el mecanismo de acción de este tipo de psicoterapia se lleva a cabo a través de intervenciones del psicoterapeuta, quien interactúa con la embarazada desde una situación doble, en la que se funden y potencian tanto su significado como figura transferencial, depositaria de los objetos maternos internos (buenos y malos) a los que la embarazada ha regresado durante la gestación; como por su acción continente, al brindar ayuda y apoyo como figura real.

En estas condiciones, la acción terapéutica llevada a cabo se ve facilitada:

1. Porque la gestante cuenta con la presencia de un objeto externo real que le sirve de continente y gracias al cual, puede permitirse ese proceso regresivo hasta la simbiosis con su propia madre.
2. Dada esta regresión transferencial la terapeuta se convierte en el depositario de los objetos del mundo interno de la gestante, al tiempo que revive los conflictos infantiles habidos con estos objetos.

Por tanto, en la transferencia se depositan en forma predominante, los atributos de la madre – tanto en su calidad de objeto total, como bajo la forma de objetos escindidos (bueno y malo), como objetos parciales. Así durante el tratamiento psicoterapéutico se espera pueda identificarse este elemento para dar cabida a esa nueva parte de su identidad femenina que ahora pueda incorporar en su función como madre.

También en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) el Mtro. Edgar Díaz promueve un grupo psicoterapéutico <<Programa de Embarazo Adolescente>> en el Departamento de Psicología; en el que el proceso está focalizado en los síntomas psicológicos que provocan angustia y dolor psíquico en la gestante o en otros aspectos que provoquen problemas o alteraciones en el embarazo, en el vínculo materno -infantil, en la relación de pareja o la familia de origen.

El <<Programa de Embarazo Adolescente>> brinda atención a menores de 17 años que asisten al instituto para su atención médica. La intervención psicológica se elabora a través de un grupo psicoterapéutico breve de corte psicoanalítico con objetivos limitados; se trata de un grupo abierto con asistencia una vez por semana durante 90 minutos. Las líneas de investigación comprenden los subsecuentes puntos:

- Las relaciones interpersonales,
- la situación de embarazo,
- el fortalecimiento del Yo y,
- las alternativas de solución.

Aquí, se ofrece el grupo como soporte de una situación, dónde las jóvenes embarazadas acuden en búsqueda de algún tipo de saber; donde se construye un espacio para la psicoprofilaxis considerando a la misma, como una práctica que no apunta a evitar el sufrimiento, sino que a raíz de pensar en la imposibilidad de erradicar completamente el

conflicto y malestar del sujeto, propone partir de él, para intentar tejer redes de análisis de la estructura que lo produce (Bordignon, 2000).

El trabajo que se realiza dentro de este programa toma relevancia si se considera que en México, los problemas derivados del embarazo adolescente son cada vez mayores, sobre todo si contemplamos algunos de los datos que enseguida se nos presentan:

NÚMERO DE MADRES ADOLESCENTES CON HIJOS VIVOS (1993)

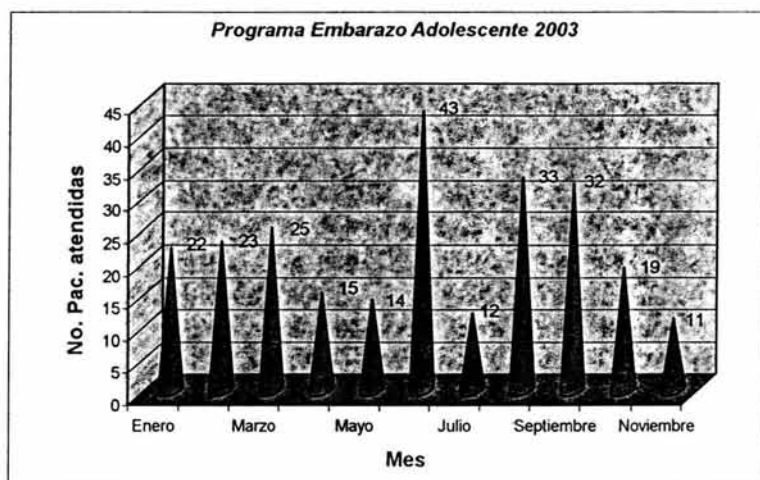
Hijos nacidos vivos	Adolescentes de 12 a 19 años
1 hijo	385 655
2 hijos	107 519
3 hijos	19 492
4 hijos	5 328
5 hijos	2 446
6 hijos	1 746
7 hijos	1 447
8 hijos	729
Total	524 369

FUENTE: INEGI, *Fecundidad*, INEGI, México, 1993.

Así, en nuestro país, uno de cada catorce recién nacidos, es decir alrededor de 360 mil niños al año, son hijos de madres adolescentes entre los 15 y 19 años. Mientras que en menores de 15 años, el número de embarazos reportados por la Secretaría de Salud durante el 2001, alcanzó los 5 mil 330 embarazos; esto implica que sólo el 50% de los adolescentes que tienen relaciones sexuales utilizan algún método anticonceptivo, pues de acuerdo con CONAPO, siete de cada diez embarazos de mujeres menores a los 18 años son gestas no planeadas. A este respecto, se ha observado que la comunicación existente en la familia de la adolescente está relacionada con el índice de las relaciones

sexuales; el inicio temprano coincide con aquellas familias donde no hay una buena comunicación (Stern, 1999).

En el Instituto, dentro del Programa de Embarazo adolescente, la estadística de las pacientes atendidas, tanto en entrevista de primera vez como en el grupo psicoterapéutico, durante el 2003 hasta el mes de Noviembre alcanzó un total de 249 jóvenes, suma que se distribuye de la siguiente manera:



Cabe aclarar que no todas las jóvenes que se presentan y reciben atención en el Instituto son candidatas a la interconsulta en el departamento de psicología, el filtro de pacientes se realiza a través de la respuesta que las adolescentes dan al Cuestionario General de Salud (CGS), instrumento en el que si alcanzan o rebasan los 7 puntos, se brinda una entrevista para la elaboración de la historia clínica y entonces determinar la inclusión o no al grupo psicoterapéutico.

Dentro del grupo de adolescentes embarazadas se ha observado que éstas poseen un bajo control de sus decisiones y planeación hacia el futuro; este bajo control se remite a la esfera afectiva, pues en estas chicas se evidencia que el sexo es un medio para

obtener compañía, afecto, etc. (De la Fuente, 1997). Estudios (en Arcelus, 1998) han demostrado que el estatus de la adolescente se ve modificado con el embarazo, pues en general se le respeta más y se trata “menos como niña y más como mujer”, se ha encontrado que las adolescentes embarazadas poseen una baja autoestima y el tener un hijo las hace sentirse importantes en el núcleo social en que se desenvuelven. Al mismo tiempo que el embarazo significa un aumento en las responsabilidades de la adolescente, se le da más reconocimiento por parte de los hermanos y de los padres por haber producido un objeto precioso: el bebé, pues el niño es estimado por todos. Igualmente, se ha observado que el nacimiento de un bebe sirve para solidificar una familia que estaba cruzando dificultades o que incluso estaba a punto de disolverse.

Ésta panorámica se agrava al advertir que muchas de las consecuencias del embarazo se gestionarán acorde al contexto socio-cultural en que se produjo el embarazo y vivirá el binomio madre-hijo, pues se ha observado que el embarazo adolescente es un mecanismo que contribuye a la transmisión de la pobreza, que a su vez involucra aspectos culturales y condiciones socioeconómicas que requieren atención por parte de las autoridades, pues en general, la estructura económica determina el lugar y forma de articulación de la atención a la salud mental en la estructura social.

III. MARCO TEÓRICO.

A. EMBARAZO.

El embarazo y sus vicisitudes se destacan como uno de los eventos más importantes en la vida de la mujer; donde se llevan a cabo una serie de movimientos y reacomodos biológicos y psíquicos, cronológicamente ordenados, que dan lugar a la creación de un nuevo ser. Durante el proceso ocurre un complejo interjuego de interacciones que van desde la preocupación en la mente de la madre hasta el nacimiento psicológico del niño. Interacciones que pueden verse alteradas produciendo psicopatología y daño en el producto vital.

No debe perderse de vista que, aparte de los aspectos meramente biológicos que ocurren durante los nueve meses de embarazo, este tiempo sirve para ir preparando una especie de "nicho psicológico" en el que será acogido el bebé cuando nazca.

Es obvio que tanto la falta de cuidado y control médico prenatal, el descuido en la alimentación, y la ausencia o "malformación" del nicho psicológico, operan negativamente sobre el nuevo ser en formación, incrementando la posibilidad de morbilidad y mortalidad perinatal y materna. La posibilidad de ayudar a la gestante a elaborar, metabolizar y neutralizar los componentes agresivos de su ambivalencia, con frecuencia resulta determinante para la posibilidad de unificar las diferentes fuerzas en conflicto e integrar el deseo de tener un hijo. A través de la intervención psicoterapéutica se espera posibilitar a la madre, que al integrar las fuerzas en conflicto haga una mayor y mejor catexización libidinal de su producto en formación. De esta suerte el bebé al nacer, contará con una "envoltura libidinal" que funcionará como primer dispositivo organizador de su psiquismo.

El embarazo (Vives y Lartigue, 1994), es una particularidad del ciclo vital femenino en el que pueden estudiarse las vicisitudes del deseo, la dinámica de los objetos del mundo interno de la gestante, la movilización dinámica de los puntos de fijación y del

interjuego de las identificaciones, la vigencia omnipresente de las formas del pensamiento del proceso primario y la significación de la fantasía inconsciente. Igualmente, las relaciones entre las instancias psíquicas y su relación con la realidad del mundo externo, los cambios en la estructura del narcisismo y la movilización del Ideal del Yo; las adaptaciones consecutivas a la retracción libidinal y, al mismo tiempo, la diversificación de los vínculos objetales cuando la pareja se transforma en una nueva familia.

Además, la gestación se caracteriza por una serie de movimientos regresivos que afectan la libido, al Yo, a la relación de objeto y al Superyó.

Freud (1904) sugirió que el tratamiento psicoanalítico debía ser pospuesto cuando una persona estaba preocupada por una crisis, una enfermedad o durante los periodos fisiológicos acompañados de cambios dramáticos que en el curso del ciclo vital femenino corresponden a la menarca, el embarazo y la menopausia.

Sin embargo, con el tiempo, los seguidores de Freud han ido proporcionando un gran número de observaciones derivadas de casos clínicos de mujeres con dificultades para concebir o cuyos embarazos eran experimentados dolorosos psicológicamente. Vives (1994) comenta que en los sesentas se iniciaron investigaciones psicoanalíticas serias sobre el embarazo como la llevada a cabo por Bibring y cols en 1959, quienes postularon que la gestación es una etapa crítica del ciclo vital femenino y que como todas las crisis, suele acompañarse de profundos y dramáticos cambios psíquicos en íntima correspondencia e interrelación con los cambios somáticos. Dentro de las aportaciones de Bibring encontramos dos de suma importancia:

- i. La crisis del embarazo puede llegar a una resolución exitosa, en cuyo caso la mujer accede a un nuevo nivel madurativo que la prepara para desempeñar y asumir las tareas de la maternidad. En caso contrario, puede provocar que la mujer haga una regresión a etapas previas de su desarrollo y, más tarde

quede limitada para asumir la maternidad y realizar adecuadamente las tareas que dicha función conlleva.

- ii. Planteó el tratamiento psicoanalítico de la mujer embarazada como una valiosa herramienta de investigación de los conflictos inconscientes que se activan durante la gestación, además exhortó a brindar psicoterapia de apoyo a aquellas gestantes con algunos obstáculos o impedimentos para una solución exitosa de la crisis. Es en este último punto donde podemos justificar nuestra intervención con adolescentes embarazadas, pues se trata de una gesta no planeada que posee, en un primer momento, un significado sombrío en el primer momento y que adicionalmente conlleva cambios en la vida de la joven y su familia.

La gestación constituye una época particularmente propicia (dada la movilidad catéctica y los movimientos regresivos-progresivos) para una nueva elaboración de conflictos de pasado, tanto edípicos como preedípicos; donde la gestante tiene la oportunidad de reeditar las fases tempranas de su desarrollo (como ocurre durante la adolescencia). Entre las posibilidades de elaboración más importantes están:

- (a) La relación de la gestante con su madre y las vicisitudes de su identificación femenina.
- (b) La reedición de la separación-individuación.
- (c) El complejo de castración.
- (d) Los problemas en relación a la pasividad y receptividad.

En este sentido, las reacciones transferenciales producirán las diversas vicisitudes del vínculo con la madre (y el padre) en esos diferentes momentos evolutivos.

Por otra parte, respecto a la identificación de la embarazada con el feto, pese que se ha estimado como un obstáculo para el trabajo analítico, por el contrario puede favorecer

el cambio dada la fuerza motivacional y reparadora de la conducta materna, que brinda la nueva oportunidad simbólica del bebé por nacer.

Puesto que, durante el embarazo la mujer revive regresivamente tanto la fase de simbiosis con el objeto (en la unión con el feto dentro de ella) como una nueva versión de la etapa de separación-individuación -que en este caso se sobrepone con la misma adolescencia- a partir del inicio de los movimientos fetales, termina la fantasía de que la gestante y su producto son un sólo ser. En este sentido, la presencia de un terapeuta, a través de la función continente, promueve la posibilidad en la gestante de elaborar su propia individuación, al intervenir sobre la plenitud simbiótica, con el fin de preparar a la gestante para la próxima separación, es decir, el parto.

Como ya se ha mencionado, durante el embarazo ocurre una movilización muy compleja de los impulsos tanto libidinales como agresivos. Entre estos emergen todo tipo de afectos en relación al vínculo -edípico y preedípico- de la embarazada con su propia madre, y secundariamente se actualizan los sentimientos en relación con los hermanos. Estas emociones, recuerdos, deseos y fantasías que pueden haber estado inicialmente reprimidos, ahora son más accesibles a su exploración en función de la plasticidad de la gestante.

La capacidad de contención del terapeuta y sus funciones durante el acompañamiento de la gestante promueven que este proceso se vea facilitado desde la transferencia positiva. Igualmente, la psicoterapia ofrece la oportunidad de poder explorar los problemas y conflictos que quedaron pendientes en relación con la madre, dificultades que se van a reproducir en las modalidades negativas y hostiles de la relación transferencial.

En el curso del embarazo, la calidad del vínculo materno -infantil estará determinada por los siguientes principios:

- ✕ Las características específicas de la relación de pareja.
- ✕ La presencia o ausencia del deseo de maternidad, cuya manifestación puede tomar la forma de un deseo (o no) de embarazarse o bien, de tener (o no) un hijo.
- ✕ El tipo de fantasías conscientes e inconscientes asociadas al hijo por nacer.
- ✕ El momento y amplitud con la que se desencadenan las conductas maternas específicas; por ejemplo, los movimientos fetales.
- ✕ El interjuego de identificaciones de la gestante con su propia madre interna.
- ✕ La intensidad de los afectos displacenteros (ansiedad y depresión).
- ✕ La intensidad de los conflictos inconscientes.

Al momento de la confirmación del embarazo, Vives y Lartigue (1994) recomiendan se aborde las circunstancias de la concepción y las expectativas fantasmáticas que, desde temprana fecha se depositan en el producto; la reparación de familiares muertos y de objetos internos dañados, la reproducción narcisista en un doble de la gestante misma, o la reproducción de la pareja en miniatura, etc., son algunas de las cargas con las que se catectiza el feto. De esta forma, el niño al nacer ya tiene una historia prospectiva, un destino que cumplir; pues puede venir a reparar un objeto parental perdido, tener la significación de un castigo superyóico por la actuación de una sexualidad incestuosa y culpable, o puede tener que realizar una serie de tareas para satisfacer los anhelos parentales frustrados, etc.

Estos mismos autores apuntan que cuando se trata de un embarazo adolescente, además de que existe la obvia indicación de ayuda psicológica en aquellos casos que la gestante esté sin pareja, también será deseable la intervención psicoterapéutica en aquellas ocasiones en que la joven cuenta con el apoyo de su pareja y/o familia de origen, dado que la gestación adolescente es un proceso en lo que hay una coalición de dos crisis diferentes: la adolescencia y el embarazo; apareciendo, en la mayoría de los casos, dificultad para asumir la gesta -desconocida y crítica- que promueve la emergencia de ansiedades, persecuciones, culpas y fantasías. A más de que en algunos

casos los problemas contemporáneos de la joven están determinados por una psicopatología previa a la gestación y que va a provocar una grave contrariedad durante el embarazo, en la relación con la pareja o en la formación del vínculo materno-infantil.

Cuando no se trabajan este tipo de situaciones, es frecuente que la adolescente pueda llevar a cabo la gestación y el desarrollo de su bebé, pero en detrimento de su propia evolución, resultando que con cierta frecuencia se cometen movimientos estructurales que resultan en una fijación a la adolescencia misma o en una regresión a períodos anteriores de la infancia, o bien a convertirse en un adulto demasiado temprano.

Un momento primordial es cuando dan inicio los movimientos fetales, pues éstos confirman el embarazo por lo que la ambivalencia va cediendo, pues la movilidad experimentada por la madre actúa como un fuerte promotor del vínculo materno y por tanto, de la aceptación del embarazo y del bebé. No obstante, aumentan los conflictos inconscientes, al acrecentarse las pulsiones libidinales y agresivas sin que sea posible su manejo yóico, por lo que en ocasiones, las adolescentes recurren a la formación de síntomas y expresiones psicósomáticas o a actuaciones de conductas destructiva, tanto hacia los demás como hacia sí misma.

En este instante, pueden intensificarse los afectos displacenteros como la angustia, depresión y culpa, al alterarse la relación entre las estructuras psíquicas. Esto propicia la aparición de material con contenidos primitivos y el aumento de los prejuicios, las supersticiones y creencias irracionales. De tal forma, la ambivalencia y angustia se manifiesta en forma de fantasías aterradoras de malformaciones congénitas en el producto, daño en el feto y/o en la embarazada, y de muerte en cualquiera de los dos, o ambos.

Los afectos que se manifiestan a través del rechazo pueden estar expresados a través de múltiples formas conductuales e ideaciones que van desde la realización concreta de un aborto, pasando por todo tipo de maniobras abortivas no exitosas; "gestos" que se

manifiestan en todo tipo de "descuidos" y formas negligentes de comportamiento que puede llevar a cabo la mujer pese a saberse embarazada, hasta fantasías en donde se expresan directamente los deseos de interrumpir la gestación, así como todo tipo de derivados más o menos sofisticados (como dar en adopción el futuro bebé).

Se torna así, imperante trabajar con las fantasías derivadas de la ambivalencia, como la enfermedad de la madre, la pérdida de la belleza física, el abandono de la pareja, etc., que adquieren un carácter persecutorio, en las que se gratifican necesidades de castigo retaliativo dictadas por el superyó.

Las acciones terapéuticas favorecen la contención de los afectos rechazantes al permitir la exploración de este mundo fantasmático, en un ambiente de libertad y aceptación, con un(a) terapeuta con capacidad para contener las ansiedades que emergen.

Otra forma en que suele aparecer el rechazo del producto es el sexo deseado (tema recurrente en el grupo que trabajamos), constituyendo una "aceptación condicionada" a que sea varón o mujer. A este respecto, el trabajo terapéutico va a repercutir en las ensañaciones en relación al sexo del mismo y el lugar que va a ocupar en la historia familiar de las generaciones, siendo una labor que frecuentemente desemboca en insights que esclarecen aspectos fundamentales de la gestante y su pareja, sus familias de origen y los factores dinámicos intergeneracionales. Al mismo tiempo, este tipo de trabajo psicoterapéutico promueve el reacomodo pulsional en las instancias psíquicas y una nueva dinámica en las relaciones interestructurales de la gestante, que deriva en un nuevo nivel de funcionamiento interno y de relaciones con el mundo externo.

Eventualmente, el embarazo despierta una serie de culpas inconscientes en relación al ejercicio de la sexualidad, culpas que pueden expresarse a través de bloqueos y limitaciones más o menos racionalizadas, basadas en tabúes, peligros potenciales o prohibiciones médicas imaginarias. El temor de dañar al producto derivado de fantasías regresivas mal metabolizadas o inconscientes, la parálisis de algunos hombres para

tener relaciones sexuales con una mujer que simboliza demasiado cerca de la propia madre, junto con el retraimiento catéctico de la gestante y los cambios corporales que se van haciendo cada vez más notorios en ella, son algunas razones frecuentes que apuntan hacia la necesidad de una intervención psicológica. La regresión de la mujer embarazada provoca la necesidad de una estructura continente –su propia madre- y su posición de relativa dependencia, es un aspecto que se debe atender adecuadamente en psicoterapia, con el fin de propiciar la recuperación de ciertos aspectos de la madre interna que preparen a la gestante para identificarse con ella y así, asumir su rol materno.

Al mismo tiempo, esta regresión provoca la re-vivencia de fantasías sobre la escena primaria y su propia concepción, sobre las expectativas que sus padres depositaron en ella, las vicisitudes de su desarrollo, el lugar que vino a ocupar dentro de la familia de origen, y los principales conflictos habidos con sus figuras parentales.

Durante el último mes de embarazo (Vives y Lartigue, 1994), se incrementa la ansiedad en cuanto al momento del parto y las fantasías cuyo tema incluye la posibilidad de complicaciones que ocasionen la muerte de la embarazada, lo mismo que daños en el bebé. Simultáneamente, la sensación de incomodidad, pesadez y torpeza, así como el deseo de “desembarazarse” de un feto cada vez más grande e incómodo pueden ocasionar, cierto monto de culpa y autoreproches por sentirse una “mala madre”.

B. VÍNCULO.

Así que, si durante el embarazo reaparece y se resignifica importantemente el vínculo, sobre todo con la madre y el propio hijo por nacer, lo que redelinea la personalidad de la gestante. En el trabajo con el grupo psicoterapéutico de adolescentes embarazadas, se piensa que, si se pone cuidado en las intervenciones dirigidas al tipo de relación que proponen las jóvenes en el espacio grupal con las terapeutas como figuras de contención y de proyección, se cree que se pueden promover cambios tangentes en las adolescentes embarazadas.

El vocablo vínculo proviene de <<cadena, algo que ata>>; asimismo vínculo puede entenderse como "la relación particular que un sujeto establece con un objeto incluidos en una dimensión espacio temporal en la que coexisten y participan determinándose recíprocamente; de esta relación resulta una conducta más o menos fija, que resulta en un patrón... una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la unión interna y externa con el objeto" (Pichon-Riviére, 1985: 35).

En esta definición, advertimos que el vínculo incluye la conducta, esto significa, el modo de ser observable del sujeto que corresponde a la forma de actuar habitual. Este proceder es determinado por la forma usual que el Yo posee para relacionarse con algún objeto interior. Asimismo, Bleichmar (1983) citando a Freud reseña que el Yo surge como un residuo de relaciones de objeto (objeto se refiere a persona o cosa), como un producto social resultado de la relación con el otro.

A este respecto, Kaës (1999) menciona que el vínculo surge a partir de las primeras experiencias sociales que constituyen al sujeto y es en la interacción donde se produce la interiorización de la estructura relacional, que más tarde deviene intrasubjetiva a través de la identificación proyectiva e introyectiva.

Pichón-Riviére, en su libro "Teoría del vínculo" (1985) precisa la diferencia entre la identificación proyectiva y la identificación introyectiva. La primera permite al sujeto permanecer como espectador, la distancia entre uno mismo y lo que sucede es amplia; por el contrario, en la identificación introyectiva "el personaje y uno mismo se confunden" (p. 76). Así, todas nuestras relaciones con los demás están fundamentadas en el interjuego de adjudicar y asumir roles. Ello posibilita al terapeuta el entendimiento del tipo de vínculo que el paciente esta tratando de estructurar.

Conjuntamente, no existen relaciones interpersonales aisladas, ya que el vínculo de dos se establece siempre en función de otros vínculos históricamente condicionados en la

persona y que, acumulados en ella, forman parte del inconsciente. Acorde a este supuesto, el inconsciente estaría constituido por una serie de pautas de conducta acumuladas, de forma que cuando un sujeto deposita sobre otro algún objeto interno (a través de la proyección y desplazamiento principalmente) da pautas para suponer fantasías y objetos inconscientes.

El vínculo es operacional, configura una estructura de relación interpersonal que incluye un sujeto y un objeto, la relación del sujeto frente al objeto y la relación del objeto frente al sujeto, cumpliendo ambos una función determinada. El individuo realiza un vínculo: como en la situación psicoterapéutica.

De este modo (Pichon-Riviére, 1985), la relación interna con el objeto condiciona muchos aspectos externos y visibles del comportamiento del sujeto así, el carácter de un individuo se hace más comprensible a medida que se descubren sus vínculos internalizados, ya que los vínculos son vínculos sociales.

Así, la relación con el otro, es el objetivo central de estudio, tanto en el acercamiento como en el aislamiento; ya que todas nuestras actividades y pensamientos están en relación con otro. Pichón-Riviére (1985), aclara que no sólo con uno sino con dos, pues la relación universal es siempre de tres; éste tercero puede ubicarse en personas, objetos, lugares, etc. De esta forma, la teoría del vínculo hace alusión a un tercero, función de corte paterna. Advertiendo que debe tenerse cautela al trabajar en grupo, pues éste suele ofrecer la identificación más arcaicas (Bleichmar, 1983): la primordial identificación de simbiosis madre-hijo, la identificación narcisista y especular a partir de la mirada que se torna altamente significativa.

Kaës (1999), citando a Bleger admite que para que un sujeto pueda interactuar, se requiere por una parte una relación de objeto interna, pero sobre todo la diferenciación entre el espacio psíquico y el espacio intersubjetivo que contenga los lazos; hallando

que el encuentro con "algo otro" es el que marca la diferencia entre la relación de objeto y el vínculo; el vínculo se estructura con "algo real"^v.

En la unión se pone en juego la estructura psíquica y los instintos de una manera particular, por ello Pichon-Riviére (1985) afirma que <<en el vínculo está implicado y complicado todo>>. No obstante, reconoce que aquella relación donde predomine el Ello estará matizada por más amor u odio; cuando prevalezca el Yo, el vínculo estará orientado a la realidad, adquiriendo la característica de operacional. Finalmente, cuando el vínculo es dirigido por el Superyó, el vínculo es más culpígeno.

En el caso de los adolescentes, cuando éstos dan signos claros de desprendimiento y de seguir organizando sus relaciones sobre un objeto internalizado; cuando dicho proceso no aparece culposo, dañando la integridad de los padres, tiende a darse naturalmente.

En el ámbito psicoterapéutico, los cambios que el paciente vaya realizando en la relación que establece con el terapeuta, es decir en la transferencia a través de las intervenciones, dependerán de las variaciones que sufran los objetos internos. Además, entre el observador y observado, se crea una "unidad dialéctica", es decir una situación de interacción en la que el terapeuta actúa sobre el paciente y el paciente sobre el terapeuta. El vínculo que primero es externo se torna interno y después externo nuevamente, etc., en este pasaje de lo de adentro-afuera y lo de afuera-adentro (*espiral dialéctica*) ayuda a establecer los límites entre el adentro y el afuera; esto determina que las características del mundo interno de una persona sean completamente diferentes de las del mundo interno de otro individuo, frente a la misma experiencia externa.

De esta suerte, el pensamiento, ideas, constituyen una representación particular e individual de cómo cada persona ha captado el mundo de acuerdo a su "fórmula

^v Objeto es aquello con lo cual se satisface la necesidad pero a partir de lo cual se constituye el objeto del deseo.

personal". Así que, durante la interacción con el paciente, el lenguaje y las palabras son primordiales, sin embargo no se debe perder de vista la importancia del lenguaje preverbal (gestos y actitudes), sin olvidar que en cada expresión, conducta del paciente se encuentran enunciados su presente, pasado y futuro. De forma que la tarea del terapeuta es esclarecer este cúmulo de información acerca de una fantasía del paciente en lenguaje claro.

Con el esclarecimiento de la relación de objetos internos y externos en intercambio constante de introyección y proyección y de fantasías inconscientes permanentemente incluidas en la comunicación, se hace posible el manejo de la situación por parte del psicólogo. Pues, en la intervención psicoterapéutica la realidad externa se traslada al escenario interno, donde vuelven a aparecer aquellas figuras que antes existían afuera, pero que ahora están adentro estableciendo vínculos particulares que condicionan la forma de conducirse del sujeto. Por ello, el sujeto lleva a cabo actos con los que intenta mantener el control de sus objetos internos.

En este sentido, la introspección puede entenderse como un diálogo interno con un objeto que intenta aclarar el vínculo particular que ese mismo objeto establece con el Yo del sujeto. Así que, si bien el diálogo es consciente y dirigido por un objeto consciente, se debe tener presente que existe el contenido latente.

La relación entre analista y paciente tiene las características de la relación madre-niño cuando se ha establecido la comunicación; llegando a expresarse a través de un lenguaje privado; pero mientras más cerrado sea éste, se corre el riesgo de limitar la comprensión del paciente.

En el proceso analítico lo que está implícito en la comunicación debe ser explicitado por el terapeuta y captado por el paciente en un movimiento de evolución en espiral, con el fin de que el paciente adquiera la posibilidad de lograr una comunicación mayor, lo que brinda una pauta para definir el progreso en el trabajo psicoterapéutico, pues el

paciente será capaz de comunicarse con un mayor número de personas; pues cuando se pierde la comunicación con el grupo es que aparece el sentimiento de soledad y desamparo, como en las jóvenes gestantes.

Aquello que un paciente expresa acerca de sí mismo y otros, son estimaciones que permiten observar sus vínculos internos y externos con otros objetos inconscientes. Mientras más inconscientes son, más operatividad tienen sobre la conducta del sujeto en medida que los controla menos, dando pie a la conducta irracional del ser. Entonces, ese vínculo irracional deberá tornarse racional durante el trabajo psicoterapéutico, luego que la neurosis suele definirse por la predominancia de un vínculo irracional en la relación de ese sujeto con el mundo. Entendemos como racional o irracional en el marco del vínculo, el grado de esclarecimiento del vínculo.

En la relación psicoterapéutica, debe observarse la ambivalencia con que se conducen los pacientes en la relación con un objeto total en que el amor y odio se dirigen a un mismo objeto, tanto en el interior como exterior del paciente. En la medida que se puedan reunir ambos elementos aparece la ansiedad depresiva, pues ahora el sujeto percibe amenaza de perder el objeto, al mismo tiempo que es odiado y amado por el objeto externo. En el trabajo con adolescentes embarazadas, un sentimiento que se presenta con recurrencia es la culpa, que surge a partir de la ambivalencia, del hecho de odiar al objeto que se quiere.

En el embarazo adolescente pareciera que lo que empuja la aparición de este signo, está en relación directa con la presencia de tensiones en el grupo familiar: así observamos la influencia y falta del padre, al mismo tiempo que el liderazgo de la madre, figuras que al verse fracturadas o perder importancia, en general acarrea la enfermedad de algún miembro de la familia y en este caso el embarazo en la joven.

Bleichmar y Schenquerman (1982) convienen que desde el estudio de la relación entre el portavoz y grupo familiar se va descubriendo qué lugar tiene el otro, la acción

significante del sujeto como respuesta a su demanda de gratificación o como responsable de la frustración. Así que, en estos casos habría que unir las siguientes cuestiones: ¿se trata de un objeto de necesidad o bien, de un objeto del deseo?.

En este sentido, Calvo, Riterman y Calvo (2001) precisan que el término familia viene del latín <<*familus*>> que originalmente significaba <<conjunto de esclavos y criados>>, que en su estructura romana original era regida por el *pater*, quien condensaba todos los poderes, incluidos el de vida y muerte. Estas mismas autoras actualmente señalan que la familia sigue manejándose de forma similar aunque se ha modificado parte de su estructura, dejando ocasionalmente esta función a la madre y aún, según la cronología de los hijos a éstos.

La aspiración de todo padre es beneficiar a su hijo, pero además superar a sus padres, es decir, poder darle más a su hijo y ayudarlo *de otra manera* que como él fue ayudado. La cuestión es que no sea una actuación envidiosa, o una represalia por lo que no le dieron, sino una secuencia, en la cual hay una cierta vivencia de que los que vengan después lo van a hacer mejor, porque van a poder dar más, van a inventar otra manera de dar. Al tener un hijo, el ser y hacer deben encontrar un equilibrio armónico de realización, donde también se incluyan aquellas situaciones en que la realización de la propuesta del pasado (mito y arquetipo) está propuesta en el hijo (futuro).

En las familias de origen de las jóvenes gestantes, se considera que transcurrirían como el tercero excluido (eliminado), pues aparentemente no tienen lugar desde los padres; son desconocidas y su crianza es delegada totalmente a empleados, familiares, vecinos, instituciones, etc.; la inclusión del hijo, en estas familias, a veces se encubre tras una "seuideoexcelente pareja", o tras padres que viven individualmente para sí. En esta situación se han encontrado casos en que el hijo se entrega en crianza a la familia de origen como "restitución culposa edípica" (p. 73) y en la que la pareja sólo pueden hacerse cargo de un segundo hijo.

Del mismo modo, Calvo, Riterman y Calvo (2001) exponen que las características sociales del grupo familiar de las chicas las conformarán a su vez, ubicándolas en una clase social determinada, con costumbres delimitadas y facultades adquisitivas; y las posibilidades psicológicas le darán una matriz diferencial bajo la forma de un mito y un arquetipo familiar, organizados a través de la historia de su grupo. De vez en cuando, en familias predominantemente simbióticas, queda detenido el crecimiento o empobrecido. Pues el cuerpo queda incluido dentro del "*cuerpo-estructura del grupo familiar*" (p. 138), sin posibilidad de actuar con libertad, de sentir con pleni tud, atado a los valores establecidos para no permitirse nuevas sensaciones y goces.

Kaës (1999) explica que el síntoma condensa los deseos, objetos y defensas que se oponen a la realización (del deseo), estableciendo vínculos entre los sujetos, al mismo tiempo que esconde el acceso al sentido que posee cada síntoma así como su función. Este mismo autor marca que Freud en el caso Dora propone "la triple sujeción del síntoma: somática, psíquica y grupal" (p.105). Esta sujeción se realiza precisamente en el campo intrapsíquico y en los vínculos intersubjetivos, que se expresan en la fantasía e identificación; existiendo vínculos individuales y grupales.

Este autor en su libro titulado "*Las teorías psicoanalíticas del grupo*", asienta que las investigaciones referentes a grupos, han dejado de lado el tema del vínculo. Apareciendo en la literatura a partir de la necesidad del reconocimiento de la subjetividad; lugar en que cada cual "está precedido por el lugar que le es asignado en un conjunto intersubjetivo del que deviene sujeto" (p. 97).

Kaës (1999) define al grupo como "un continente dentro del cual se produce una circulación fantasmática e identificatoria entre los miembros" (p. 112); aclarando que el grupo no sólo contiene los inconscientes individuales, sino que dentro de él también surgen "alianzas inconscientes", una producción conjunta del inconsciente en el vínculo establecido entre los miembros de un grupo. Muestras de semejante unión se observa

en el retorno de lo reprimido, la transferencia, la formación de síntomas y el discurso asociativo.

Por alianza inconsciente nos referimos a la formación psíquica intersubjetiva fundada por los sujetos de un vínculo para fortalecer en cada uno de ellos algunos procesos, funciones o estructuras surgidas de la represión o la desmentida, y del que obtienen un beneficio tal que el vínculo que los une toma un papel determinante en su vida psíquica. La agrupación así ligada sólo obtiene su realidad psíquica de las alianzas, los contratos y pactos inconscientes que los sujetos sostienen y que les obligan a mantenerse y sujetarse.

En este tipo de organización, aquello que se encuentra reprimido o renegado en el analista se transmite al grupo, organizándolo simétricamente; ya que la alianza inconsciente preserva a los participantes de conocer lo que sea de sus propios deseos y vínculos. Asimismo se ha notado que la transmisión de la vida psíquica entre generaciones y miembros de un grupo se efectúa por medio de las alianzas inconscientes; ya que todo vínculo se inscribe en el inconsciente, el cual afirma Kaës (1999) se dice varias veces y en diversos registros y lenguajes, en el del sujeto y en el vínculo mismo.

Para Kaës (1999), el vínculo intersubjetivo denotado en los grupos, se apoya en la identificación entre los miembros, que al igual que durante el desarrollo psicosexual, posee diversas fases. La primera de ellas, la *identificación primaria*, plantea el apoyo de la pulsión y objeto sobre el cuerpo y objetos internos de la madre, donde el niño se adhiere al deseo materno.

En la *identificación narcisista*, el niño busca amar a otro objeto en el que pueda amarse a sí mismo del mismo modo en que supone haber sido amado por su madre, resultando que él mismo es esta madre que lo ama, por ello este movimiento amenaza a la diferenciación entre el yo y el otro.

La tercera fase, ha sido denominada *identificación especular o del segundo narcisismo*, y en ella surgen las funciones del Yo, la formación de las instancias ideales, la imagen corporal, la imago e importantemente para el tema que nos ocupa, la relación con el semejante; este período permite al niño asentar su relación imaginaria y libidinal con el mundo. A partir de esta fase, es que surge la *identificación introyectiva*; la introyección es un proceso básico a través del cual el bebé funda un vínculo emocional e introduce en el Yo no sólo el objeto, sino el conjunto de pulsiones e investiduras narcisistas ligados al objeto. En este sentido, la introyección puede ser descrita como la posibilidad de mantener y conservar a la vez la investidura narcisista y la relación con el otro, en su ausencia.

La contraparte de este proceso, es la *identificación proyectiva*, que es una proyección de partes de sí mismo en un objeto; es un mecanismo de defensa ligado a la posición esquizo-paranoide que apunta a controlar o hacer desaparecer de manera omnipotente los objetos internos y ante todo sus relaciones, rindiendo dos consecuencias: el objeto es percibido con las características de las partes de sí mismo colocadas en él, o bien, el Yo se identifica con el objeto(s) de su proyección. Así, las fases de la identificación dan lugar a confusiones de la misma y organizan los vínculos de grupo.

La *identificación edípica* permite la ambivalencia del vínculo social, transformando la hostilidad en un apego positivo, ya que esta identificación da paso a la adhesión con el rival y su deseo.

De esta suerte, estas etapas ayudan a reconocer una serie de contratos y pactos que ayudan a organizar y esclarecer el tipo de vínculo que se establece entre dos o más seres; clasificación paralela a la brindada por Pichon-Riviére, que sobre todo ayuda a esclarecer lo que Kaës define como "*pacto denegativo*"; en el que a través del mecanismo de la represión, desmentida, rechazo o "enquistado", el sujeto organiza el vínculo y su espacio intrapsíquico asegurándose de la subsistencia de los ideales y del

contrato narcisista. Asimismo, el pacto denegativo posee la función de defensa del espacio interno y del espacio intersubjetivo, surgiendo la <<comunidad de renegación>>.

Kaës (1999), citando a Fain da cuenta de la renegación comunitaria al referirse al lazo existente entre un hijo y su madre, cuando al no conseguir ésta desprenderse de él para designar en otro lugar diverso un objeto de deseo (padre), la renegación de la existencia del deseo hacia el padre es obra de la madre y su hijo en conjunto. Por ende, la <<comunidad de renegación>> se ejerce sobre la realidad del objeto del deseo del otro y mantiene la no-separación entre los sujetos en vínculo; ayudándose de identificaciones narcisistas y proyectivas cruzadas. Este fenómeno es frecuentemente observado en el embarazo adolescente en donde el padre de las jóvenes en tratamiento, así como el padre del bebé por nacer, es anulado, podría pensarse que inexistente, reforzándose y sujetándose más la relación entre madre-hij@.

Igualmente, el juego pulsional organizado por la tensión organizado por la tensión entre las pulsiones de vida y la pulsión de muerte sostiene las vicisitudes de los movimientos de "ligazón y desligazón" (Kaës, 1999; p. 102) en los grupos, ya que en ocasiones es la identificación la que reúne a un grupo, pero en ocasiones, el conjunto también se ve reunido por el odio y la violencia.

La pulsión de muerte, esta dirigida a la destrucción, "a la reducción a lo inerte... la vuelta contra sí mismo de la agresividad" que termina por aniquilar la vida psicológica y acabar con el vínculo. No obstante, Kaës (1999) también puntualiza que; la violencia en las relaciones sadomasoquistas, el odio contra algún objeto, ciertas conductas de riesgo, los movimientos de desligazón para crear nuevas organizaciones de liga, "mantienen y regeneran el vínculo intersubjetivo" (p. 102), la diferencia surge cuando el grupo no tolera la violencia, acentuando la fuerza de la pulsión. Como parece ocurrir en el embarazo adolescente que pese a la violencia y frustración que éste causa en la familia de la chica, actúa como un lazo que termina por sujetar más a la joven, quien tras "la

falla" generalmente queda bajo el deseo de sus familiares, pues en su intento de independencia defraudó su entorno.

Siguiendo el texto de Kaës (1999) y Pichón Rivière (1985) nos topamos recurrentemente con el tema de la identificación, apareciendo como un eje importante en nuestro trabajo, sobre todo la identificación con la figura femenina (ya que la identificación es la primera relación de objeto), al trabajar con adolescentes embarazadas, pues como ya se ha mencionado, durante el embarazo aparece marcadamente la regresión y la revalorización de la madre a quien deben regresar para poder asumir su rol de madres; asimismo, como Kaës describe, en el establecimiento de un grupo aparece la identificación entre los miembros, interesando el movimiento y relevancia de éste tema al tratarse de un grupo donde todas las asistentes (pacientes y terapeutas) pertenecen al género femenino.

C. IDENTIDAD

La palabra identidad en el sentido filosófico abarca dos puntos de vista centrales: el principio ontológico, según el cual "algo es igual a sí mismo", en el hecho que "toda cosa sea idéntica a sí misma"; desde el sentido filosófico, identidad es la idea de la unidad de la cosa consigo misma. Entonces la identidad es aquello que el sujeto siente como más íntimo, privado, donde se siente más idéntico a sí mismo, siendo el producto de las relaciones que lo constituyeron como tal, "multiplicidad de personas psíquicas" (Bleichmar, 1983: 4) que lo habita; la identidad no es sino el producto de una diversidad. De esta suerte podemos acercarnos a la "identidad" de la niña con su madre.

Desde la infancia, la niña idealiza y se identifica con la madre a quien piensa poderosa y omnipotente, constituyendo parte de su "*Yo ideal femenino*" (Dio, B, 1997). Parte del infortunio de la niña, ocurre al darse cuenta de las diferencias entre su cuerpo y el del niño, hallando al mismo tiempo la inferioridad social de la madre, dejando una herida

narcisista que se fija en el cuerpo. Dio (1997) apunta que la feminidad o masculinidad es la subjetividad con la que será revestido el cuerpo, las funciones y el deseo sexual.

En la infancia surge una "feminidad temprana" por identificación especular con la madre, a la que la niña expondrá y llamará utilizando el mismo discurso cultural mediante el que se conocerá, definirá y nombrará a sí misma. Argumento que la madre emite para definirse a sí misma y reconocer a su hija como su semejanza. Durante un tiempo ambas gozarán del poder que reside en su género.

La principal consecuencia psíquica del complejo de castración para la niña es la pérdida del <<ideal femenino primario>> (Dio B, 1997), con la devaluación de sí misma, el trastorno de devaluación narcisista consiste en cómo la niña se las arregla para desear ser una mujer en un mundo paternalista, masculino y fálico.

La castración más bien tiene efectos sobre la elección de objeto y la heterosexualidad de la niña. La tipificación de la feminidad se alcanza por diversas vías: por identificación al objeto rival, por ejercicio del rol y por un proceso de moldeamiento dictado por los ideales feminidad-masculinidad imperantes en la familia y en la microcultura a la que se pertenezca. El resultado es un clivaje estructural de los modos de acción y pensamiento de los dos géneros: un mundo privado y doméstico para las niñas y un mundo público para los varones; y una clara división en el ejercicio del placer pulsional que será legitimado para los varones y fuertemente condenado para las chicas.

El género es una representación del sistema narcisista Yo Ideal-Ideal del Yo, siendo definida por Dio, B. (1997) como una "estructura estrechamente articulada y permanentemente evaluada y significada por el sistema narcisista del sujeto" (p. 28), reservándose este término para agrupar los "aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad/masculinidad" depositando en la palabra <<sexo>> componentes biológicos-anatómicos. Estos componentes caen bajo el dominio del género, siendo determinados por la cultura, iniciándose esta inscripción desde el nacimiento.

El género está comprendido por la identidad del mismo, y se refiere al esquema ideológico más primitivo, consciente e inconsciente de la pertenencia a un sexo y no al otro (Dio, B, 1997; p. 33), siendo estímulo para el desarrollo en el que el niño comprende de qué manera desean sus padres verlo expresar su feminidad/masculinidad es decir, como debe comportarse para corresponder con la idea que ellos tienen de lo que es un niño.

Surgiendo el denominado "rol de género", que se liga al conjunto de expectativas acerca de cuáles son las conductas apropiadas para una persona que posee un sexo determinado; es la estructura social la que prescribe las funciones del hombre y la mujer. El estereotipo de rol femenino (Dio, B., 1997) en la sociedad considera pertinentes una serie de conductas que, al mismo tiempo, poseen un bajo valor social: pasividad, temor, dependencia.

Es a través de la observación que los niños incorporan las conductas ostentadas por el padre y madre, pues los padres constituyen objetos idealizados a los que desea imitar, al mismo tiempo que poseen el control sobre la concesión del amor y reconocimiento como recompensa. Una vez que el núcleo de la identidad de género se halla establecido, el niño organiza su experiencia en la búsqueda de iguales con quienes identificarse.

La niña dirige su búsqueda sexual y narcisista sobre la madre, quien por poseer la particularidad de otorgar tanto el goce como la valorización no puede dejar de ser erigido en su ideal. Es en éste punto donde aparece el déficit narcisista de organización de subjetividad de la futura mujer, ya que lo habitual es que, en el proceso de identificación a la madre –en tanto objeto rival e ideal- encuentre serios obstáculos para considerarla modelo.

La niña se encuentra en una posición narcisista en la que aspira al primer puesto: ser preferida, amada y satisfecha por la madre. Si la madre ha sido la dispensadora

principal de los cuidados -como sucede en nuestra cultura y en el general de las adolescentes embarazadas- ella será la más buscada y celosamente codiciada. Pero si el padre es el *ideal*, se ha producido un clivaje a través del narcisismo, del doble, del igual al que se quiere imitar. Entretanto, en la etapa preedípica se organiza un *ideal del género*, prototipo que se toma como modelo, y el Yo tiende a conformarse acorde a este modelo. El niñ@ busca ser el preferido de los padres, él los ha <<elegido>> para que lo amen y con estos objetos ideales y poderosos se identifica el niño. Con todo, actuando la madre como objeto múltiple (libidinal, narcisizante, etc.) es el blanco mayor de la identificación del niño.

La identificación a la madre es una condición de estructura, el Yo sólo adviene y se organiza como Yo imaginario. El padre, en tanto proveedor de cuidados, es más oscuro y difícil de captar por el niño pequeño, y se requiere un mayor desarrollo cognitivo para que esto suceda, de ahí la relevancia de la continuidad y consistencia de su presencia, para que se erija como objeto interno idealizado. Si la madre domina y desvaloriza o franca y abiertamente rechaza los aspectos masculinos de la relación con el esposo, el niñ@ encontrará serios obstáculos en ver las ventajas narcisistas en la identificación masculina (o en el caso de las adolescentes embarazadas la relación con el varón), y temerá ser dominado, empequeñecido y perder la estima de la madre, obstaculizando la des-identificación con ella.

La estructura especular de la primera relación de objeto favorece la instalación precoz del género femenino en la niña. No existe desarmonía anatómica, ni de identidad entre la futura mujer y su madre. La niña ama y desea a un objeto con el cual y simultáneamente se identifica, identificación que crea y construye una imagen temprana femenina, así como un Ideal del Yo preedípico.

En la organización del goce debe darse una ruptura, el cuerpo de la niña debe reaccionar a otros estímulos que no sean el de su doble. La elección de objeto se marca durante la pubertad, el complejo de Edipo conduce a la "normativización del deseo", a

una elección de objeto heterosexual. En la adolescencia aparece la sexualidad que debe ser integrada a la identidad en ésta etapa; Freud (en Seiffge-Krenke, 1998) describe la pubertad como la serie de cambios a través de los cuales la sexualidad infantil retoma vida transformándose en su forma final; lo cual incluye la unificación del afecto y deseo sexual sobre un objeto no incestuoso, la separación de la familia y la diferenciación en hombre y mujer.

La pubertad anuncia el inicio de la maduración sexual y la transición a la vida reproductiva; de hecho la pubertad es el único período que incluye cambios biológicos y sociales; pues los cambios corporales actúan como estímulo en las reacciones de los adultos, siendo posiblemente éstas actitudes más importantes que los cambios físicos en sí mismos.

El vínculo con la madre, es esencial para el desarrollo de la feminidad. En la medida que la maternalización es ejercida por la mujer, el periodo preedípico de las niñas no sólo será más prolongado que en los varones, sino que conservarán siempre la tendencia a colocar el acento en las relaciones humanas que tienen que ver con la maternalización: sentimientos de fusión, déficit de separación e individuación, límites del Yo más difusos.

Dio (1997) cita a Klein para asentar la revuelta que sufre el mundo interno de una madre al tener un hijo:

- ◇ Regresión y reelaboración de su propio vínculo con su madre.
- ◇ Actualización de sentimientos de depresión y persecución si en la relación ha predominado la ambivalencia.

Cada capacidad requerida para el ejercicio de la maternidad remiten a la puesta en comparación con otras de su género; la relación de ser a ser es constante, tanto si la mujer se compara con su madre u otras o si se identifica con su hija, en el deseo de poseer una madre: como es ella, como tuvo, como quisiera ser. Por tanto, el peligro de

proyección, fusión y extensión narcisista, se presenta frecuentemente cuando la relación madre-hijo tiene lugar con las hijas. La línea del modelo (ya se trate de repetirlo o diferenciarse de él) se superpone a la línea de la relación de objeto; el periodo de simbiosis parece ser más largo entre madre-hijas que entre madre-hijos.

Lacan advierte que el factor central sobre el que se reorganizará la psique infantil, será el advenimiento de la noción de castración materna; reformulando el narcisismo primario en términos de la dupla madre fálica-niño falo <<ser todo lo que la madre desea>>. Este supuesto infantil es teorizado en términos de hijo -falo, ya que el niño se ubicará en el lugar de lo que a la madre le falta, dando base al narcisismo primario <<para agradar a la madre es preciso y suficiente con ser un niño>>. Por su parte, la madre y su propia estructura edípica, será la fuente de esta ilusión, pues el hijo completará (imaginaria y simbólicamente) lo que a ella le falta, el encuentro de ambos deseos sella la "célula narcisista primaria" (Dio, B., 1997; p. 78).

Bleichmar (1982) describe que la madre atribuye una serie de cualidades al bebé que en realidad no están dadas por su condición real, sino que están dadas por todo el mundo fantasmático con que la madre puede reinvestirlo; de manera que esta imagen donde el niño se ve como siendo lo que no es y estando donde no está, es un depositario del narcisismo materno; y esta matriz en la que se va a construir el Yo, de la imago del semejante, es la identificación primaria.

Es por la valoración fantasmática del género mujer por la cual la feminidad se estructura originariamente, tanto para el varón como para la niña como una condición ideal. La madre es para ambos sexos el objeto primario: anaclítico, libidinizador, narcisizante y socializador, pues la primera identificación corresponde a la fusión boca-pezones, que articulan a un mismo tiempo y en un mismo lugar: la relajación de la tensión interna de la necesidad (del niño) y la realización del deseo de la madre (Bleichmar, 1983).

Más tarde, el niño descubrirá la sexualidad y sufrirá sus efectos: su derrocamiento del lugar que pensaba ocupaba, él no es todo para la madre, pues de acuerdo a Bleichmar y Schenquerman (1982) un padre "es un deseo en la madre que no se agota en un deseo de hijo" (p. 3). A la par, el niño descubre que a su madre le falta algo, ella no es todo, esta castrada: el niño comprende que el deseo de la madre no es ley: <<el deseo de cada uno está sometido a la ley del deseo del otro>>.

El padre tiene una aparición posterior y secundaria, y su principal tarea se propone ser un referente externo a la relación madre-hijo, para que se pueda producir una abertura en el vínculo que los constituye en el interior de Edipo. La identificación secundaria (Bleichmar, 1983), cuya base está en la renuncia edípica, será la base del modelo de todos los duelos por los cuales el sujeto se ve obligado a atravesar a lo largo de la vida. Enriqueciendo el niño sus posibilidades, siempre y cuando la ambivalencia y hostilidad no sean tan brutales como para "destruirlo" junto al objeto incorporado.

Si la madre es modelo para los niños tiene implicaciones distintas de acuerdo al sexo. Para la niña, la madre es un doble absoluto, ya que tanto el discurso materno como el cultural hablarán de ambas bajo el mismo género gramatical. Pero no sólo será un doble total, sino un doble superior al otro género, pleno de poderes y atributos: un ideal. La niña vive el paraíso de ser igual al ideal, con quien en virtud de la estructura narcisista de la organización de su Yo, tiende a fusionarse y confundirse.

Simultáneamente la niña va siendo instruida y adecuándose a lo que todos esperan de ella: una verdadera niña que ya es toda una mamá que alimenta, manteniendo la continuidad en la unidad de género. Los aplausos de identificación a la madre, la confirman repetidas veces en el género asignado al hacer, confirmación que reforzará su propio deseo de ser igual a su ideal: la madre.

En ésta relación, la ambivalencia es máxima, pues por momentos ese ser al que imita, incorpora y sustituye, también es el objeto de la primera dependencia, al que debe

obedecer para seguir recibiendo cuidados y amor. En esta duplicidad de la madre radica el carácter conflictivo entre la niña y su madre.

Las condiciones habituales de "maternalización" determinan una relación más distante (especialmente durante los primeros años) del niño con su padre. El padre no se hace cargo del cuerpo del bebé y esta falta de intercambios primarios, sobre los que se organiza la relación de objeto, determina que el vínculo con éste sea exterior, menos exclusivo, más distante, con menor cantidad y riqueza de intercambios que con la madre. Así, las representaciones se hayan menos expuestas a la disociación y ambivalencia.

La agresión es la tensión correlativa de la estructura narcisista (Lacan 1966 en Dio, B., 1997) lo que permite comprender el mundo persecutorio de la niña en el vínculo temprano con su madre. Las fantasías de vaciamiento, mutilación, envenenamiento no necesitan otras razones que el conflicto de dependencia-autonomía con otro que se halla ubicado no sólo como auxiliar de funciones, sino como ideal. Pese a que estas fantasías caen bajo la represión, aparecen recurrentemente y contribuyen a fortalecer lazos de mutua dependencia entre hija y madre a través de sentimientos de culpa, persecución y angustia de separación.

Las diferencias de género imprimen el proceso temprano de separación-individuación. Para los varones, la separación e individuación están íntimamente relacionadas con la identidad de género, desde que la separación es esencial en el desarrollo de su masculinidad. Para las mujeres, la cuestión de la feminidad no depende esencialmente del logro de la separación de la madre, ni del progreso de su individuación, pues la identidad de género de la chica se verá amenazada por la separación precoz.

El fracaso en el proceso de separación-individuación no atenta precisamente contra su feminidad o identidad de género, al contrario, permanecer en algún grado ligada a la madre, favorece la organización de una feminidad convencional legitimada por nuestra

cultura; tal vez como ocurre con las adolescentes embarazadas, que mediante el embarazo se unen y rectifican profundamente su cercanía al modelo femenino que poseen, así como a las expectativas culturales. Sin embargo, ello conlleva un problema, pues la futura mujer no sólo se desarrollará con un déficit narcisista por su condición de castrada, sino que también sufrirá los déficits de acción y dominio de la realidad extrafamiliar, al permanecer en dependencia lo cual se contrapone con algunos criterios de salud mental. En dicho contexto, la valoración negativa del embarazo adolescente, tienen mucho que ver con la sanción moral tradicional al ejercicio de la sexualidad premarital, ejercicio que se evidencia mediante el embarazo, "el cual transforma un comportamiento privado en un hecho público" (Stern, 1999: 14).

De manera singular la niña debe enfrentar características específicas durante el periodo preedípico que acorde a Dio (1997) atañen a:

- Estructura fundamentalmente narcisista del vínculo materno.
- Mayores dificultades en el proceso de individuación-separación.
- Menor sexualización del vínculo materno.
- Identificación primaria portadora del Yo ideal femenino primario.

Este periodo preedípico suele prolongarse, pues la madre para la niña, no sólo es el objeto de amor, de la dependencia absoluta, sino el ideal narcisista y el semejante del género.

Por otra parte, Freud en su escrito "Sexualidad femenina" (vol. XXI) expone que "la niña pequeña, al igual que el varoncito, quiere creer que es ella la que ha dado a la madre este nuevo niño" y salvo que entendamos "dar un hijo a la madre" en términos de posesión, el niño de ella y la madre constituiría más una posesión narcisista compartida.

Por ende, el status psíquico de <<un hijo de la madre>> se torna más cercano a un atributo de la feminidad de la madre, que la niña desea también hacer suyo –compartir

como posesión narcisista- o adueñarse de esta posesión privilegiada de la misma manera como codicia y anhela todo lo que la madre tiene; pues <<tener o hacer un hijo como mamá>> equivale a <<ser la mamá>>. El bebé sería primariamente una posición en la polaridad transitividad inherente a su identificación a la madre, más que un producto de ella y la madre.

Asimismo, la relación madre-hija debe moverse de la total dependencia de la infancia a la relativa independencia de la adultez; cambio que puede acompañarse de fuertes luchas internas, que pretenden liberar a la joven del papel de la niñez. Al sostener el embarazo, la promesa de poner en el mismo nivel a la hija y a la madre, abre la posibilidad de una relación madura entre ellas.

Al ser la madre-mujer el objeto primario por excelencia, al cual el Yo de todo niño se identifica, en una identificación especular estructurante del psiquismo, queda asegurada para la niña la asunción de los caracteres del género en el proceso mismo de la organización del Yo. En relación a la feminidad, la niña no tiene que cambiar de objeto, el objeto primario es el objeto de identificación de su género. Este proceso se desarrolla por dos vías: por la anticipación que el discurso materno ejercerá sobre la niña al verse igual y por la identificación primaria de la niña a la madre, modelo ideal todopoderoso. La niña no cambia de objeto para el establecimiento de su feminidad, sino que deberá cambiar de objeto para la organización de su goce, de su heterosexualidad.

Acorde a Dio (1997) se han distinguido una serie de funciones y roles en una madre femenina y heterosexual, que serán los emblemas a los cuales la niña se identificará ("*una verdadera mujer*"): (1) grado de aceptación y gratificación, tanto libidinal como narcisística que la madre obtiene de la posesión de un cuerpo anatómico de mujer; (2) grado de aceptación y gratificación narcisística que la madre obtiene del ejercicio o fantaseo de todo o algo de lo que en nuestra cultura es considerado femenino <<feminidad>>; (3) grado de deseo y goce que la madre siente en amar y ser amada sexualmente por un hombre <<heterosexualidad>>; (4) grado de placer y capacidad

afectiva para convivir con un hombre y la aceptación del mismo en su rol <<pareja>>, y (5) grado de deseo y placer en tener hijos y criarlos <<maternidad>>.

De esta suerte, la feminidad primaria forma parte del Yo Ideal, construido en una fusión de identificación especular obligada a la madre omnipotente de la primera dependencia. Al sobrevenir el descubrimiento de la castración materna, la niña se hunde en una doble decepción: de su madre y ella misma. Freud (Vol. XXI) sostiene que ante dicha turbación narcisista la niña tiene tres destinos:

- a) Buscar al padre, en tanto poseedor de lo que a ella le falta y luego por medio de sustituciones simbólicas desear tener un hijo de él y cumplir entonces con todos los pasos de la feminidad.
- b) Renunciar a toda sexualidad, amputando su destino de mujer.
- c) Competir con el hombre por el poder fálico.

Con la aparición de la pubertad, las adolescentes comienzan a preocuparse por su atractivo y popularidad, estudios reportados por Seiffge-Krenke (1998) informan que las chicas se encuentran apuradas por partes de su cuerpo asociadas al crecimiento (como el busto), no obstante en su imagen corporal, aún no se encuentra integrada la sexualidad. Asimismo, ésta autora asienta que las jóvenes no se encuentran satisfechas con sus roles sexuales y el cambio en su apariencia física, otorgando mayor valor al reconocimiento que les dan sus compañeras que el conferido por el género opuesto.

A la par de éstos cambios, surgen otros, como en la relación con los padres y amigos, al verse incrementada la autonomía de los padres y el interés por los pares, con quienes suele conversarse temas personales. Entre las permutaciones con los padres se reduce la apertura y el contacto físico, que ya sólo se sujeta a fechas importantes como cumpleaños, fiestas, etc.; pese a que las chicas reciben con ambivalencia la menstruación, los padres no son necesariamente la fuente de información, adquiriéndola en la escuela, de sus amigos y otros adultos; aunque la muchacha suele

ser más abierta con su madre, el contacto físico con ambos padres decrementa drásticamente durante la adolescencia.

La niña se hará mujer identificándose a lo que es y hace su madre y todas las mujeres para restituir el narcisismo perdido. Aquí parece, que las adolescentes embarazadas (al igual que su madre y todas las mujeres cercanas: tías, primas, etc.), confirman su feminidad a través de la maternidad, después de haber sufrido la herida narcisista. El nacimiento del hijo le prueba que ha sido capaz del acto máximo: la creación de la vida. Al constatar que su leche y cuidados son indispensables, que su sola presencia es vital para alguien, la mujer puede sentirse insuperable.

Cuanto menor sea el espectro de actividades sustentadoras de su narcisismo, mayor será el placer que obtendrá de la maternidad, al constituir a esta función en la única que la engrandece, pero ¿qué sucede con las adolescentes embarazadas? Pues si bien, obtienen ganancia narcisística, pueden identificarse con su madre y el embarazo les ofrece otra forma de relacionarse; tampoco se encuentran en la situación óptima para afrontar un embarazo.

En suma, nos enfrentamos con que el embarazo pone en juego el vínculo con los otros (ofreciendo una oportunidad de transición), en particular con la madre, que recuerda a la chica la forma en que fue cuidada y criada, al mismo tiempo que le cuestiona la forma en que ejercerá su maternaje; lo cual se lía al enfrentarnos con adolescentes que no contemplaban, en este momento, un embarazo. Además, la tarea de estas jóvenes se compromete aún más al describir en sesiones relaciones vividas como poco placenteras, en donde más bien han padecido; reaccionando al ambiente desconfiadas y retraídas, este estilo de relación se pone de manifiesto en el grupo psicoterapéutico, al que asistimos únicamente mujeres, pero en el que se pretende mejorar la comunicación, haciéndola explícita, con lo que se espera la adolescente prosiga su desarrollo al mismo tiempo que permita y acompañe el de su bebé.

IV. JUSTIFICACIÓN.

La teoría del vínculo considera al individuo como el resultado dinámico-mecanicista del interjuego entre el sujeto y los objetos internos y externos, que se encuentran en interacción constante y consigue su expresión a través de la conducta y actuación en las relaciones interpersonales. Pichón-Riviére (1985) comenta que la psicoterapia breve posee un firme fundamento en la medida que utilice conceptos como el vínculo, pues este concepto permite resolver en el paciente sus dificultades de relación interpersonal, es decir, sus dificultades en la comunicación, pues en medida que lo implícito se transforma en explícito se reduce la desadaptación social.

Durante el embarazo ocurre una movilización muy compleja de los impulsos tanto libidinales como agresivos. Entre estos emergen todo tipo de afectos en relación al vínculo –edípico y preedípico- de la embarazada con su propia madre. Estas emociones, recuerdos, deseos y fantasías que pueden haber estado inicialmente reprimidos, ahora son más accesibles a su exploración en función de la plasticidad de la gestante.

Es aquí donde hallamos nuestro objeto de estudio, definiendo relación como la conexión, enlace que se realiza con una persona u objeto externo (en este caso la figura femenina). De ésta comunicación, resulta una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente en el exterior como resultado del referente interno.

De acuerdo con Pichon-Riviére (1985) el vínculo es siempre una unión social, aunque sea con una persona y por medio de la conexión con esa persona se repite una historia de vínculos determinados. Por otra parte, todo embarazo pone de manifiesto, el vínculo que la mujer tiene con su propia madre y las vicisitudes de su identificación femenina, pero tratándose de adolescentes en la práctica se ha observado que esta sujeción se fortifica y toma un papel sobresaliente, versando sesión tras sesión, acerca de la relación con la madre y el papel de la joven como madre de un niñ@ por nacer.

El análisis de la unión que un sujeto establece con otro, permite entender la manera en que se debe trabajar sobre algún paciente para promover cambios; a partir de una estructura donde tanto paciente como terapeuta influyen uno sobre otro. Relación que se puede observar en la transferencia, donde los cambios realizados por el paciente revelan la modificación que se ha logrado sobre sus objetos internos.

Dado que, la gestación constituye una época particularmente propicia (por la movilidad catéctica y los movimientos regresivos-progresivos) para una nueva elaboración de conflictos pasados; entre las posibilidades de elaboración más importantes están la relación de la gestante con su madre. En este sentido, las reacciones transferenciales reproducirán las diversas vicisitudes del vínculo con la madre (y con el padre) en diferentes momentos evolutivos.

V. OBJETIVOS.

Al acudir las adolescentes con un periodo de gestación avanzado, es que se cuenta con un tiempo limitado de trabajo (de uno a dos meses), razón por la que se requiere focalizar el despliegue de los discursos e intervenciones. Éstas últimas deben aludir a tramitarla y reorganizar el Yo, dando recursos a las chicas para que logren encarar el embarazo y la crianza del menor.

Es a partir de los discursos escuchados en el grupo psicoterapéutico de embarazo adolescente, donde se ha hecho énfasis sobre la relación que las jóvenes tienen con la figura femenina (representada por madres, tías, amigas, etc.), que se propone abordar el vínculo con ésta figura.

Objetivo General:

- i. Analizar el tipo y características del vínculo que establecen las adolescentes embarazadas con la figura femenina a fin de identificar y aclarar oportunamente la relación que las pacientes plantean con otros (terapeuta, padres, hij@s, familiares, pares, etc.); ello con la finalidad de intervenir en favor de las adolescentes embarazadas y potencializar los efectos del tratamiento de problemas psicológicos.

Objetivos Específicos:

- ii. Construir un espacio para la reflexión, pues a raíz de pensar en el malestar de la adolescente embarazada en su vínculo con la figura femenina, se intenta aclarar y esclarecer la razón del origen y sostén, del tipo de relación que establecen con esta figura.
- iii. Establecer lineamientos para el manejo y/o tratamiento psicológico de las jóvenes embarazadas que asisten al grupo psicoterapéutico.
- iv. A nivel de prevención primaria, al enfocarnos en el vínculo materno -infantil, se pretende auxiliar a la madre en la libidinización psíquica de su hij@ que brinde contención al neonato como primer organizador de su psiquismo para un desarrollo armónico e integrado.

VI. ESCENARIO.

El espacio de trabajo psicoterapéutico está conformado por la cámara de Gesell del Departamento de Psicología (1er piso) de la Torre de Investigación del Instituto Nacional de Perinatología. Dos de las paredes de dicha cámara esta provista con espejos para la observación del proceso.

Dentro de la cámara se tienen 11 sillas con paleta y un sofá de la longitud de la pared. El espacio trató de adecuarse en círculo donde los pacientes se sentaron indistintamente, es decir, sin lugares previamente asignados. Mientras que las coordinadoras intentaron colocarse de forma que pudieran observarse entre ellas, sin perder de vista a las jóvenes.

VII. PARTICIPANTES.

En el lapso transcurrido entre Febrero y Mayo del 2004, se alcanzó un total de 12 sesiones en las que se contó con la presencia de 22 adolescentes embarazadas entre la semana 19 y 40 de gestación. Estas jóvenes cuentan con una edad que oscila entre los 14 y 17 años, y una escolaridad máxima de 2º y 3er. año de secundaria.

El estado civil de las menores en su mayoría es soltera (n=16), seguido por la unión libre (n=4) y el resto es casada (n=2). Además, las pacientes viven con su familia de origen, sólo dos de ellas tenían un hogar independiente a lado de su pareja, y únicamente una de estas adolescentes reside en casa de su pareja.

Esta población fue electa a través del puntaje elevado (7 o más) en el cuestionario general de salud (CGS) y una entrevista inicial que realizó el psicólogo adscrito.

VIII. INSTRUMENTO.

El análisis de contenido se realizó a partir de la transcripción de cada sesión, que se elaboró posteriormente a la terminación de cada una. Estas sesiones eran leídas y discutidas por las terapeutas, el supervisor adscrito a la institución y en su momento dos pasantes de la licenciatura en psicología y un psiquiatra residente, que observaban el desarrollo de la sesión a través de la cámara de Gesell.

El reporte elaborado estaba organizado de la siguiente manera:

- i. El relato de la sesión, la participación de cada una de las pacientes, así como la aclaración del tipo y propósito de las intervenciones utilizadas por el terapeuta.
- ii. La segunda parte del reporte incluye un análisis de lo acontecido en la sesión, para lo que se nos requirieron algunos puntos como:
 - o Temas centrales, manifiestos y latentes (grupal e individual).
 - o Dinámicas grupales: ataques dirigidos al terapeuta, subagrupamiento, cohesión grupal, roles de los pacientes, supuestos básicos de Bion^v y transferencia.
 - o Dinámicas psicoterapéuticas: resistencia, transferencia, contratransferencia, mecanismos de defensa, catarsis, insight.
 - o Psicodinamia individual y grupal de la sesión.
 - o Etapa de la evolución grupal.
 - o Hipótesis psicoanalíticas y líneas de trabajo (grupal e individual).

^v Para mayor información remítase al texto: Bion, R. W. (1994) *Experiencias en grupos*. México: Paidós.

IX. PROCEDIMIENTO.

El principal método es la observación, que en el campo operacional es el método universal de la psicología, "es el momento empírico, existencial y dinámico" (Pichón-Riviére, 1985). A partir de la observación y recuerdo posterior a la sesión se realizó la transcripción de lo ocurrido (atendida por al menos dos observadores). Dicha transcripción fue revisada y analizada en conjunto: las terapeutas y los observadores.

Posteriormente, se tomaron dos sesiones del inicio del tratamiento, dos de la parte intermedia y dos del término del funcionar como terapeuta. Así, se captaron seis sesiones, pues se consideró que al ser la mitad de la muestra eran representativas de lo acontecido en el trabajo psicoterapéutico, al mismo tiempo que permitía un corte y punto de comparación entre los distintos momentos del proceso.

Estas sesiones se dispusieron en una tabla para ser analizadas párrafo a párrafo (véase siguiente sección) acorde a las categorías propuestas de vínculo con la figura femenina para que a partir del contenido manifiesto (un mensaje referencia), se pueda hablar del contenido latente (referentes constituidos por la fantasía inconsciente de ese momento).

Las categorías se crearon desde la teoría del vínculo de Pichón-Riviére (1985), quien describe diversas formas de unión que fueron retomadas y resumidas para fines de este estudio. Igualmente se añadieron algunas categorías que teóricamente no están consideradas dentro de la teoría del vínculo, pero que al momento del análisis de las sesiones resultaba necesario señalar, para completar el estudio.

A partir del análisis de las categorías de relación, se espera obtener un patrón o categorías características de las adolescentes embarazadas en especial para vincularse con las figuras femeninas. Patrones que se pretende modificar a partir de señalamientos e intervenciones dirigidas a este aspecto.

CATEGORÍAS:

Cabe destacar que en las relaciones que las personas establecen, ninguna es de un sólo tipo, todas las conexiones que se instituyen con el mundo son mixtas.

- ψ **Relación normal.** Es aquella que se establece entre el sujeto y un objeto cuando ambos tienen la posibilidad de elección, como resultado de la diferenciación entre ambos, es decir que el sujeto se maneje con independencia.

- ψ **Negación de la relación.** En base al texto de Pichón-Riviere (1985) se refiere a una "tentativa de perder del ser", de no ser nadie para no tener relación con el otro. Un aspecto importante es que la negación impide la realización de la agresión pues la autoridad del objeto se desliza hacia otro a través de la proyección al mundo exterior, apareciendo el ambiente como distinto.

- ψ **Relación depresiva.** Se observa aflicción, culpa y expiación. En esta categoría toda relación de objeto está caracterizada por la culpa y preocupación por lo que el otro piensa y la manera en que el otro va a cobrar venganza, siempre con miedo a la pérdida de la relación y por ende con necesidad de reparar. En ocasiones surge la inhibición motriz.

- ψ **Simbiosis.** El sujeto depende completamente del objeto externo en quien realiza depósitos de sus objetos internalizados; al mismo tiempo que el exterior coloca objetos en el sujeto de estudio, que al entrecruzarse, crea dificultades para reconocer lo propio, resultando un conflicto a la separación. Aquí es imposible el diálogo, pues cuantos más objetos se hayan depositado en el otro, más monólogo es el discurso. La separación se puede experimentar como estimulante de la muerte de dos sujetos, o en su defecto como la imposibilidad de sobrevivencia de uno de los dos. Hay una relación más corporal, pues el cuerpo sustituye a la palabra.

ψ **Relación de control.** A través del control, el sujeto intenta inmovilizar al objeto, pero al no poder detenerlo consigo a su voluntad, aparece la desconfianza y agresión, pues a partir de ese momento el otro es considerado como enemigo.

OTRAS CATEGORÍAS.

ψ **Ambivalencia.** Aparece en la relación ser a ser, ya que por momentos ese ser que se imita, incorpora y sustituye, también es el objeto de la primera dependencia, al que se debe obediencia para seguir recibiendo cuidados y amor. Apareciendo afectos encontrados y contradictorios, emociones que dan contenido a las fantasías que se crean en torno al embarazo, el producto y parto, y que a veces provoca conflictos o problemas en función de una pobre capacidad de la gestante para una neutralización adecuada de los mismos, o por una integración deficiente dentro del sujeto.

ψ **Rivalidad.** El status psíquico de <<un hijo de la madre>> se torna más cercano a un atributo de la feminidad de la madre, que la niña desea también hacer suyo – compartir como posesión narcisista- o adueñarse de esta posesión privilegiada de la misma manera como codicia y anhela todo lo que la madre tiene; pues <<tener o hacer un hijo como mamá>> equivale a <<ser la mamá>>.

ψ **Identificación.** Es aquello que el sujeto siente como más íntimo, privado, donde se siente más idéntico a sí mismo, siendo el producto de las relaciones que lo constituyeron como tal.

ψ **Baja Autoestima.** Implica la insatisfacción, el rechazo y el desprecio a sí mismo. Al partir de sus introyecciones, buscan situaciones y relaciones mediante las que puedan confirmar sus sentimientos de poca valía e inferioridad. Sentimientos que, a su vez, derivan en actitudes agresivas y en la dificultad para relacionarse, para adecuarse al medio y para reconocer sus capacidades y logros. Cuando la persona

siente que vale poco se predispone al engaño, al maltrato y al rechazo de los demás, lo que abre la posibilidad de que se convierta en víctima.

ψ **Víctima de Agresión.** Cuando las adolescentes describen una situación de ataque o riesgo que sufren por culpa ajena o por causa fortuita, considerándolo injusto.

ψ **Embarazo.** Es una particularidad del ciclo vital femenino en el que pueden estudiarse las vicisitudes del deseo, la dinámica de los objetos del mundo interno de la gestante, la movilización dinámica de los puntos de fijación y del interjuego de las identificaciones. Igualmente, las relaciones entre las instancias psíquicas y su relación con la realidad del mundo externo.

X. LA EXPERIENCIA: SESIONES DEL GRUPO PSICOTERAPÉUTICO DE ADOLESCENTES EMBARAZADAS.

En esta sección se registran las sesiones grupales que fueron consideradas en este estudio; esta consultas se acomodaron en cuadros, siendo dividido el discurso grupal en párrafos con el fin de facilitar el reconocimiento de la categoría de análisis y el objeto con el que la joven se ligaba.

FASE INICIAL

CATEGORÍA	OBJETO	Sesión 44 DISCURSO GRUPAL
Relación normal: las pacientes tienen la posibilidad de elección y manejarse con independencia.	Grupo terapéutico	Antes de iniciar la sesión, llamó An para informar que a causa de una cita en laboratorio no le sería posible acudir a grupo. La primera de las jóvenes en llegar es Pm seguida por R, ésta última informa que a causa de su reingreso a la preparatoria acudirá a sesión cada 15 días.
Relación depresiva: preocupación por lo que el otro piensa, miedo a la pérdida de la relación. Relación de control: ante la ansiedad que despertó en las terapeutas el manejo del grupo.	Terapeutas -Grupo terapéutico	La sesión comienza al informar a las pacientes que a partir de esta sesión Edgar se ausentará a causa de trabajo y por ello la labor la realizaremos Denise y Esther. Entonces se interroga a las pacientes cómo han estado y lo que han pensado. Denise otorga la palabra a R.
Identificación. Relación normal: R tiene la posibilidad de elegir aspectos que comparte con el grupo.	Grupo (mujeres del grupo).	La paciente comenta que de la sesión pasada pensó que no es la única que posee problemas, que hay otras como ella y que aunque parece que sus problemas no se parecen, lo importante es "no ahogarse en un vaso de agua", debiendo tratar no hacer tan grandes los problemas.
Relación depresiva: tristeza por la	Bebé,	En este momento, Denise interroga a la Joven acerca de su

pérdida de la relación.	padre y abuelo paterno fallecidos.	discurso de la sesión anterior, al tener ahora mayor oportunidad para hablar. R nuevamente expone su malestar después de la muerte de su primer bebé, tras la que al poco tiempo falleció su padre y posteriormente su abuelo paterno.
Negación de la relación: la madre cuenta las condiciones adversas (agresivas) de la unión con el padre que también le generaban agresión.	Relación Madre-Padre, que repercute en el contacto de R con su padre.	La Joven cuenta que su padre no vivía con ella desde que cumplió los dos años, que su madre le relata que se casó Joven a causa del embarazo, pero que el padre la golpeaba y maltrataba.
Negación de la relación: aparentemente Roció y su familia no son importantes en la relación del padre.	Padre, medios hermanos y nueva pareja del padre.	Posteriormente, el señor formó otra familia, dejando 4 hijos menores que R y que la señora mantiene trabajando en una estética, pero al no poder solventar los gastos que los menores generan dos de ellos fueron internados.
Negación de la relación: R intenta rechazar el afecto (tierno y agresivo) hacia el padre. Ambivalencia: R estimaba a su padre, pero también se encontraba molesta.	Padre	R asiente que la muerte de su padre ocurrió 2 meses después del fallecimiento de su hijo, refiriendo "sí lo sentí, pero no lo sentí", lamentando la forma en que murió el señor.
Ambivalencia: R sentía satisfacción y agrado por su padre, no obstante, también enojo.	R-Padre	R cuenta que su padre era alcohólico, razón por la que era llevado a diversos grupos por los abuelos paternos, quienes en ocasiones le brindaban trabajo de sastrería pues "hacía lo que podía"; en el tiempo que murió ya llevaba una temporada sin tomar alcohol, razón por la que la Joven tuvo cercanía con el señor, saliendo a comer juntos, haciéndose más frecuentes las visitas, las que R reconoció agradecerle; sin embargo, el padre nunca se enteró de la muerte del bebé de la joven ni su

		embarazo.
<p>Relación de control: los abuelos intentan controlar al padre de la Joven, apareciendo la desconfianza y agresión.</p> <p>Negación de la relación: La joven refiere que rechazaba la posibilidad de la muerte del padre. La autoridad del padre y abuelos se proyecta hacia otro objeto como los grupos.</p>	<p>Abuelos-Padre</p> <p>R-Padre. Hermano-Padre- Abuelos.</p>	<p>La menor narra que después de dos meses, el señor retoma el alcohol, siendo llevado por los abuelos al centro que asistía, en donde R supone lo golpearon como castigo, causando la muerte del padre. R refiere que se enteraron por una llamada telefónica, en la que "sentía que no era de verdad", que a ella no le permitieron ver el cuerpo de su padre, a razón de la reciente situación que acababa de pasar, pero que su hermano si reconoció el cuerpo, quedando "traumado", pues le cuenta que toda su cara se le veía golpeada y que por ello ahora su hermano dice que cuando sea grande va a matar a todos los de los grupos.</p>
<p>Relación depresiva: R se aflige por el bienestar del padre e intenta enmendar sus culpas.</p>	R-Padre	<p>Después R sólo pudo visitar sus cenizas. Acudiendo con frecuencia a visitar al padre, al que le reza y pide a Dios este mejor, "para que se vaya pronto".</p>
<p>Relación depresiva: La paciente se aflige y se percibe culpa y deseo de reparación al pensar que tal vez su opinión acerca de su padre pudo modificarse con el trato. Hay miedo a la pérdida de relaciones.</p>	R-Padre R-bebé fallecido	<p>Nuevamente R refiere que su padre no merecía morir así, pues lo único que tenía era "lo del alcohol", reconociendo que posiblemente tendría otra opinión de su padre si hubiera estado con ella, pues en ocasiones visitaba a sus hermanitos y el mayor, le decía que lo veía tirado de borracho, pero que el último periodo que R y su padre pasaron juntos fue como si estuvieran "despidiéndose". La adolescente recuerda que durante este tiempo lloraba por las noches por la muerte del padre y su bebé.</p>
<p>Relación depresiva: Ante la evidencia de enfermedad en el abuelo, Roció requiere reparar y se despiden.</p>	R-Abuelo paterno.	<p>Siete meses después de la muerte del padre, fallece el abuelo paterno de la Joven, a causa de un tumor en el estómago, que le fue detectado a punto de morir; permaneciendo una semana en el hospital. Estancia durante la que R visitó a su abuelo y "se despidieron".</p>
<p>Relación normal: R sentía libertad de actuar a lado del abuelo.</p>	R-Abuelo paterno	<p>La chica describe que cuando era pequeña visitaba a su hermano que vivía con los abuelos, y que durante estas visitas el señor la dejaba pegar botones donde quisiera y que ella afirmaba que iba a ser "modista o algo así".</p>

<p>Relación normal: R pudo elegir y diferenciarse de su abuelo y sus otros duelos.</p>	<p>R-Abuelo paterno</p>	<p>Cuando el abuelo murió, en esta ocasión, R sí asistió al sepelio en el que vio el cuerpo, al que le daban ganas de decirle "levántate", pues se veía muy bien, permaneciendo grabada la imagen en la Joven.</p>
<p>Negación de la relación: R para evitar la tristeza intenta no ser nadie para la abuela; además que reconoce (proyección) en la señora parte de su sentir.</p> <p>Relación depresiva: La adolescente siente pena y culpa por su embarazo, deseando esconderse de su abuelo muerto.</p>	<p>R-Abuela paterna.</p> <p>R-Abuelo paterno.</p>	<p>Sin embargo, R dice no visitarlo pues no conoce el lugar del entierro, y tampoco suele visitar a la abuela, ya que le causa tristeza, pues "ella sigue hablando de él como si siguiera vivo", sintiendo sola la casa; lo mismo que le ocurre a la menor pues a veces cuando pasa cerca de la sastrería, teme su abuelo la vea embarazada, recordando inmediatamente su ausencia.</p>
<p>Negación de la relación: R apunta mayor relación y dolor en la pérdida de su bebé, en relación a su padre y abuelo.</p> <p>Simbiosis: R depende de su hijo muerto, en el que puede hablar y reconocer objetos propios, resultando compleja la elaboración del duelo para una separación.</p>	<p>R-Padre-Abuelo paterno.</p> <p>R-bebé muerto</p>	<p>Así, Esther interroga a la chica acerca de su sentimiento al haber ocurrido estas tres muertes cercanas en el tiempo. R apunta que en realidad a quien más extraña es a su bebé, al que observó con vida y después sólo sus cenizas, pues no resistió (por lo que actualmente refiere tener miedo por su nuevo embarazo, presentando temor cada vez que entra al baño por una posible hemorragia). La menor refiere que le gustaría le dijera algo, aunque esta pequeño.</p>
<p>Simbiosis: R coloca sus temores y deseos en su bebé fallecido, apareciendo como un estimulante para la muerte de ambos.</p> <p>Negación de la relación: R pretende "perder el ser" y no relacionarse con otros, impidiendo la actuación de su propia agresión que se proyecta al exterior.</p>	<p>R-bebé fallecido.</p> <p>R-otros (vida-muerte)</p>	<p>Entonces Denise interroga qué le gustaría le dijera, R responde que la quiere y que esta bien, pensando con frecuencia en irse con él para estar juntos.</p> <p>En este momento, Denise interroga si acaso la joven ha pensado en morir o inducir su propia muerte, cuestionamiento que la joven rechaza al especificar que ella a veces sí ha pensado que estaría mejor "allá arriba", que a veces le dice a su mamá que si ella es buena, porque Dios no se la lleva, explicándose que posiblemente aún le queden cosas pendientes y ya le llegará su</p>

		momento, pues la joven reconoce tener miedo, por lo que no se ha atrevido a "hacerse daño" ella sola, pues sabe que es un pecado. Aunque añade que cualquier cosa te puede pasar en la vida: asaltarte, violarte, etc.
<p>Simbiosis: R reconoce sus temores y los proyecta sobre su madre, de quien se le dificulta separarse.</p> <p>Ambivalencia: La madre es un objeto al que se desea imitar, incorporar y sustituir, no obstante, también se le debe obediencia, quedando en dependencia.</p>	R-Madre	R fija que siempre ha tenido miedo de estar sola, que de pequeña tenía miedo de que a su mamá le pasara algo, por lo que pensaba en que de ser así podría lanzarse a un carro para que la atropellara y entonces "se fueran juntas". Ahora R dice tener miedo de irse con su pareja, no deseando dejar sola a su mamá, a pesar de que sabe que ambas deben hacer sus vidas, refiriendo: "mi mamá está sola y no quiero estar como ella", reconociendo miedo a que la dejen.
Señalamiento en relación al temor expuesto por las Jóvenes.	Terapeuta-pacientes.	Entonces Denise señala que existen cosas que pueden desencadenar cosas buenas o malas, aparentando que el temor es lo que las mueve y al mismo tiempo las detiene para hacer cosas, quedando en una posición vulnerable a cualquier evento que pueda ocurrir. Así, Denise interroga al grupo su opinión y si les ha pasado que el temor las mueva o paralice a realizar movimientos.
<p>Relación de control: Pm pretende controlar su miedo hacia su madre, de quien desconfía.</p> <p>Ambivalencia: La madre aparece como un objeto al que Pm ama, desea imitar y agradar, pero esta misma figura le produce molestia al deber obediencia por el cuidado brindado quedando de nuevo en la dependencia.</p>	Pm-Madre	Tras un breve silencio, Pm (paciente de nuevo ingreso) inicia su discurso al decir que ella piensa que R tiene razón para tener miedo, pues todos tenemos miedos. Entonces Denise interroga a la paciente cómo ocurre en su caso y Esther pide cuenta acerca de su situación de vida. Pm relata que ella al igual que R sólo vive con su madre a quien tiene miedo, pero que después lo piensa y entonces ya no lo presenta. Explicando que en su caso ella no puede hablar con nadie, ya que en su casa nadie le dirige la palabra salvo su mamá, quien la "aceptó en su casa". Así, Pm menciona que su mamá le da miedo porque le pega, grita e insulta y que anteriormente no la dejaba salir y que ahora al estar embarazada "menos".

<p>Relación depresiva: Pm siente preocupación y culpa por su padecimiento que piensa puede transmitir a su bebé.</p>	<p>Pm-bebé</p>	<p>Pm recuerda que su papá no vivía con ella desde que tiene 5 años de edad, pero que a los 3 comenzó a presentar un cuadro de asma que permaneció hasta los 10 años e incluso ahora, pues la paciente padece de sinusitis lo que en ocasiones le impide respirar y "siente que se ahoga", presentando miedo de que su bebé padezca alguna de estas enfermedades, que le sean transmitidas.</p>
<p>Negación de la relación: La madre cuenta a Pm que el padre no se interesaba por la niña, desplazando los reclamos hacia la menor, impidiendo la realización de su agresión; dejando en medio a la chica.</p>	<p>Madre-Padre</p>	<p>En el tiempo que la Joven tuvo asma, la mamá ha contado a Pm que a pesar de que el padre vivía con ellas, la que "batallaba" era la señora, pues el hombre pese a verla enferma "no era para llevarla al doctor".</p>
<p>Negación de la relación: Pm (al igual que la madre), niega el interés auténtico que puedan experimentar sus familiares, proyectando su desconfianza en el mundo exterior.</p>	<p>Pm-familiares</p>	<p>Pm agrega que mientras estaba hospitalizada era visitada por muchas personas, entre ellas sus tíos, sin embargo agrega que no entiende por qué razón iban a verla, pues siempre estaba dormida y no sentía que se tratara de visitas auténticas, considerando que la lástima es el principal motivo de sus familiares, a lo que añade "porque después sales y ni te pelan".</p>
<p>Negación de la relación: Pm no se permite ser importante para los demás y proyecta en sus parientes su agresión.</p>	<p>Pm-familiares</p>	<p>Ante el discurso de la menor, Esther interroga a qué se refiere con lástima, Pm responde que la mirada de lástima está relacionada con que "te ven con desprecio y como que no te quieren ver", refiriendo que esto es lo que le hacen sentir sus tíos y primos.</p>
<p>Relación depresiva: Pm experimenta aflicción y preocupación por la respuesta de su madre.</p> <p>Negación de la relación: La Joven resta importancia a la relación, dotándola de agresión que posiblemente esta dirigida a la madre.</p>	<p>Pm-Madre, hermana, tías y primas (figuras femeninas)</p>	<p>Inmediatamente Esther señala que al hablar de lástima la vio triste, interrogando el motivo. Pm refiere que lamentaba que su madre no estuviera con ella, agregando que no tenía nadie más con quien hablar o apoyarse, pues su hermana es "bien chismosa" y no se le puede contar nada porque todo se lo cuenta a su madre, o si platica con sus primas, ellas informan de todo a sus tías y éstas a su vez a la madre de la menor.</p>

Negación de la relación con figura femenina: Pm dice no haber tenido relación con sus pares de su mismo sexo, únicamente con el opuesto.	Pm- Amigas, madre	La adolescente relata que ni siquiera contaba con amigas, pues su madre siempre quería escogerle las amistades y con frecuencia le prohibía que se juntara con algunas niñas; comenta además que en realidad sólo tuvo amigos, pues a las niñas no podía considerarlas como amistades, sino sólo como conocidas, pero que a veces sólo estaba con ellas para no estar sola, aunque no dijera nada.
Relación normal: Pm podía elegir y diferenciarse con su tío y primas, pudiendo manejarse con independencia.	Pm-tío materno	Pm refiere que en su familia sólo contaba con un tío materno a quien podía platicar más cosas, agregando que mientras cursó el quinto año de primaria vivió por un mes con su tío, experiencia que le fue muy agradable, pues además de poder platicar tranquilamente con él, podía salir a fiestas con sus primas sin que esto implicara un castigo.
Relación depresiva: Pm se sentía culpable y temerosa de la reacción de su madre y el castigo por recibir. Miedo a la pérdida de la relación.	Pm-Madre	Refiere también que su madre no la dejaba salir a ningún lado, y que si salía a algún museo o a hacer alguna tarea y se tardaba un poco, regresaba rezando en espera de que su madre todavía no llegara o no estuviera a fin de no ser reprendida
Relación de control: La madre de Pm intentaba inmovilizarla, apareciendo la desconfianza y agresión. Simbiosis: La madre observa en Pm depositaciones de objetos que le son propios, resultando complicado reconocerlo y separarse.	Pm-Madre- Abuela materna- Hermana (figuras femeninas) Madre-Pm	De acuerdo con la paciente, la razón por la que su madre no le permitía salir es porque su propia madre fue violada y teme que le pueda suceder lo mismo a ella, a lo que Pm argumenta que no es justo, pues su hermana sale con sus amigas siempre que quiere, llegando a permanecer fuera de la casa hasta dos días.
Negación de la relación: Pm expresa miedo ante su madre, negando lo poseído y otorgado hasta ahora, anulando los esfuerzos propios y de la madre.	Pm-Madre	En este momento, Denise interroga a la menor qué la hacía sentir el sólo contar con su madre como apoyo, a lo que la chica responde que se sentía mal, pues en realidad le tenía miedo a su madre, quien nunca hizo lo que ella quería: "nunca tuve la mamá que quería ni la familia que quería y sé que nunca la voy a tener".
Relación depresiva: Pm temía por la	Pm-Madre-	Pm relata que en realidad sintió mucho miedo cuando se enteró

<p>respuesta de la madre, experimentando culpa y aflicción ante el embarazo, temiendo la pérdida de la relación que se asocio a la pérdida de su tío materno.</p>	<p>tías-primos (figura femenina).</p>	<p>que estaba embarazada ya que estaba segura que su madre la golpearía, por lo que estaba esperando para poder decírselo. Sin embargo a los tres meses del embarazo falleció su tío con el que podía platicar, de modo que decidió esperar que pasara un poco de tiempo para informarle pero esto no fue posible, pues sus primos la descubrieron y dijeron a sus tías, quienes interrogaron a la menor frente a su madre, llegando incluso a explorar su vientre para constatar el embarazo.</p>
<p>Relación de control: la madre de Pm intentó inmovilizarla a manera de venganza y castigo.</p> <p>Relación depresiva: En Pm se observa culpa y expiación a través de su inmovilización motora así como cansancio.</p>	<p>Madre-Pm Pm-Madre</p>	<p>Pm apunta que lo único que dijo su madre fue que a partir del día siguiente no iría más a la escuela, interrumpiendo así sus estudios cuando se encontraba cursando la preparatoria. A esto agrega que ahora la señora se arrepiente de haberla obligado a abandonar sus estudios, por lo que le ha preguntado si quiere regresar, sin embargo dice que ahora se siente muy cansada e indispuesta y que será más adelante.</p>
<p>Relación de control: Pm experimenta desconfianza y agresión hacia su madre, quien a su vez la agrede intentando inmovilizarla y reprochándole su actuar.</p>	<p>Pm-Madre</p>	<p>La menor asegura que le impresionó la respuesta de su madre ante la noticia del embarazo pues no la golpeó, pero con frecuencia le hace reproches, sobre todo porque la señora no quería hacerle fiesta de quince años y ante la insistencia del abuelo materno cedió, sin embargo ahora con el embarazo, suele decir a la menor que de saber que iba a salir con su "babosada", no le hubiera hecho nada. A esto Pm sólo puede agregar "como si yo lo hubiera planeado".</p>
<p>Ambivalencia: Pm deseaba cercanía con su madre, sin embargo también le teme probando alternativas de acercamiento.</p> <p>Relación depresiva. Pm siempre se ha encontrado pendiente de la opinión de su madre, estando atemorizada de perder la relación.</p>	<p>Pm-Madre</p>	<p>Pm refiere que la situación en casa era muy difícil pues con su madre siempre tenía que hablar con verdades a medias, ó platicarle las cosas que le pasaban como si se tratara de una amiga, obteniendo por respuesta de su madre que debe alejarse de esas amistades; la Joven sólo comenta "y cómo decirle que se trata de mí misma".</p>

<p>Negación de la relación: la chica intentaba detener la agresión de la que sabía sería objeto, deslizándose ésta hacia otras figuras como su tía, primos etc.</p> <p>Simbiosis: en la familia de Pm aparentemente los objetos externos reciben depósitos de sus objetos internos que al entrecruzarse crea dificultades para reconocer lo propio y separarse.</p>	<p>Pm-Madre-tía, primos (figura femenina).</p> <p>Pm-Padre</p>	<p>Ante el discurso de la paciente, Esther señala: "dices que no puedes hablar con nadie en tu casa, pero tampoco le dices todo a tu mamá". Inmediatamente, Pm refiere que lo que platicaba con su tía, era informado a sus primos, quienes a su vez enteraban a su hermana y ésta a su madre, de modo que al final todo terminaba en una reprimenda a pesar que ella intentaba negar todo cuando su madre la confrontaba. La menor añade que incluso ella no enteró del embarazo a su padre, sino que fue la señora, siendo buena la respuesta del padre, quien siempre le decía que si su madre preguntaba si había sido regañada, respondiera que así había sido.</p>
<p>Señalamiento de la ausencia de la figura masculina y la presencia ambivalente de la figura materna (femenina).</p>	<p>Terapeuta-Paciente</p>	<p>Posterior a este discurso, Denise realiza una recapitulación en la que se expone a la paciente que hasta ahora ha dejado ver que en momentos cruciales no contó con el apoyo de las figuras importantes para ella. Posteriormente, Esther señala que precisamente el espacio terapéutico sirve para hablar de todo lo que hasta ahora no ha podido, recapitulando que hasta ahora el grupo ha hablado de la existencia de hombres y mujeres importantes, como sus padres y madres, aludiendo a la figura de hombres que la mayor parte del tiempo se mostraron distantes con ellas, que solían irse y dejarlas solas con mujeres que aparentemente son el único apoyo, pero tampoco resulta tan adecuado porque implican para las chicas tener que aguantar golpes e insultos. Finalmente, interroga a MF qué piensa hasta este momento.</p>
<p>Negación de la relación: MF procura no dar importancia a la ausencia de la madre utilizando la negación que ayuda a impedir la realización de la agresión.</p>	<p>MF-Madre</p>	<p>MF inicia su participación diciendo que a ella no le pasó nada parecido, pues aunque su madre se iba a trabajar y pasaba mucho tiempo fuera, siempre la ha escuchado y apoyado en todo, principalmente ahora que se va a ir a vivir con su pareja (dentro de dos semanas).</p>
<p>Relación depresiva: MF siente pena y culpa por alejarse de su madre, con la</p>	<p>MF-Madre</p>	<p>Agrega que en realidad esto la tiene triste porque va a dejar a su mamá, argumentando que nunca ha estado sola pues su madre</p>

que teme perder o modificar su relación; necesidad de reparar.		salía a trabajar de las siete de la mañana a las tres de la tarde e iba a recogerla de la escuela a las seis de la tarde, por lo que la menor permanecía en compañía de su abuelo, tías y prima todo el día.
Relación depresiva: La adolescente experimenta culpa y temor, preocupándole lo que opina el otro y la forma en que puede tomar venganza. Inhibición motora.	MF-Medio ambiente	MF refiere que siempre ha tenido con quién platicar y le da miedo ahora que se va a su propia casa, pues es muy miedosa y cuando se encuentra sola mucho más, comentando que cuando se encuentra sola piensa que algo malo le puede pasar o que algo o alguien se le va a aparecer.
Simbiosis: MF reconoce necesitar de un objeto externo en el que aparentemente realiza depósitos de sus objetos internos (temores), creando dificultades para que reconozca lo que le es propio y pueda diferenciarse y separarse.	MF-Pareja MF-Otros (tía)	La paciente refiere que el horario que tendrá su pareja será de siete de la mañana a tres o seis de la tarde, señalando que esto será muy difícil pues nunca ha estado sola y siempre ha necesitado tener a alguien a su lado. Ante este discurso, Esther señala que la necesidad de tener a alguien al lado es como si con esto intentara cubrir o tapar algo, a lo que MF agrega que no va a estar tan sola porque una tía suya les va a rentar el departamento, tratándose de un familiar al que no se siente tan cerca afectivamente.
Simbiosis: a A al igual que MF le resulta complejo poder diferenciar sus objetos internos que puede observar en el exterior y que al entrecruzar le es difícil separarse e independizarse.	A-Abuela materna- Madre	Posteriormente Denise señala que una vez más se habla del temor a estar solas, solicitando a A comente brevemente lo que piensa hasta ahora de lo que ha escuchado. A refiere que a ella tampoco le gusta estar sola, pues siempre la cuidó su abuela y Justo eso es lo que la hace dudar ahora de ir a vivir con su pareja, pues piensa que si lo hace dejará sola a su madre.

Para finalizar la sesión, Esther señala que hasta ahora se ha hablado de situaciones reales a las que se tiene miedo, como lo que comentó R durante la sesión, pero sobre todo existen miedos internos que las arrastran a hacer cosas que no han decidido o pensado como lo decía Pm, dejando que ese miedo las lleve a situaciones en las que no se sienten tan cómodas y tranquilas, por lo que la pregunta a pensar sería qué es lo que genera ese miedo interno que no las permite ocuparse de sí mismas y que posiblemente interfiera en el cuidado del bebé, por lo que también habría que pensar en qué representa para ellas su hijo.

En seguida Denise señala que uno de los temas que más se hablaron fue la soledad y la continua añoranza o tristeza por una persona que no está, por lo que al hablar de miedos por cosas que pueden pasar afuera, se puede estar hablando más bien de miedos internos, por lo que se hace necesario identificar de dónde provienen los miedos de cada una, pues la imagen que ofreció Pm al hablar de la enfermedad hace pensar en una persona vulnerable, que siente no merecer que la escuchen pues tal vez haya algo malo en ellas que provoque esa visión en las personas. Finalmente se ofrece el espacio terapéutico como un lugar donde se puede reflexionar sobre todos estos miedos a fin de desarrollar los propios recursos para buscar el bienestar para ellas mismas y sus bebés.

Al finalizar la sesión A comenta que la razón por la cual llegó tarde fue porque se sintió mal y tuvo que asistir a urgencias, pues ha presentado vómito y contracciones, agregando que durante todo el embarazo ha subido sólo 800 gramos, mismos que perdió con la enfermedad, por lo que los médicos indicaron reposo absoluto y que se le practiquen algunos estudios.

CATEGORÍA	OBJETO	SESIÓN 45 DISCRUSO GRUPAL
Relación de control: la terapeuta intenta crear apertura y empatía sin embargo termina por ceder a su voluntad la palabra.	Terapeuta-Grupo	La sesión da inicio con la presencia de Pm, MF y GK, posteriormente se integraron SN (11 AM) y A quien llega al final. Esther inicia con una intervención de encuadre al referir que por este día contamos con una nueva integrante, explicando que es un grupo donde asisten adolescentes embarazadas y donde se espera puedan hablar acerca de sus pensamientos y sentimientos, donde se puede decir todo lo que se les ocurra, incluso aquello que consideren que no es relevante. Así, se le cede la palabra a GK, quien se presenta al grupo informando que tiene 14 años de edad y que vive con su esposo.
Relación de control: las terapeutas intentan manipular a la Joven pero al no obtener respuestas aparece la agresión.	Terapeutas-GK	Así, las terapeutas inician el interrogatorio sobre sus circunstancias de vida, ante lo que la paciente se observó angustiada moviendo constantemente sus pies y manos, así como que emitía respuestas cortas. La paciente cuenta que su

		pareja tiene 17 años y que viven en unión libre desde hace 6 meses, que antes vivía con sus padres con quienes sostenía una buena relación, aunque en ocasiones peleaba con su hermano que también tiene 17 años.
Relación de control: los padres de la Joven intentan sujetar a GK apareciendo la desconfianza y agresión; mismo acto que utiliza la chica para alejarse de sus padres.	Padres-GK GK-Padres	A su pareja la conoce desde hace 2 años, a través de una amiga que los presentó, comenzando la relación a los pocos días. En un inicio, el noviazgo fue prohibido por los padres, por lo que en un primer momento, ante la propuesta de su pareja, intentó irse a vivir a casa de él, sin embargo ese mismo día, los padres la buscaron localizándola a las 9 PM. A partir de este evento, fue que la madre decidió permitir a GK mantener la relación, también dio permiso para asistir a fiestas y reuniones. Así, en una fiesta, GK y su pareja coincidieron con otra amiga y su novio quienes también debían verse a escondidas ante la prohibición de los padres, decidiendo los cuatro fugarse.
Relación de control: los padres de GK intentaron regular el comportamiento de la chica, inmovilizándola, apareciendo la desconfianza y agresión.	Padres-GK	GK permaneció fuera de su casa por 5 días, mismos que pasó en un hotel. Al regresó de la Joven a su casa, los papás declararon que, con la finalidad que la chica no volviera a fugarse era mejor fuera a vivir con su novio. Causa por la que tanto los padres de ella como los de él, platicaron y acordaron que vivieran Juntos en la casa del Joven.
Relación de control: la madre de la adolescente presenta desconfianza en su hija e intenta dirigir su actuación.	Madre-GK	Al poco tiempo (1 mes después) es que la Joven acude al médico, pues su madre le advirtió que si iban a vivir Juntos era mejor que se cuidara, entonces la chica se enteró del embarazo del que pensó "ya ni modo", mientras que su pareja se mostró contento con la noticia. Al intentar interrogar más al respecto, la Joven responde con silencios, en los que impresiona aumentar la ansiedad.
Negación de la relación: GK no reconoce la relación con su hijo por nacer impidiendo la realización de la agresión proyectándola al mundo externo.	GK-bebé	
Negación de la relación: a través de la agresión se impide la actuación de la agresión, depositándola en el mundo	Terapeutas-GK	Es entonces que Denise interroga acerca de sus actividades diarias, GK refiere que por el día únicamente hace la limpieza de su cuarto y que por las tardes "baja" a ver a su mamá, que

<p>exterior.</p> <p>Relación de control: por parte de las terapeutas al intentar obtener la respuesta que esperaban y producía angustia en la paciente.</p>		<p>por ello es que no se siente sola, pues a diario se ven, ya que su pareja actualmente trabaja como ayudante de hojalatero (con su padre) y llega a casa por las noches, razón por la que la joven le sirve la cena y se acuestan a dormir. Es mientras están acostados que en ocasiones platican, al interrogar Denise por estas conversaciones, GK reseña que generalmente se enfocan a hablar de su bebé, "que nombre le va a poner y cuando lo van a bautizar", es entonces que Denise señala a la adolescente, ésta posición en la que permite que otros realicen actividades, retomando el tema del rechazo del bebé y los pensamientos de la paciente al momento de enterarse del embarazo. Intervención ante la que GK quedó en silencio. En este momento, Esther indica al grupo que éste es un tema importante que pocas ocasiones se habla dentro de la sesión, otorgando la palabra a MF para que cuente al respecto.</p>
<p>Negación de la relación: MF en un primer momento intentó negar la existencia del bebé, experimentando después el ambiente distinto.</p>	MF-Bebé	<p>La intervención de MF inicia cuando señala que en realidad ella también se sintió como GK, rechazando al principio la idea de estar embarazada, sin embargo conforme pasó el tiempo se fue ilusionando y ahora está emocionada por su bebé.</p>
<p>Relación depresiva: MF al enterarse de su embarazo experimentó preocupación y culpa, además de preocupación por la respuesta que tendrían los otros, decidiendo alejarse.</p> <p>Relación normal: MF pudo relacionarse con alguien sin temor y por su voluntad, manejándose con independencia.</p>	MF-Escuela MF-Orientador	<p>Debido a su respuesta corta, se le solicita que por favor platique más al respecto; así, la menor relata que el momento más difícil fue cuando se enteró que estaba embarazada, pues inmediatamente pensó en la forma en que esto detendría sus planes de vida, relatando que tuvo que dejar la escuela ya que estaba estudiando la secundaria en una escuela de monjas y no le iban a permitir que continuara si se enteraban del embarazo. De esta forma comenta que la única persona que se enteró del embarazo dentro de la escuela fue el orientador, quien la ayudó y apoyó mucho después que su madre habló con él.</p>
<p>Relación normal: MF puede elegir y planear su futuro incluyendo a su hijo del</p>	MF-Bebé	<p>MF refiere que todo esto al principio la hizo sentir mal, pero ahora ya no se siente de esa manera, pues piensa seguir</p>

<p>que se maneja con independencia percibiendo diferenciación y compromiso con el mismo.</p>		<p>estudiando después que nazca el bebé, aunque piensa que ya no va a poder ser médico forense como lo había planeado, porque implicaría más trabajo. De esta manera, Esther señala que no precisamente tiene que ser así, pues si lo planea y se organiza bien, puede conseguirlo, sin embargo la menor asegura que esto sería más difícil y prefiere hacer una carrera corta.</p>
<p>Relación depresiva: MF experimento pena por su embarazo, asimismo estaba preocupada por la reacción de su madre, que después reparó.</p>	<p>MF-Madre</p>	<p>Ante este discurso, Denise interroga cómo fue su respuesta en el sentido de desear no tener al bebé, obteniendo por respuesta que MF se sentía muy triste y que entró "como en una depresión", agregando que la respuesta de su madre al principio del embarazo fue de enojo con ella, pero esta situación ha cambiado y ahora la señora se preocupa y ayuda a la paciente. Asimismo apunta que otro factor que ayudó para que su visión de las cosas cambiara fue recibir el apoyo de su pareja, quien en todo momento le dijo que todo iba a estar bien y que estarían Juntos, proponiendo a la paciente se fuera a vivir con él.</p>
<p>Simbiosis: MF y su pareja colocan en su bebé parte de sus necesidades y deseos, creando dificultad para reconocer la necesidad de cada uno aspa como de tomar una decisión independiente.</p>	<p>MF-Pareja-bebé</p>	<p>De esta manera, Denise interroga a la menor cómo ha llegado a esa decisión, pues la sesión pasada comentó que esto sucedería en dos semanas y precisamente fue esa su demanda cuando llegó al grupo. MF refiere que platicaron sobre el bebé y decidieron que debe crecer con una familia, pues no quieren que viva lo mismo que ellos, recordando al grupo que ella no vivió con su padre, mientras que su pareja no vivió con su madre. Así, Denise interroga a la menor cómo ha sido para ella esta experiencia, pues con frecuencia hace alusión a la ausencia de su padre como restando importancia al evento, pero dejando ver que se trata de un tema difícil de hablar para ella.</p>
<p>Negación del a relación: la paciente intenta negar la relación existente con el</p>	<p>MF-Padre</p>	<p>MF expresa que en realidad su figura paterna fue su abuelo, quien la cuidó desde pequeña y dedicó mucho tiempo a Jugar</p>

<p>padre, quien aparentemente "no es nadie" impidiendo la realización de la agresión, así como de la expresión del afecto, deslizando la autoridad hacia otra figura.</p> <p>Relación de control: la terapeuta insiste sobre el tema que la paciente intenta evitar.</p>	<p>Terapeuta-MF</p>	<p>y convivir con ella, por lo que la ausencia de su padre no le afectó, pues además su madre siempre estuvo presente y procuró que se encontrara bien. Ya que la paciente evade constantemente el tema, Denise dirige una interpretación, en la que se hace alusión al dolor como un sentimiento que se encuentra presente en su rostro siempre que se habla del padre (en este momento cambia la expresión facial de MF y se observan lágrimas), señalando al mismo tiempo que evitar hablar de esa situación no implica que no exista y no la esté lastimando, posterior a lo que le solicita realice una descripción de su vida desde pequeña, en la que nos deje ver cómo ve ía y se explicaba la ausencia de su padre.</p>
<p>Relación normal: la paciente se vivía tranquila con la capacidad de elegir y diferenciarse de quienes la rodeaban.</p>	<p>MF-Familia</p>	<p>MF relata que ella nunca preguntó dónde se encontraba su padre y para ella no representaba ningún conflicto, pues todo el tiempo contaba con la presencia de su abuelo, madre, tías y prima, y que cuando sus compañeros le preguntaban al respecto ella sólo respondía que se llamaba "Pedro", de acuerdo con la menor, la información que su madre le daba y por tanto ella ofrecía a los otros niños, era que su padre vivía en otro lado, en EUA y que un día se lo iba a presentar.</p>
<p>Negación de la relación: MF pese a tener indicios de la existencia de su padre, no es capaz de preguntarse por él ni el afecto que esto le provoca.</p>	<p>MF-Padre</p>	<p>De esta manera, MF relata que cuando tenía cinco años, su padre le llamó por teléfono, ocasión en que estaba sola y ella contestó, creyendo que era su primo, a quien consideraba su padre, quien estaba llamando; así, la paciente relata que con la confusión comenzó a platicar con él hasta que se dio cuenta que no era y después avisó a su madre, quien le dijo una vez más que un día se lo iba a presentar. La paciente señala que fue hasta que su abuelo paterno falleció, que conoció a su padre, pues su madre la llevó.</p>
<p>Ambivalencia: MF deseaba contactar y ser apoyada por el padre, no obstante al no poder ser provista de esto, la chica</p>	<p>MF-Padre.</p>	<p>Relata además una ocasión hace tres años, cuando era novia de Luis, buscó a su padre por teléfono, quien le ofreció que se fuera a vivir con él, sembrando en la menor la esperanza de</p>

<p>responde con molestia.</p> <p>Negación de la relación: La paciente intenta negar su afecto así como el disgusto que éste le provocó, apareciéndolo como desconocido.</p>		<p>que su padre se interesaba por ella, misma que terminó ese día, pues se enteró que su padre tiene otra familia y que le ofrecía que se fuera a vivir con una hermana suya, quedando la posibilidad de convivir sólo cuando él lo quisiera ya que no quería poner en riesgo a su familia, ofreciendo a la menor que conociera a sus hermanos.</p>
<p>Relación de control: MF intentó obtener afecto de su pare, pero al no ocurrir, aparece la desconfianza y la agresión hacia él y su familia.</p>	MF-Padre	<p>MF se negó a hacerlo, pues saber que tenía otra familia la enojo, razón por la que su padre sólo le dijo que pensara bien si quería irse con él y que la llamaría al día siguiente, pero esto no ocurrió y fue hasta un mes después que su padre la llamó y pidió disculpas por no haberla buscado antes, proponiendo a la chica que se vieran, sin embargo ella se negó. MF relata que es hasta hace poco que su padre la volvió a buscar.</p>
<p>Negación de la relación: la menor intenta rehusar la relación que puede haber entre ella y su padre, utilizando la negación al hablar del afecto que este le genera.</p>	MF-Padre	<p>Cuando se interroga a la menor y se le pide describa lo que esto le hizo sentir, comenta que nada, tal vez desilusión, pero en realidad ya sabía que él era así y que esto no iba a cambiar, agregando que en realidad no lo conoce y por tanto no le puede tener confianza ni platicar cómo se siente.</p>
<p>Relación normal: MF reconoce la posibilidad de elegir dentro del grupo que le ha inspirado confianza.</p>	MF-Grupo	<p>Ante este discurso, Denise interroga a la paciente si esto le pasa dentro del grupo, a lo que responde que no, pues cada vez siente más confianza de contar su vida y escuchar lo que pasa a las otras chicas. De esta manera, se señala al grupo que esto es algo que se consigue poco a poco, pues los temas que se abordan allí no son fáciles de tratar, pero precisamente por eso deben abrirse dentro del espacio terapéutico. Posteriormente, interroga a Pm qué piensa de lo que ha escuchado hasta ahora.</p>
<p>Relación depresiva: Pm reporta haberse sentido mortificada por su embarazo y la respuesta que tendría de su madre, culpando a su pareja del embarazo.</p>	Pm-Madre	<p>Pm comienza su discurso al reconocer que ella, al igual que MF en un primer momento pensó en el aborto como una opción, que ella se sentía muy mal y que después de la noticia se la pasó llorando alrededor de una semana, pues temía la reacción de su madre, quien pensó posiblemente la golpearía e</p>

		insultaría. Comentando que ella culpaba a su novio de haber quedado embarazada, deseando hasta golpearlo o que algo le sucediera.
Simbiosis: Pm no es capaz de separar sus objetos internos de otras personas, llegando a confundirse y sujetarse, sin poder diferenciarse o separarse.	Pm-Otros (pareja)	Como primera reacción Pm pensó en abortar, ya que no le gustan los niños y nunca consideró tener un hijo, sin embargo, al comentar esto a su pareja, éste respondió tratando de "asustarla", que si algo le llegaba a suceder en el intento de abortar, él no se haría responsable, recordando Pm que al poco tiempo, mientras platicaba la pareja en la calle con unos amigos, el Joven le dio una pastilla para abortar a la novia, quien comenzó a sangrar inmediatamente, lo que asustó a la paciente, llevándola inmediatamente a desertar del aborto.
Baja autoestima: Pm no cuenta con la capacidad de autoafirmarse y emprender acciones por su cuenta, apareciendo dependiente de las decisiones de los demás.	Pm-Pareja	Fue entonces que la pareja, después de notar la ausencia de la menstruación y confirmar la noticia con una prueba que compraron, notificaron a los padres de él, quienes en un primero momento se enojaron, pero al poco tiempo después el padre del Joven los apoyó y fue cuando Pm comenzó a asistir al hospital.
Negación de la relación. A través de la negación, la agresión es autodirigida a la paciente quien considera que puede sufrir daño durante el parto.	Pm-Madre-Bebé	Sin embargo, Pm dice que aún se asusta, pues a veces piensa en el momento del parto, del que su madre le ha referido que es muy doloroso, prefiriendo la joven la cesárea, pues aunque sabe que también es dolorosa, es más seguro que ella sobreviva. Con todo, Pm dice que actualmente se siente muy contenta y emocionada por su bebé.
Relación normal: Pm comenta que son su tío podía elegir y determinar cual era la mejor forma de acercarse a su madre.	Pm-Tío materno.	Pm también comenta que poco tiempo después (hace 4 meses) que deseaba notificar a su madre, pero que primero quería contárselo a su tío para que la aconsejara sobre la manera y momento de abordar a la señora, sin embargo, tres días antes de la fecha que la chica había pensado para visitar a su tío, éste falleció, sin embargo Pm refiere que no sabe el medio, pero que su tío ya sabía del embarazo, platicándolo con su esposa y que fue durante la "levantada de cruz" que su
Negación de la relación: Pm al no haber notificado a su madre del embarazo intentaba alejarse de la agresión, la cual se deslizó hacia otras figuras como primas	Pm-Madre	

<p>y tías.</p>		<p>madre se enteró ante los comentarios de sus primos y tías que preguntaban sobre el estado de la Joven, viéndose forzada Pm a declarar la noticia, frente a la que la madre se molestó en demasía, decidiendo inmediatamente sacarla de la escuela, a pesar de los deseos de la chica, quien comentó que quiere estudiar una carrera.</p>
<p>Ambivalencia: Pm experimenta agradecimiento y cercanía afectiva hacia su madre pues suele defenderla y estar a su lado, no obstante también debe obediencia a la señora para continuar recibiendo cuidados.</p>	<p>Pm-Madre Pm-Abuelo paterno (padre).</p>	<p>No obstante, al poco tiempo, la madre comenzó a apoyar a su hija y aunque Pm refiere que en ocasiones su mamá "le canta" las cosas, es ella la única de la familia que continúa hablándole y defendiéndola de sus tías quienes le han reclamado el gasto que realizaron en el vestido de quince años. Al igual que el abuelo materno que no dirige la palabra a la joven y a quien ella reconoce como una figura cercana a su padre: ya que durante la infancia de la chica vivieron un tiempo Juntos hasta hace un par de años que el abuelo se unió a otra pareja.</p>
<p>Rivalidad con la figura femenina: Pm pese a la buena relación que tiene con su suegra, no confía y prevé dificultades entre ellas, cuestionando a su pareja al respecto.</p> <p>Relación de control: Pm intenta dirigir su vida Junto con la de su pareja e hijo, apareciendo desconfianza y agresión hacia su novio.</p>	<p>Pm-suegra Paciente-Pareja</p>	<p>Pese a ello, Pm cree que al abuelo puede pasarle el coraje, pues ya ha comenzado a preguntar a la madre por el parto y preocuparse por los objetos del niño como la cuna y ropa. Es en este momento, que Pm señala estar preocupada por su abuelo ya que se encontrará solo, momento en que Esther le interroga si sólo su abuelo estará solo, aceptando la Joven que también ella, pues debe decidir si ir a vivir o no a casa de su novio, ya que en casa de su madre no hay suficiente espacio para ella y su bebé además de que los gastos económicos no los puede solventar. Pero por otra parte, no desea ir a vivir a casa de su pareja, pues a pesar de recibir un buen trato por parte de la madre de él, ella dice que la señora "no le cae bien" y que en ocasiones ha platicado con su pareja su reacción si acaso tuvieran un desacuerdo Pm y su suegra, de lo que el joven apunta que en caso que su madre tuviera la razón la apoyaría "pues mujeres hay muchas", pero en el caso contrario la apoyaría a ella. No quedando conforme la Joven,</p>

		por lo que está pensando en darle largas a su pareja, primero al excusar que durante la cuarentena necesita que su mamá la cuide y así mes con mes.
Señalamiento de relación de control.	Pm-Madre	Entonces, Esther señala a la chica su respuesta, pues en ocasiones pareciera que ella más bien se guía por si alguien la asusta, intimida o entristece, invitando a la Joven a pensar en la participación que ella tiene en esas respuestas ya sea de su pareja o su madre, pues aparentemente Pm permite decidan por ella. En respuesta, Pm afirma y dice que eso le sucede con su mamá, pues no sabe como exponerle que ya no puede encargarse de su hermano menor y que se irá a vivir con su pareja, además que en ocasiones ella se da cuenta que los comentarios de su mamá están influidos por las opiniones de sus tías.
		Así, Esther señala a Pm que entonces la tarea puede consistir en intentar darse un lugar, pues es como si a Pm las recomendaciones y opiniones de sus tías, primos, pareja y madre no le dieran un espacio para poder escucharse y acomodar sus pensamientos y sentimientos, pues parecía que siempre estaba invadida por el exterior sin dejar un lugar para ella y que entonces probablemente eso se relacionaba con la ansiedad y preocupación que refiere, lo que no le permite concentrarse. Denise también señala que esta ansiedad puede verse reflejada en como la paciente se pierde en sus ideas y por ende en su discurso.

Para cerrar la sesión Denise señala al grupo que sentimientos como el dolor, la ansiedad y la tristeza, tienden a ser difíciles de comprender e indagar dentro de la propia historia, dejando en las pacientes una sensación de vacío o de algo que se tiene que tapar o esconder, sin embargo esto no es posible, y en su intento de negar que estas situaciones existen, se les escapan a través de situaciones como el embarazo, la toma de decisiones precipitados, o la ansiedad que manifiestan dentro del grupo. Finalmente, señala a GK que su dificultad para hablar en esta sesión es comprensible por

tratarse de la primera vez que lo hace, sin embargo en este día ha podido darse cuenta de la manera en que se trabaja en el grupo, de manera que se espera que la próxima vez pueda comentar un poco más sobre su historia.

Por su parte, Esther señala al grupo que impresiona que durante la sesión se habló de aquello que se hace pero no se dice ni se reconoce como el embarazo, el enojo o la tristeza que produce que el padre se encuentre distante o la madre lesione, pero que a pesar de que hay como un intento de olvidarlo y entonces hacer como que no ocurrió, en realidad se continúa haciendo presente en sus deseos e intenciones pues como lo había referido MF, ella deseaba dar a su hijo amor y una familia y que posiblemente ese amor no sólo tiene que ver con su hijo, sino que también implicaba que iba a dar y recibir amor tanto de su pareja como de su bebé, pero que lo más importante es que para poder hacerlo y la base de ello es la propia paciente, debiendo considerarse primero para entonces estar lista y poder ocuparse de los demás.

Al terminar se notifica a las pacientes del nacimiento del bebé de Jz y la ausencia del grupo de Edgar, solicitando además que lleguen más temprano para poder trabajar más tiempo, haciendo especial énfasis en A y SN, a quienes se les comenta que sería bueno que la próxima vez pudieran decir cómo se encuentran. Cabe señalar que AG se comunicó para informar que por indicación médica se tuvo que mantener en reposo, por lo que se presentará el próximo lunes a sesión.

FASE INTERMEDIA

CATEGORÍA	OBJETO	SESIÓN 49 DISCURSO GRUPAL
Relación de control: AG, recordando parte del discurso grupal intenta frenar la agresión de los otros que aparecen como enemigos.	AG-tías	La sesión comienza con la presencia de P, B, L y AG. El equipo terapéutico saluda a las chicas e interroga cómo se encuentran, qué ha pasado de nuevo y qué pensaron de la sesión anterior. AG es quien toma la palabra y comenta que le sirvió lo platicado la semana pasada pues durante el fin de semana en una fiesta de una de sus tías tuvo que enfrentar a sus tías, dudando primero en asistir, pero ante la insistencia del padre fue que AG decidió acudir en compañía de su hermano, recordando las palabras del grupo acerca de estar orgullosa de "su panza" y cuestionarse porqué tenía que darle gusto a otras

		personas.
<p>AG expresa sentimientos de resentimiento por la actuación de su padre, al defenderla después de haberla rechazado por su embarazo; mismo que la Joven experimenta.</p>	Paciente-Padre	<p>No obstante AG reconoce que sus tías la señalaron y confrontaron al preguntarle cómo se atrevía a asistir, y afirmar que únicamente iba a provocar vergüenza. No obstante el padre de la Joven ahora la defendió y apoyó, al comentarle que ella no debía estar avergonzada de nada, notando un cambio en la actitud del padre pues en un inicio del embarazo, AG recuerda que si se ponía una blusa corta la regañaba y le exigía se tapara "la panza", pero que ya no lo hace y ahora más bien se preocupa por actividades en las que pueden incluir al bebé, como un viaje a Acapulco.</p>
<p>Relación de control: las tías de la paciente intentan someter a la familia a su voluntad, apareciendo la desconfianza y agresión, al considerar una deshonra el embarazo de AG.</p>	Tías-AG (familia)	<p>Entonces, Esther interroga a la Joven cuál sería su lugar en la familia con esas tías que la Juzgan y su padre que ahora la defiende, respondiendo la paciente que queda de lado, pues todas las hermanas de su papá tienen mucho coraje, ya que la paciente supone que ellas esperaban que el padre la corriera y la dejara con "su responsabilidad". Relatando AG que en realidad siempre ha tenido enfrentamientos con sus tías, pues ellas hablaban de su madre pero que también siempre han vivido Juntos y que como la casa en donde residen era propiedad del abuelo paterno, ellas han pedido que AG salga de ese lugar, pues de acuerdo a su lógica, ese es el hogar de los hijos más no el de los nietos o aún de los hijos de los nietos.</p>
<p>Negación de la relación: AG intenta no darle lugar a su molestia, tristeza o coraje que puedan evocarle sus tías y la relación entre sus padres, impidiendo así la realización de la agresión, deslizándose hacia otros objetos, en este caso el bebé.</p>	AG-tías AG-padres (pareja)	<p>AG recuerda que en una ocasión las tías comenzaron a "chismear" a la madre de AG que Agustín (el padre) salía y sostenía una relación con una mujer más Joven a la que aparentemente mantenía, pensando incluso en la separación pues las tías alentaban a la Joven a continuar y tener una relación mas comprometida con el padre, mientras que a la mamá de AG le platicaban e informaban de la relación extramarital, sin embargo la paciente alude que un día se</p>

		<p>encontraron ambas mujeres (madre y pareja) donde aparentemente aclararon las cosas, pues AG cuenta que eran las tías quienes empujaban a la Joven a inmiscuirse en la relación de pareja. Al terminar esta reminiscencia, AG afirma que es por ello que ahora no desea pensar en eso (en referencia a sus tías) intentando ocuparse más de su bebé y el momento del parto al encontrarse cercano.</p>
<p>Simbiosis: Aparentemente AG describe una situación en la que hay dificultades para reconocer lo que le es propio; experimentando la separación como muerte o imposibilidad de sobrevivencia. Pichón-Riviére (1986) comenta que en este tipo de vínculo el diálogo es pesado, habiendo una relación más corporal.</p>	<p>AG- padres.</p>	<p>En este momento, Denise interroga qué ha pensado de su bebé y el parto. AG refiere que el médico le ha pedido esperar hasta que le den los dolores pues esperan sea natural, lo cual ya desea AG pues dice ya querer ver y conocer a su "hijo o hija", pero por otra parte dice ponerse nerviosa al pensar en la hospitalización, sobre todo por las noches que permanecerá sola (reconociendo tener miedo a la oscuridad), ya que nunca le ha gustado estar sola ni siquiera dentro de su casa, pues en estos momentos piensa en la muerte del padre y la madre de manera automática, señalando "si mi mamá se muere, yo me muero y si mi papá se muere me vuelvo loca". Al pedirle explique a qué se refiere con volverse loca dice que lloraría y lloraría sin consuelo al mirarse sola y sin saber qué hacer, añadiendo que eso también se parecería un poco a las situaciones donde se enoja sin poder controlarse, razón por la que Denise señala que entonces pareciera que sus propios recursos para valerse por sí misma no cuentan, pues es necesario que haya personas cercanas que la controlen y contengan sus impulsos.</p>
<p>Relación de control: La menor ha intentado controlar a su familia a su lado y voluntad, sin embargo al no obtener un resultado satisfactorio aparece la agresión en fantasías de muerte y angustia de separación.</p>	<p>AG- padres- hermano</p>	<p>Enseguida AG guarda un breve silencio, en el que aparece pensativa, para posteriormente señalar que desde pequeña ha sido muy difícil para ella estar sola y que al estarlo, vienen inmediatamente a su mente pensamientos en los que se imagina a su familia en riesgo y cómo se sentiría sin ellos, añadiendo en esta ocasión que a veces se imagina que puede</p>

		pasarle algo a sus padres o hermano.
Relación depresiva: Aparentemente todo el tiempo, la paciente esta preocupada por los Juicios y opiniones que los otros puedan tener de ella. Con miedo a la pérdida de la relación.	AG-otros	A continuación, Esther señala la reacción de la Joven ante la ausencia de los padres, donde aparentemente para la Joven con un momento de lejanía, desaparece toda seguridad y certidumbre tanto de ella como del bienestar de sus padres. AG apunta que siempre ha sido insegura, no sabiendo situar el momento u origen de la misma, pues en general siempre la han señalado y comparado con sus primos, cuestión que a la joven siempre ha preocupado y provocado tristeza.
Relación depresiva: La Joven expresa preocupación por su relación con sus amigas, tratando de agradar siempre pues surge miedo a perder la relación; necesidad de reparar por la culpa. Negación de la relación: AG ha aprendido por medio de su padre que no debe tener relación con el otro; impidiéndose la realización de la agresión, apareciendo la proyección.	AG- amigas AG-Padre- Otros	Es entonces que se le señala a la chica que la tristeza no se originó con el embarazo sino que ya era una condición previa, lo cual reconoce AG ejemplificando con sus amigas a quienes siempre pide opinión para comprarse algo pese al gusto de ella misma, actitud ante la que el padre le ha enseñado que no debe confiar en nadie, pues a él le ha ido mal con las personas en las que ha confiado, comentando a sus hijos que sus amigos son "uno o cinco pesos", pues es lo único seguro que tienen y ellos nunca lo van a traicionar. Pensamiento que la paciente marca ha sido transmitido a ella y su hermano para no confiar en nadie.
Señalamiento del tipo de relación (negación) del padre con los otros y de la paciente con los otros y ella misma.	Padre- otros AG-otros- sí misma	Posteriormente, Esther señala a AG que este pensamiento de no confiar en nadie ha sido formulado por el padre a raíz de las respuestas que recibió y no fueron como esperaba, pero que pareciera como si ahora la Joven además de aplicarlo a todas las personas con las que se relaciona ella lo tomó incluso para ella misma, pues aparentemente tampoco puede confiar en sí pues también es una persona. A continuación, se interroga al grupo qué piensan hasta este momento.
Relación normal: B puede elegir las situaciones en que desea estar sola y expresar sus afectos.	B-soledad	Después de un breve silencio B dice al grupo que para ella la soledad a veces es buena, pero en otras es mala. Buena porque en ella puede reflexionar, pensar y llorar, pero que en otras es mala pues no tienes a alguien en quien apoyarte.

<p>Relación depresiva: B se encuentra preocupada, afligida y con sentimiento de culpa por lo que sus padres pueden pensar si hablar (acepta) a su bebé. Temiendo por la posible pérdida de la relación y con necesidad de reparar, surgiendo inhibición motriz.</p>	B-padres	B comenta que pese a la confianza que tiene con sus papás frente a ellos aún no se atreve a hablarle a su bebé tal vez por "pudor", relatando que en ocasiones tanto su padre como madre la animan a hablarle a su bebé frente a ellos lo que la chica aún no puede realizar, pero que ellos si lo hacen. Sin embargo, B refiere que con la única que el bebé se mueve es con ella y en ocasiones con la voz de la abuela. Igualmente, la paciente señala que sus tías suelen entenderla pues se reflejan en ella y ella se refleja en ellas.
<p>Identidad como mujer: las mujeres de la familia han presentado embarazos durante la adolescencia; B al desear tener características como estas mujeres se identifica a través del embarazo.</p>	B-tías	
<p>Relación de control: B intenta mantener bajo su dirección a su familia y compañeros de colegio, intentando se comporten a su voluntad, apareciendo desconfiada e impulsiva.</p>	B-padres-compañeros	B cuenta que ella también ha aprendido a no confiar todo a todas las personas, pues no le gusta hablar de su familia con sus compañeros de la escuela para evitar que después se lo reprochen o lo divulguen y que igualmente en su casa no le gusta hablar de sus amigos. Es entonces que Denise señala que es como si se trataran de dos personas diferentes, una en la casa y otra en la escuela, pero que en realidad no se encontraba confiando en nadie, pues como lo señalaba el papá de AG parecía que no se podía confiar en los amigos pues éstos posiblemente iban a traicionar. Así, otorga la palabra al grupo.
<p>Señalamiento sobre la respuesta de las Jóvenes ante la tristeza y soledad.</p>	Terapeuta-grupo (silencio).	Después del silencio en el grupo, Esther señala al grupo la respuesta ante la soledad, pues como lo había referido AG les provocaba tristeza y se hundían en ello, pues a pesar de que se observaban pensando y atentas al discurso, no se atrevían a hablarlo, invitándolas a participar.
<p>Relación depresiva: En P se observa preocupación, culpa y necesidad de reparar; preocupándose por lo que el grupo expresa y lo que pueden pensar de ella,</p>	P-grupo P-embarazo	P después de un suspiro, dice que ella en realidad no sabe qué conclusión sacar, pues casi siempre en base al discurso del grupo ella puede sacar sus deducciones. Pero que en esta ocasión no sabe si la soledad es buena o mala, únicamente que

<p>temiendo por la pérdida e la relación.</p>		<p>la hace sentir triste sobre todo ahora que está embarazada pues se acuerda de aquellas cosas que ella ya había pensado y que ya no le causaban tanto malestar, expresando que el embarazo es un estado para pensar de nuevo.</p>
<p>Relación depresiva: P se representa sola, preocupada y con necesidad de reparar durante su embarazo sus objetos dañados en su infancia; presentando inquietud por la pérdida de la relación.</p> <p>Víctima de Agresión.</p>	<p>P-madre-hermano-embarazo</p> <p>P-hermano</p>	<p>Así, Esther interroga qué es lo que ha pensado; P dice que actualmente no le agrada estar sola intentando ocuparse ya sea con su madre o bien acompañando a su pareja a su trabajo, lo que en ocasiones no puede hacer, explicando que trata de "tapar un hoyo" al intentar estar siempre con su mamá. Al punto que, Esther interroga qué hoyo es el que intenta tapar pues en la sesión anterior había mencionado que de pequeña tenía periodos en los que se deprimía. P responde que ahora que esta embarazada se puede dar cuenta de la calidad de relación que tiene con su hermano, pues actualmente no se hablan, Denise interroga si lo que le produce tristeza es la relación con su hermano; P dice que no, pero que se acuerda de cuando eran menores y la chica se quedaba sola en casa a causa del trabajo de la madre. Durante esta época el hermano comenzó a tomar por lo que cuando llegaba se enojaba y golpeaba a la paciente si acaso ésta no había limpiado la casa y realizado las labores domésticas que correspondían a los dos.</p>
<p>Víctima de violencia física y psicológica.</p> <p>Relación depresiva: P, cuando niña se sintió culpable y afligida por la enfermedad y gravedad de la madre; temiendo por la venganza que pueda tomar su hermano y la pérdida de la relación. Apareciendo la necesidad de reparar en la actualidad, a partir del embarazo.</p>	<p>P-hermano</p> <p>P-madre</p> <p>P-hermano</p>	<p>P describe la forma en que su hermano la golpeaba, tirándola al piso y sujetándole las manos lo que impedía que se defendiera, amenazando el hermano con que si lo acusaba con la madre entonces la golpearía de nuevo. Sin embargo, en una ocasión P decidió participar a la madre, quien presentó inicios de diabetes, necesitando que las tías la llevaran al hospital. Al regreso de éstas fue que P se enteró de la gravedad de la madre además que las tías y hermana mayor la señalaron, culpando a ambos hijos de la enfermedad de la mamá, además que es a partir de éste momento que la Joven ubica el mayor</p>

		distanciamiento y rencor entre ella y su hermano. Al haber sido ella quien informó a la mamá, pero al haber sido él quien la maltrató.
<p>Víctima de abuso: sin posibilidad de defenderse.</p> <p>Relación depresiva: P se consternó por la enfermedad de la madre, razón por la que compensaba su culpa, tolerando el maltrato de su hermano, temiendo un nuevo daño a la madre, a quien ocultaba su padecimiento, apareciendo la inhibición motora.</p> <p>Señalamiento de soportar el maltrato como una especie de pena.</p>	<p>P-hermano</p> <p>P-madre</p>	<p>Desde este momento, las tías y la hermana de P intentaron calmar la violencia del Joven, a través de gritos que P emitía y eran acallados por su hermano, razón por la que la chica continuó recibiendo las puniciones sin poder decir nada a nadie, pues con todo P inventaba excusas a su mamá como haber visto o escuchado una canción triste, cuando ésta la descubría con los ojos hinchados. De este modo, Denise señala a la paciente la correspondencia en su pensamiento entre la enfermedad de la madre y haberla informado de las riñas entre ella y su hermano, lo cual provocó que P pueda considerarse la causante de los problemas de la mamá, sin embargo P aparece tolerando y soportando el maltrato del hermano, lo cual con el embarazo se ha recordado y aparece como aún presente, pues en las condiciones que están viviendo y que el grupo expone, pareciera que no tienen posibilidades de hacer nada por sí mismas, lo que se parece un poco al momento en que su hermano le sostenía las manos mientras la golpeaba. Posteriormente otorga la palabra al resto del grupo: SN y L.</p>
<p>Relación depresiva: SN señala sentimiento de soledad, pese a contar con apoyo del exterior.</p> <p>Negación de la relación. La Joven niega el valor de la relación y apoyo que se le ofrece, deslizado la realización de la agresión al exterior al utilizar la proyección.</p>	SN-familia-pareja.	<p>SN comenzó su participación relatando que siempre se ha sentido sola, incluso ahora, a pesar que su familia se encuentra con ella y que busca la convivencia, agregando que tanto su familia como su pareja la apoyan y se acercan a platicar con ella, sin embargo aún no ha escuchado lo que ella quisiera. SN comenta que su pareja y ella están viviendo en casa de sus padres, donde no pagan renta ni nada porque el chico tiene un salario muy bajo, razón por la que no había podido venir, pues gana tan poco que no había tenido dinero para pagar la consulta y el transporte.</p>
Ambivalencia: SN frente a su madre	SN-madre	De esta manera, la menor relata que su madre ha procurado

<p>experimenta afectos encontrados y contradictorios como agradecimiento y enojo.</p> <p>Simbiosis: SN considera que tanto ella, como su bebé y pareja dependen de su madre en quien realiza depósitos de sus objetos internos, lo mismo que le ocurre con el exterior, resultando una compleja tarea la separación.</p>	<p>SN-sí misma.</p> <p>SN-Madre</p>	<p>estar más cerca de ella, sin embargo en una ocasión la escuchó quejarse por la ayuda que le brinda, lo que lastimó mucho a la paciente. Por otro lado, comenta que hace poco tuvo problemas con su madre porque un día no llevó a su hermano al kinder, llegando la señora a reclamarle "pues es lo único que hace", reprochando a la paciente estar de "mantenida" y no poder ayudar con el cuidado del niño. En este sentido, SN explica con llanto que le duele mucho que su madre ofrezca una ayuda y apoyo que después le reprocha, agregando que se siente enojada con ella misma al no poder trabajar para aportar dinero al hogar y que entonces los reclamos cesen. Sin embargo, al no poder ser una fuente de ingresos para la familia, SN se siente más lastimada, pues cree que si su madre ya no puede apoyarlos, debería hablar con su pareja y pedirle que busque otro empleo mejor remunerado, señalando que si bien ya lo ha insinuado muchas veces, nunca se lo ha dicho directamente a él.</p>
<p>Relación normal: la Joven intenta manejarse con independencia y diferenciadamente con su familia.</p> <p>Negación de la relación: la madre utiliza el silencio como castigo a la Joven, negándole el ser y la relación.</p>	<p>SN-familia</p> <p>Madre-SN</p>	<p>Asimismo SN señala que a partir de las sesiones que estuvo en el grupo intentó acercarse más a su familia y platicar más con ellos, pero fue el problema con su madre (respecto a no haber llevado a su hermano al kinder) lo que la hizo desistir, pues de acuerdo con la paciente, a partir de ese evento su madre dejó de dirigirle la palabra casi una semana para después volver a hablarle como si nada hubiera pasado.</p>
<p>Relación de control: a través del control de su discurso, la Joven intenta mantenerse resguardada y Junto a su madre; apareciendo la agresión y desconfianza en la respuesta que la señora pueda emitir ante el comentario de su hija.</p>	<p>SN-Madre</p>	<p>De acuerdo con SN este tipo de situaciones la hacen desconfiar del tipo de respuesta que puede tener su madre, por lo que ahora está pensando si debe hablar con la señora y exponerle lo que está sintiendo y pensando sobre no haber contado con tiempo suficiente cuando ella era pequeña para convivir de otra manera. SN agrega que no sabe cómo podría responder su madre, temiendo expresarse de manera franca ante la señora, pues en una ocasión, cuando acababa de entrar a la</p>

		<p>preparatoria y antes de estar embarazada, mandaron llamar a la señora porque la menor no entraba a clase y ante el cuestionamiento de la madre sobre las razones para que la menor se comportara de esa manera, SN dijo que todo el tiempo se había sentido sola y le había hecho falta pasar más tiempo Juntas, por lo que no tenía ningún derecho de hacerle reclamos; de acuerdo con la menor, la madre se alteró y volvió los reproches a la Joven.</p>
<p>Negación de la relación: SN niega tener confianza y bases para relacionarse con su madre. No obstante la agresión se desplaza hacia otros objetos a través de la proyección.</p> <p>Señalamiento en cuanto a la simbiosis con que se perciben las Jóvenes en su relación con otros.</p>	<p>SN-Madre</p> <p>Pacientes-otros.</p>	<p>Asimismo, SN señala que no puede confiar en lo que su madre le diga, pues cuando era pequeña y la señora acudía al grupo de comedores compulsivos, la señora un día se acercó a ella pidiéndole perdón por la manera que hasta entonces la había tratado y prometiendo que las cosas iban a cambiar y sin embargo al poco tiempo volvió a golpearla. Es en ese momento que Esther interroga a la paciente qué podría decir a su madre, a lo que SN responde que le diría eso, que le hizo falta convivir más tiempo con ella y que le duelen los reproches que le hace en el momento que está siendo ayudada, sin embargo comenta una vez más que no sabe cómo podría reaccionar su madre. Enseguida, Denise señala a la menor que una forma de hacerlo es así, tranquila como lo está hablando en ese momento, pero otra forma de decírselo es sin que la señora se encuentre presente, a través de su propia reflexión dentro del trabajo grupal, pues si bien es conveniente que lo hable con su madre, el hecho de decírselo no asegura que vaya a existir una respuesta más afectiva como tal vez lo espera la menor. Por esta razón se expone que lo más valioso del trabajo en el grupo es poder darse cuenta de cómo se sienten ellas mismas ante otras situaciones y personas, ya que eso se encuentra en sus propias manos y les pertenece a ellas, pues una vez más SN está permitiendo ver que el grupo considera que no puede hacer nada ante las situaciones que enfrenta cada una,</p>

		esperando que sean los otros quienes promuevan cambios a partir de los malestares de las pacientes. Finalmente se solicita a L comente lo que ha pensado hasta ahora.
Simbiosis: L siente depender completamente de su madre, dificultándose la separación, al colocar objetos propios en el exterior. La separación es sentida como incitante de la muerte.	L-madre	De esta manera, L comenta que la soledad es mala, pues ella también ha estado sola y que incluso hace poco todavía temía quedarse sola, ya que desde que se embarazó, su madre ha buscado estar más tiempo con ella, sin embargo se sentía muy asustada cuando la señora debía salir a trabajar.
Víctima de maltrato	Pareja-L	De acuerdo con L, su madre salía a trabajar por las noches y Justo cuando la señora salía, llegaba la pareja de la menor a visitarla, sin embargo conforme se aproximaba la hora de partida de su madre, ella se comenzaba a sentir más angustiada y pedía a la señora que no se fuera, pues una vez que el Joven llegaba, la situación se tornaba violenta. Cabe señalar que el discurso de L en este momento ya es muy ansioso; se mueve desesperadamente sobre la silla, tallando con la pierna el piso denotando un monto muy elevado de enojo.
Simbiosis: L intenta alejarse del maltrato al depender de la presencia de su madre, quien al salir (separarse) aparece la lesión. Existiendo una relación más corporal.	L-madre	
Víctima de agresión física y verbal.	Pareja-L	L refiere que cuando "el chavo" llegaba, comenzaba siempre a insultarla y agredirla físicamente, comenzando siempre con un "bofetadón" y avanzando cada vez más, de modo que ella misma sentía la necesidad de defenderse y a cada agresión del chico seguía una de L en respuesta, sin embargo comenta que llegaba un momento en que pensaba que si ella misma no se detenía, la situación podría tener un final más grave.
Relación de control: a través del control que L intentaba sobre su enojo y cuerpo, la menor trataba de regular las agresiones de su pareja.	L-Pareja	
Simbiosis: la relación entre L y su pareja, se extendió a las familias de ambos, entrecruzándose objetos que resultaban en la complicación de la separación, tanto de los padres como de la pareja, dejando sin palabra a la paciente.	L-Padres-pareja-padres de pareja	Así, la menor relata que en una ocasión decidió correrlo de su casa, pero al darse cuenta que ella sola no podría hacerlo, informó a sus padres de la situación que había vivido hasta ahora, de modo que los señores a su vez hablaron con los padres del Joven, a quien se prohibió se acercara más a la paciente. Sin embargo, L refiere que al poco tiempo su pareja comenzó a acudir a su casa, pero en ese tiempo visitaba a los

Relación de control: A través de éste, la pareja y padres inmovilizaron y anularon a L, manteniéndola bajo su voluntad, apareciendo la desconfianza y agresión.	Padres-pareja-L	padres de la menor para hablar con ellos sobre volver con la chica, quien comenta que en realidad su opinión no importaba, pues su pareja y sus padres hablaban sin considerarla, razón por la que el menor solicitaba a sus padres no lo permitieran sin obtener una respuesta satisfactoria para ella.
Víctima de violencia física y psicológica.	Pareja-Padres-L	De acuerdo con L, fue así como su pareja regresó con ella, pero la situación fue la misma, pues el Joven siguió siendo tan violento como antes, de modo que estos eventos de violencia y separación se hicieron repetitivos y siempre quedaron fuera de su control, ya que sus padres y pareja deciden el momento en que van a volver a estar Juntos.
Relación de control: aparentemente el chico ha convencido a los padres, dejando inmóvil a L.	Pareja-padres-L	
Violencia física que colocan a la mejor en indefensión e imposibilidad de separarse. La agresión aparece sin represión alguna.	Pareja-L.	L hace alusión además a una ocasión en que su pareja le dio un puñetazo en la nariz, sangrándola inmediatamente estando en su propia casa; de acuerdo con el relato, en esa ocasión estaba en casa el hermano de L, quien "por casualidad" salió cuando ella se estaba limpiando; para entonces la pareja de la paciente ya había escondido la chamarra y el trapo que evidenciaban la escena de violencia, sin embargo ella tenía manchada la mano de sangre y su hermano le preguntó qué le había pasado, a lo que la pareja de la menor respondió que le había salido sangre de la nariz. No obstante, L dijo a su hermano que la acababa de golpear, razón por la que el hermano se enojó y corrió al Joven de su casa, pero como en otras ocasiones, pudo volver al lado de la paciente.
Relación de control: la madre pide a la chica maneje a su voluntad a su pareja, dando oportunidad a la agresión.	Madre-L-Pareja	L expone que a pesar de los actos violentos y que ha hablado con su madre sobre no querer tener más contacto con él, la señora le insiste que debe hacerlo responsable, por lo que todo el tiempo le ha pedido que se vaya a vivir con él, argumentando que esa es la forma en que puede empujarlo a responder a sus obligaciones.
Negación de la relación: L se figura que a	L-padres-	De acuerdo con L, sus intentos por persuadir a sus padres

<p>causa de su embarazo ya no es nadie y no tiene derecho de pedir nada, anulando también toda posibilidad de relación. Bloqueando sus afectos (enojo).</p>	<p>hijas.</p>	<p>cesaron cuando se dio cuenta del porqué de tanta insistencia de su madre, pues hace poco le comentó que en realidad no cuentan con espacio en casa para alojarla a ella y a sus hijas (ya en este momento del relato, L se mueve con más vigor y el tono de su rostro refleja más angustia); de esta manera, la paciente refiere que no tiene más opciones y tendrá que aguantarse, argumentando que en este momento el chico está tranquilo y no se ha comportado violentamente, lo que sirve a su madre para persuadir a la menor que él ya está cambiando y por tanto debe dejar en sus manos la responsabilidad de las niñas.</p>
<p>Violencia física e inseguridad sobre el futuro.</p>	<p>L-pareja</p>	<p>Sin embargo, L comenta que teme que esta aparente tranquilidad sea seguida de más violencia, agregando que ni siquiera está segura de contar con lo indispensable para mantenerse, pues él trabaja con su padre (ayuda a vender refacciones) y está comenzando a tener negocios por su cuenta, pero no posee liquidez pues todo el dinero lo tiene invertido, razón por la que ofrece a la paciente si acaso doscientos pesos, mismos que le sirven sólo para ir al médico, pues debe tomar taxi debido al riesgo que representa su embarazo.</p>
<p>Miedo ante la respuesta de la pareja (violencia), sin oportunidad de elegir ni manejarse con independencia.</p> <p>Relación de control: L intenta mantener bajo régimen a su pareja, para mantenerse a salvo, apareciendo la desconfianza y agresión en la relación, al considerar a su pareja como enemigo.</p>	<p>L-Pareja L-Pareja</p>	<p>Posteriormente, L repite que a pesar que todo se encuentra en aparente calma, teme que su pareja y ella vuelvan a lo mismo, expresando que sin embargo no tiene más opciones que esa y por lo tanto debe aguantar, aunque tiene planeado que permanecerá en casa de sus padres al menos hasta que termine la cuarentena, pues no puede decir que no a la petición de sus padres de irse de casa. En este momento, Esther interroga a la paciente si sólo puede aguantar, o porqué no decir que no desea estar con él; L expone que ya lo ha hecho y sin embargo su madre continúa diciendo que debe hacer responsable al padre de las niñas, así que en verdad sólo</p>

		<p>le queda aguantar. Enseguida, Esther interroga porqué razón tendría que hacerlo responsable ella, a lo que L responde que porque él no lo es, de modo que ella debe encargarse de que cumpla con sus obligaciones, por lo que incluso tiene que estar pendiente de los gastos que hace, pues si gana un poco de dinero, enseguida quiere gastarlo en una chamarra o algo y como está "chavo" (17 años), le dan ganas de gastar en otras cosas, por lo que ella debe decirle que en lugar de comprar eso, le dé el dinero para comprar cosas para las bebés o la casa.</p>
<p>Indefensión ante la violencia.</p> <p>Ambivalencia: L debe obediencia a sus padres en agradecimiento a sus cuidados y amor, no obstante, aparecen afectos encontrados y contradictorios al colocarla en riesgo y condicionar su apoyo.</p>	<p>L-padres</p> <p>L-padres</p>	<p>En este momento L denotaba una expresión de enojo y sus movimientos en la silla ya eran más constantes, razón por la que Esther interroga qué siente en ese momento. Inmediatamente L refiere que siente desesperación al no poder hacer nada, pero que también siente odio y mucho agradecimiento, pues como sea, sus padres le están dando alojamiento en su casa y no le falta la comida, sin embargo siente odio pues la están orillando a vivir con alguien que la lastima y con quien no tiene deseos ya de tratar, sin embargo, por las condiciones en que se encuentra, repite que no le queda en verdad más que aguantar.</p>
<p>Relación de control: la Joven considera que pueden manejar a su pareja a su voluntad, así como actuar bajo la misma.</p> <p>Señalamiento de la agresión y la situación vulnerable en que se encuentra la Joven.</p>	<p>L-Pareja</p> <p>Terapeuta -L.</p>	<p>Ante este discurso, Denise subraya que si su única opción en este momento es aguantar, hasta qué momento piensa hacerlo, pues resulta muy peligroso para ella poner a prueba su propia resistencia frente a la violencia; L comenta que hasta ahora había aguantado porque no ha pasado sus límites. Enseguida Denise interroga cuáles son esos límites o cómo poder identificar cuando ya no resista más golpes, pues hasta ahora han existido muchos y no se ha detenido; L responde que en el momento que quiera se puede salir, pues tiene manos y puede trabajar y luchar para solventar sus gastos y los de sus hijas. Ante este discurso, Denise señala y hace una</p>

	<p>intervención directiva a la menor en la que expresa que no basta con eso y no puede ponerse a prueba de esta manera, por lo que es necesario que se proteja de otra forma más efectiva, ya que evidentemente sus padres no podrán resguardarla, será necesario que acuda a un Centro de Atención para Víctimas de Violencia Familiar, a fin de que ella se oriente legal y psicológicamente y también que reciba orientación de trabajadoras sociales, pues actualmente su pareja no ha mostrado violencia, sin embargo esto no asegura que vaya a continuar así. Entonces, se enfatiza la necesidad de prevenir y proteger no sólo a la paciente, sino también a las niñas y de manera efectiva.</p>
--	--

Para finalizar la sesión, Esther señala que al estar solas, aparentemente no pueden confiar en nadie, ni siquiera en ellas mismas, pues la soledad las coloca en una condición vulnerable donde creen que no pueden hacer nada, por lo que se perciben a sí mismas como poco capaces de cuidarse y dar respuestas efectivas al ambiente que las rodea. Sin embargo queda claro el panorama tan sombrío del cual se piensan causantes, pues al haber ocurrido eventos dolorosos cerca de algún momento en que ellas se quejaron, se consideran responsables de lo sucedido. Por esta razón se hace necesario pensar cómo se originó esta sensación, pues también es cierto que de alguna forma, a pesar de haber estado solas, han llegado hasta los quince o dieciséis años, pues ellas solas, como niñas, fueron capaces de proveerse y cuidarse a sí mismas y ahora tienen que pensar qué van a hacer como adolescentes y más adelante. Posteriormente se señala a AG que posiblemente esta sea la última sesión a la que asista y que ella en un inicio refirió que se siente sola, sin embargo su trabajo dentro del grupo es algo que se lleva consigo y que puede seguir pensando.

Finalmente Denise señala que en esta ocasión el grupo ha permitido ver cómo la soledad y el no contar con padres que pudieran protegerlas ante situaciones violentas físicas o psicológicas, ha creado en ellas una imagen falsa de poca capacidad de acción. De esta manera, se expone cómo cada una se enfrentó a momentos en que necesitaba de la protección de los padres, quienes por diversas razones no pudieron contenerlas como ellas hubieran deseado, generando así la sensación de no poder contar con algo mejor, no contar con el apoyo de alguien y ni siquiera poder contar consigo mismas como recurso personal. Así, se señala que los recursos que cada una tiene les han permitido llegar hasta este momento y permanecer en un grupo donde el trabajo personal no es sencillo, pues implica enfrentarse a dolores propios que pueden ser muy grandes pero que es necesario conocer a fin de hacer movimientos que redunden en un bienestar

personal, pues al hablar este día de soledad, se está hablando de estar consigo mismas y de tener que conocerse y saber qué es lo que les duele y temen, pero también de qué son capaces y con qué fortalezas cuentan, pues eso es de ellas y no depende de nadie más. Por último, Denise señala a AG que al tratarse de su última sesión en el grupo, ella ha podido darse cuenta a lo largo de su trabajo que cuenta con muchas capacidades para proveerse a sí misma y a su hijo o hija de todo lo que sea necesario económica y afectivamente.

CATEGORÍA	OBJETO	DISCURSO GRUPAL SESIÓN 50
Relación normal: las pacientes tienen la posibilidad de expresar su sentir acerca de la sesión pasada, como resultado de la diferenciación entre cada una de ellas y las terapeutas, manejándose con entereza y franqueza.	Terapeuta-pacientes.	La sesión comienza con la presencia de B y L a quienes se les interroga cómo han estado, qué pensaron de lo trabajado en la sesión anterior y cómo les ha ido, contestando el grupo "bien", permaneciendo en silencio, mirándose entre sí y sonriendo a las terapeutas. Es en aquel momento que Esther interroga qué pensaron acerca de la sesión anterior, obteniendo por respuesta de B que "nada", cuestionando en seguida cómo sintieron la sesión pasada acaso fuerte o si algo de lo que dijeron les había sorprendido. Inmediatamente L refiere que fue fuerte, aunque todo lo que dijo es verdad, tomando la frase de que se trataba de una "verdad fuerte", pero que eso ya está tranquilo, pues actualmente teme por el parto.
Señalamiento directivo. Ambivalencia: En L aparecen afectos encontrados y contradictorios que dan sustento a las fantasías de daño y muerte al momento del parto.	Terapeuta-paciente. L-embarazo.	Es entonces que Denise señala que el embarazo y su vivencia han sido fuertes, pero que actualmente sus bebés requieren de ella, interrogando al respecto al encontrarse cercano el parto. L responde que presenta miedo en relación a la anestesia que requerirá la cesárea que el médico ha programado entre el 12 y 15 de abril. La paciente expone que ha escuchado que hay algunas personas que "se quedan" por el dolor que representa la cirugía, pues se ponen "tan nerviosas" que no hay efecto anestésico y pueden sentir todo lo que les ocurre.
Negación de la relación: L intenta bloquear o invalidar la expresión de sus	L-embarazo	Igualmente refiere que tiene miedo a la sangre y por ello es que prefiere no pensar en lo que pudiera sentir durante su parto,

<p>afectos, sobre todo de la agresión, expresándola a través de su cuerpo y el propio descuido.</p>		<p>más bien prefiere esperar y ver qué sucede en el momento pues esos temores ya han pasado. Además que en realidad ya desea se presente el parto pues las molestias han ido en aumento, como lo son el dolor de cabeza, hinchazón de pies y vista borrosa; síntomas que preocupan a la Joven pues ha escuchado que algunas mujeres presentan preeclamsia y tienen un alto riesgo de morir durante el nacimiento de sus hijos. Denise realiza una intervención directiva para indicar a la paciente la necesidad de acudir al servicio de urgencias por su sintomatología</p>
<p>Ambivalencia: L refiere afectos encontrados y contradictorios, formando fantasías de muerte al momento del parto, en los que dejará a sus hijas y padres sufriendo, mientras ella descansa.</p>	<p>L-parto-hijas-padres.</p>	<p>Enseguida, Esther interroga a la joven si acaso tiene algún otro miedo aparte de los ya referidos. L indica que teme "quedar ahí", que incluso lo ha comentado con su mamá, a quien ha encargado sus hijas en caso que ellas se lo giren y ella fallezca. Al interrogar el origen de este pensamiento, L define que ella cree que los dolores no los tolerará y entonces morirá, causando tristeza en sus padres y ella descansará. Por ello, Esther interroga con relación a estos pensamientos de muerte cuando la paciente era niña; L reconoce que pensaba y deseaba estar muerta cuando se enojaba, cuando deseaba tener la atención de sus padres y sentía que no le hacían caso, explicando que ella pasaba un largo periodo sola, pero resistiéndose al referir que ese tipo de pensamiento lo tiene toda la gente en algún momento.</p>
<p>Negación de la relación: L intenta bloquear la representación que tiene de sus afectos, desviando la solución al exterior (madre), quien tampoco logra darle contención. Dejando que la autoridad la tome el padre, pareciendo a la Joven el mundo diferente.</p>	<p>L-padres (madre)-pareja.</p>	<p>Esther interroga a L qué piensa y ocurre en relación a esto que ella ahora refiere y el temor a morir durante el parto, intervención frente a la que la chica no realiza asociación alguna. Al punto que, Denise señala la semejanza del enojo de la Joven y su deseo de atención de su familia, principalmente de sus padres en el pasado y el ahora también enojo por el embarazo y la sensación de no recibir apoyo ni de su familia o pareja que refería en la sesión anterior. Al escuchar, de nuevo L rechaza la</p>

		intervención al contar que, después de la sesión anterior habló con su madre en cuanto a los sentimientos que le había generado el haber interpretado que deseaba que se fuera y ya no había lugar para ella, explicando la señora que ella no quiso dar ese significado, que contaba con su apoyo pero que en realidad no podía hacer mucho pues la decisión la había determinado el padre.
Relación depresiva: Se observa aflicción y preocupación en la relación de la Joven, experimentando mortificación por lo que su padre (y hermanos) puedan pensar; con miedo a la pérdida de la relación y por ello con necesidad de reparar.	L-padres-hermanos.	Así que, Esther interroga a la paciente cómo era su relación con su familia. L declara que el lazo con sus padres ha mejorado a partir del embarazo, en especial con su mamá (pues con su papá le da "pena" hablar), quien ha dejado de trabajar (en dos turnos) para poder acompañarla a sus consultas. En consecuencia, la solvencia económica de la familia ha disminuido considerablemente, ya que el padre mantiene a los cuatro hijos, pues el hermano mayor no tiene un trabajo, la hermana pese a trabajar el dinero únicamente lo invierte en su persona y su hermano menor asiste a la escuela.
Rivalidad entre hermanos: Durante le embarazo la paciente y los hermanos han identificado mayor cercanía entre L y su madre, atributo que todos desean adueñarse como una posesión privilegiada y anhelada.	L-hermanos.	Asimismo, L advierte que a partir de su embarazo, su hermano menor ha estado "más rebelde" con su mamá a quien percibe más fácil de persuadir que al padre, quien es fuerte y difícil de convencer; la chica refiere que sus hermanos se encuentran celosos de la atención que ahora obtiene por parte de la mamá. Así, los hermanos y la misma L culpan a la menor de las complicaciones económicas de su familia.
Relación depresiva: L se siente culpable de las dificultades económicas de su familia, temiendo la venganza de ésta.	L-familia.	
Relación depresiva: En el discurso de L se observa aflicción y culpa por lo que sus hermanos piensan (y les sucede) así por cómo van a vengarse los mismos.	L-hermanos.	Al interrogar en relación a la culpa, L da a entender que por el cuidado y tiempo de embarazo, su madre tuvo que dejar sus trabajos, además que ella supone que sus hermanos la culpan, pues en realidad no ha hablado con ellos. Planteando que ella no habla con su hermano menor desde hace dos años, únicamente

<p>Negación de la relación: L y sus hermanos pretenden aislar la expresión de sus afectos y el lazo entre ellos; impidiendo la realización de la agresión moviéndose hacia el exterior gracias a la proyección.</p>	<p>L-hermanos.</p>	<p>para lo indispensable cuando sus papás le ordenan y con su hermano mayor no tiene comunicación desde poco antes de su embarazo con todo y que su relación era cercana, recordando la chica que cuando éste trabajaba le compraba lo que ella pedía y platicaban. Pero que ahora con sus dos hermanos no comparte ningún secreto, pues a pesar de que ella o su hermano menor conozcan información del otro, ninguno de los dos la dice a los padres, tratando de mantener una actitud de "me vale", con la que L en ocasiones se siente herida por el hermano; logrando reconocer que cuando es ella quien dice "me vale" por dentro si esta preocupada por el bienestar del otro. No obstante, L afirma que la relación con sus hermanos no volverá a ser la misma, pues ella es muy orgullosa, si acaso sólo se saludan y pasan objetos, ya no preocupándose por esas "cosas".</p>
<p>Señalamiento respecto a la negación y el control en la relación con los hermanos.</p>	<p>Terapeutas-L.</p>	<p>Consecutivamente, Esther señala a la chica la forma en que se estaba relacionando pues a pesar que ella refiere que le vale en realidad estaba preocupándose por sus hermanos y lo que ocurría a quienes estaban alrededor. L refiere que en verdad es algo que no le incumbe pues no puede hacer nada, frente a lo que Denise señala que posiblemente no le incumbe pero sí le importa, pues pareciera como si la Joven se esforzara por aparecer fuerte en un intento de ocultar sus sentimientos y no aparecer vulnerable frente a los otros quienes en algún momento la hicieron sentirse lastimada (B sale al baño).</p>
<p>Relación de control: L intenta dirigir a sus hermanos (y la agresión de éstos) a través de su propia conducta, existiendo desconfianza, considerando al otro como enemigo.</p> <p>Señalamiento de la relación de control y la negación de la misma con que la</p>	<p>L-hermanos.</p> <p>Terapeutas-L.</p>	<p>L acepta la intervención y apunta que su respuesta se debe al orgullo. Al interrogar Esther a qué se refiere con orgullo, la paciente dice "si tú no me hablas, yo no te hablo" sin poder iniciar una conversación. Entonces se interroga a la adolescente lo que ocurría en el orgullo, pues pese a que tenía una buena relación con su hermano, ahora piensa que el nexo ya no puede ser igual, como si algo se perdiera. L niega sentir resentimiento, que únicamente las cosas ya no pueden ser como antes pues</p>

<p>Joven se maneja.</p>		<p>incluso con el paso del tiempo no recuerda el evento por el que rompieron la comunicación. Así, se le señala a L su participación en el tipo de relación y respuestas que obtiene, pues si bien ella comentaba la sesión anterior contar con pocas redes de apoyo, en esa lógica de "tú no me hablas, yo no te hablo", se estaba cerrando algunas posibilidades de apoyo y ayuda que la semana anterior reconocieron. Se otorga la palabra a P.</p>
<p>Rivalidad entre hermanos: P y su hermano aspiran a contar con la cercanía y afecto de la madre.</p> <p>Negación de la relación: P pretende no ser nadie para no tener relación con su hermano, bloquear el afecto; al mismo tiempo que se aleja impidiendo la posibilidad de la agresión.</p>	<p>P-hermano</p> <p>P-hermano.</p>	<p>La participación de P comenzó al decir que le pasa un poco lo que comenta L, pues ella también se ha valido del orgullo para enfrentar diversas situaciones, poniendo como ejemplo su relación con su hermano, con quien deja de hablarse con frecuencia, exponiendo como uno de los principales motivos el que la paciente no hable a la novia de su hermano. Asimismo, P refiere que cuando esto sucede, su hermano tampoco dirige la palabra a la pareja de la menor, ante lo que comenta que esto es lo que menos le importa, pues en nada le afecta que su hermano no le hable a su pareja.</p>
<p>Relación de control: Por medio del autoridad, P intenta controlar a su hermano, pero al no mantenerlo consigo a su voluntad aparece la desconfianza y agresión, considerando a su hermano como enemigo.</p>	<p>P-hermano.</p>	<p>A continuación, P revela que la convivencia diaria con su hermano se rige por la condición "si tú me haces, yo te hago", señalando que después de todo, cuando se encuentra en ese tipo de situaciones, si ella tuvo el error, a ella le corresponde volver a hablar o buscar la reconciliación. Refiriendo que cuando son los otros los que la lastiman, lo que busca es tratar de vengarse. Esther señala que entonces el resentimiento y el enojo en vez de utilizarse para resguardarse y protegerse, más bien se invertía en la venganza.</p>
<p>Víctima de agresión física y sexual.</p> <p>Relación de control: P y su novio intentaban mantenerse bajo control apareciendo la desconfianza y agresión, considerando al otro como enemigo.</p>	<p>Novio-P</p> <p>Novio-P</p>	<p>Ante esta intervención P comenta que su pareja actual no fue su primer compañero sexual, relatando acerca de un chico que era su novio en segundo de secundaria y que la obligó a tener relaciones sexuales tras golpearla, por lo que ella todo el tiempo estaba buscando la manera de poder vengarse, agregando que obtenía una sensación de bienestar momentánea que perduraba</p>

<p>Ambivalencia: En la relación con su primera pareja sexual, P experimentaba cuidado y amor, no obstante aparecían afectos encontrados y contradictorios.</p>	<p>P-novio.</p>	<p>poco tiempo. De esta manera, la menor narra que él era un muy buen amigo antes de ser novios, pero fue a partir de que inició su noviazgo que el chico se tornó celoso y violento, molestándose siempre que algún hombre hablaba a la menor y regañándola o golpeándola ante la menor provocación. P refiere que en esta situación no hacía más que tolerar las agresiones, pues a pesar de todo ella lo amaba y deseaba estar con él, dudando actualmente si lo que sentía es amor.</p>
<p>Ambivalencia: La Joven al verse abusada, no desea expresar su molestia al existir en ella afectos encontrados y contradictorios, como el amor y enojo expresados.</p> <p>Negación de la relación: P intenta "no ser nadie", "no sentir...", bloqueando todos los afectos y la expresión de los mismos, pues apoyada en la negación impide la realización de la agresión, dejando que "otros" o la vida misma se encargue de vengarla a través de la proyección.</p>	<p>P-novio</p> <p>P-novio</p>	<p>La menor expone que ya antes él la había golpeado, pero a partir del abuso ella no quiso hablarle más, acudiendo a su madre para relatarle lo sucedido. De esta manera, la madre de la paciente ofreció entablar una demanda pero P no lo permitió, pues amaba al chico y no quiso tomar ninguna acción legal, conformándose con el consuelo que le dio su mamá al decirle que no debe preocuparse, "pues todo en esta vida se paga". Asimismo, comenta que algo bueno que sucedió fue que no quedó embarazada, de modo que si bien se sentía lastimada, optó por no sentir; no sentir odio ni algún otro tipo de resentimiento, pues hasta ahora ha aprendido que "no tiene sentido sentir rencor".</p>
<p>Señalamiento de negación de los afectos y violencia.</p> <p>Relación depresiva: En el discurso de la paciente se observa culpa y arrepentimiento, así como preocupación por lo que otros (el grupo) pueda pensar de ella, intentando olvidarlo pues teme la forma en que se vaya a cobrar venganza. Surgiendo la inhibición</p>	<p>Terapeuta-P</p>	<p>Es en este momento que Denise interroga a la paciente cómo hizo para optar por no sentir, señalando que pareciera que se trata de algo que ella puede decidir, y por lo que hasta ahora ha comentado, debió ser difícil lidiar con los sentimientos de rencor y odio evocados por el abuso. Así, P comenta que en ese momento sentía odio consigo misma porque "se dejaba", pues ya antes el chico la había golpeado y ella lo permitía. Sin embargo señala que el recordar resentimientos la incomoda.</p>

<p>motora y regulador del pensamiento.</p>		
<p>Ambivalencia: La menor comenta respuestas y afectos encontrados, como el poder prever el abuso del que sería víctima, pero al mismo tiempo son poder defenderse, apareciendo afectos contradictorios como el amor y el odio.</p>	<p>P-novio (sexualidad)</p>	<p>Ante este discurso, Denise interroga si de alguna manera ella sabía que el abuso sucedería. P responde que sí, pues como lo ha mencionado ya, él se mostraba violento desde antes y en esa ocasión la invitó a ir a su casa, ofrecimiento que la paciente aceptó con la sospecha que estarían solos, pero con un intento de ella misma por convencerse que tenía que haber alguien en la casa del chico pues tienen una carpintería y de ninguna manera podrían dejar el negocio desatendido. Así, relata que en esa ocasión llegaron a la casa de su novio y al poco tiempo la gente de la carpintería salió a comer; una vez solos él comenzó a golpearla y cometió el abuso, ante lo cual dice no haber podido hacer nada a pesar que intentaba defenderse.</p>
<p>Relación depresiva: el novio de la joven con pesar y preocupación por la menor ofrece su apoyo, apareciendo la necesidad de reparar.</p>	<p>Novio actual-P</p>	<p>Posteriormente se alejó de él y recurrió a la protección de otro novio que vivía cerca de su casa, quien en todo momento la apoyó, deseando golpear al abusador y ofreciendo asumir la paternidad si quedaba embarazada, llegando incluso a hablar con sus padres, quienes de inmediato lo despidieron de su casa, sentencia que no se cumplió de acuerdo con el relato de P.</p>
<p>Cuestionamiento y señalamiento de la violencia que sufren.</p> <p>Negación de la relación: P expresa una "tentativa de perder del ser", bloqueando los afectos displacenteros, tratando de enaltecer los placenteros; intentando desviar la relación de la agresión.</p>	<p>Terapeuta-grupo.</p> <p>P-novio golpeador.</p>	<p>Con base en este discurso, Denise interroga al grupo qué podrá estar pasando en ellas, pues por lo que han comentado hasta ahora L y P, existen señales que las alertan con respecto a peligros que se aproximan y parecen no confiar en sus propios sentimientos y percepciones. En este sentido, P responde que de pronto prefería pensar que su novio la amaba y que ella lo amaba a él, de modo que restaba importancia a los golpes y maltrato que éste le propinaba.</p>
<p>Relación depresiva: P, tras ser objeto de maltrato, intentó reparar y sanear su culpa en sus compañeras; estando preocupada por lo que los demás iban a</p>	<p>P-compañeras.</p>	<p>Posteriormente, la paciente refiere que después de la violación comenzó a ver las cosas diferentes, describiendo que aunque ella era la más pequeña (en edad) de sus amigas, contaba ya con esa experiencia, al grado que cuando "alguna" lo necesitaba,</p>

pensar y la pérdida de la relación.		recurría a ella en busca de algún consejo. Al mismo tiempo afirma que sus amigos comenzaron a verla mal.
Señalamiento de la violencia que han experimentado las pacientes.	Terapeuta-grupo.	En este momento, Esther señala que en la sesión pasada se decía que el problema principal que enfrentaban era la edad, sin embargo los relatos del grupo permiten ver que las circunstancias que enfrentan se van presentando antes de tiempo, de modo que incluso se vuelven una especie de consejeras de personas de su edad sin poder considerar lo que ellas mismas sienten y prestar atención e importancia a sus propias señales. Inmediatamente, ofrece la palabra a B al preguntar qué piensa de lo que se ha hablado.
Negación de la relación: B y su pareja ante el embarazo, intentan no ser nadie para no tener relación entre sí, pero también para no responsabilizarse del embarazo; bloqueando los afectos emergentes como la ansiedad, miedo y enojo, impidiendo la realización de la agresión, proyectándola en otros objetos.	B-pareja-embarazo.	De esta manera B inicia su intervención dentro del grupo al decir que ella no ha vivido ninguna situación de golpes o violencia, señalando que lo único que pasó fue que su pareja no quiso corresponderle al enterarse del embarazo, respuesta que no esperaba pues lo quiere y pensó que contaría con su apoyo. B refiere que se enteró al quinto mes de embarazo y lo comunicó a su pareja, quien por cierto es su vecino; sin embargo el chico se deslindó de toda responsabilidad y ella decidió que no iba a "andar rogándole", así que decidió hablar directamente con sus padres.
Relación de control: El padre ofrece ayuda a B y su embarazo, no obstante el padre también le prohíbe acercamiento a su pareja, tratando de mantenerla bajo su voluntad; apareciendo la desconfianza y agresión.	Padre-B	De acuerdo con el relato de la paciente, el apoyo de sus padres fue inmediato, resolviendo su padre que no le faltaría nada y que no dependería de ningún "cabrón" a quien "le faltan" para hacerse responsable. Asimismo, B refiere que enseguida su padre le prohibió que volviera a verlo o que intentara alguna especie de reconciliación, de modo que ella se mantuvo alejada mientras pudo.
Relación normal: B y su novio han elegido reanudar su relación como resultado de la diferenciación y comprensión de lo que cada uno vivió	B-pareja.	B indica sin embargo que una vez que el embarazo comenzó a notarse, él comenzó a buscarla y a pedirle disculpas, promoviendo encuentros en los que platicaban tranquilamente sobre lo que cada uno estaba viviendo. De esta manera, la

con el embarazo, pudiendo manejarse con independencia, sobre todo B a quien sus padres prohibieron reanudar su relación.		menor refiere que decidieron regresar, agregando que en esta nueva oportunidad de la relación se ha dado cuenta que la primera respuesta de su novio fue sentirse asustado e intentar huir, mostrando una aparente comprensión ante la reacción del chico.
Relación normal: aparentemente B ha elegido regresar con su pareja al haber diferenciación y la posibilidad de manejarse con independencia. Pese a las prohibiciones de sus padres.	B-novio.	Siguiendo con su relato, B señala que las condiciones de la relación han cambiado, pues él la busca y cuida mucho, sacándola a caminar, llevándole helados, gelatinas, ropa para el bebé y toda clase de cosas. De acuerdo con la menor, esto ha hecho sospechar a su padre sobre el regreso de la pareja, comentando B que en este momento son novios y eso la hace sentir bien, en lo que es apoyada por sus tías.

Para finalizar, Esther señala al grupo que uno de los temas principales que se han abordado durante la sesión es la manera de vincularse, pues en la lógica que plantean de "si tú me haces, me dices, yo te hago o digo", la fuerza se utiliza en vengarse, más no en defenderse, pero que la mismo tiempo se aseguraban de que la relación no se rompiera y continuaban en el mismo círculo como P lo había planteado. Esto provoca también dificultad para distinguir hasta dónde permitir y hasta dónde no, interrogando a las Jóvenes cómo hacer para leer las señales propias, pues tal como lo señalaba la semana pasada L, cada una tiene límites que se deben distinguir, a fin de que puedan buscar opciones diferentes ante las situaciones que viven. De esta manera, se señala la muerte como una de las soluciones posibles que perciben las pacientes ante su falta de otro tipo de apoyo proveniente de sí mismas y del medio, sobre lo que tenemos el poder de decisión, pues finalmente somos responsables de cómo vivimos nuestras vidas y también de nuestra muerte.

Por último, Denise señala al grupo cómo hasta ahora se han expuesto diferentes condiciones previas al embarazo que las han llevado a relaciones que en ocasiones las han lastimado y generado rencor, resentimiento y odio. Sin embargo, esas mismas relaciones han sido fuente de otras experiencias más placenteras, de modo que en algún momento han disfrutado de la conversación cercana con un hermano o con la pareja. Es entonces que se señala la manera en que las chicas han construido una barrera que nombran orgullo, tras la cual intentan aparentar que lo que hacen los otros no las lastima o preocupa, intentando ocultar así un sentimiento de vulnerabilidad que generan las actitudes agresivas de los otros significativos para ellas. Así, las pacientes han construido una percepción de los otros como personas en las que no se puede confiar, apreciación que se extiende a sí mismas de modo que no son capaces de dar credibilidad a sus propios sentimientos, entorpeciendo así la defensa que se pueden ofrecer. Ante esta situación, las pacientes se valen de

diversos recursos para obtener la atención que no han tenido, siendo el embarazo una forma de proveerse del afecto que tanto desean, sin embargo se señala el peligro de creer que sea el embarazo per se lo que les provee el acercamiento de los otros, ante lo que señala que eso es algo que proviene de ellas y que la muerte tampoco es una vía para obtener el afecto, pues la gente muerta no siente más y por tanto no puede disfrutar de la atención de los padres.

Al término de la sesión, se informa que AG se encuentra ya en la semana cuarenta y que una vez que se tenga noticia de ella se informará al grupo. Posteriormente se notifica al grupo sobre la semana de vacaciones, enfatizando que B y L están próximas a parir y que tal vez estas sean las últimas sesiones que se encuentran presentes.

FASE FINAL

CATEGORÍA	OBJETO	SESIÓN 55 DISCURSO GRUPAL
<p>Encuadre</p> <p>Relación normal: el grupo intenta dar la bienvenida a la nueva paciente dándole la posibilidad de elegir y expresarse de manera independiente.</p>	<p>Grupo terapéutico -paciente nuevo ingreso.</p>	<p>La sesión comenzó estando presentes solamente SN y Ls, ésta última paciente de primera vez, se pidió a SN que se presentara y explicara un poco sobre lo que se hace en el grupo. De esta manera, SN dijo su nombre y después informó a su compañera que es un grupo donde se habla de lo que sienten, de modo que pueden contar sobre lo que les ha dolido antes y a partir del embarazo y que las terapeutas las escuchan y dicen cosas que les ayudan, agregando que ella ya tiene en el grupo tres meses o tal vez más. Posteriormente Esther se presenta al decir que estamos haciendo una Residencia y que en el grupo todo lo que se habla es importante, aunque para ellas parezca que no es así, o que sientan vergüenza por hablar de determinados temas. Finalmente se presenta Denise, quien agrega que además de contar lo que les ha pasado y cómo se sienten, se buscan nuevas formas de solucionar las cosas que viven, a fin de que se sientan más tranquilas. Enseguida, pregunta a SN cómo ha estado en estos días.</p>
<p>Relación normal: SN es capaz de relacionarse con su madre al poder diferenciar sus circunstancias de vida, pero</p>	<p>SN-madre</p>	<p>SN inicia su participación en el grupo al decir que se ha sentido bien, pues el miércoles pasado su mamá cumplió siete años en el grupo de comedores compulsivos y acudió con ella al festejo. Asimismo, refiere que el viernes se celebró su Baby Shower y que eso la hizo sentir muy feliz, pues su mamá y</p>

<p>también haber un entendimiento de los sucesos que debieron vivir, permitiendo que la Joven se maneje con independencia, pudiendo elegir y disfrutar sus relaciones.</p>		<p>una amiga de la señora fueron quienes lo organizaron, señalando que solamente acudieron cuatro amigas suyas debido a que ha dejado de frecuentarlas a partir del embarazo, de modo que la mayoría de las invitadas eran amigas de su mamá y de la señora que ayudó en la organización. En este sentido SN comenta que ya no se encuentra tan resentida con su madre, a quien antes creía responsable de todo lo que le pasaba, pues ahora puede comprender lo que ella sintió mientras estuvo embarazada y aunque no son las mismas circunstancias las que ambas han atravesado, entiende los sentimientos de su madre, agregando que se siente muy sensible.</p>
<p>El embarazo parece actuar como detonante de la sensibilidad y empatía que la Joven describe; permitiéndose establecer una <i>relación normal</i> con su pareja a quien de forma franca expresa su afecto y apoyo; después de haber diferenciado la experiencia del embarazo de ambos.</p>	<p>Paciente- pareja- embarazo.</p>	<p>Ante este discurso, Denise interroga a la menor qué es lo que habrá motivado esta sensibilidad que le permite comprender a su madre de manera diferente y buscar otra forma de relación con los otros, recordando a la menor su decisión de hablar con su pareja y expresarle su sentir en cuanto a la relación. SN responde que debe ser el embarazo, pues ahora es menos dura incluso con ella misma, ya que antes se aislaba y no se permitía llorar aunque se sintiera muy triste. Asimismo, SN expresa que hablar con su pareja fue muy bueno para ellos, pues ahora él es más cariñoso y se preocupa por su bienestar, ocupándose de todos los quehaceres debido a que le han indicado reposo al estar tan cerca la fecha de su parto, lo que contribuye de forma importante con la felicidad que ahora siente.</p>
<p>El embarazo aparece como un estado de mejora para la Joven; donde ha podido rescatar la figura materna con la que debe identificarse para poder asumir su propia maternidad y la forma en que lo hará.</p> <p>Relación depresiva: SN al</p>	<p>SN- embarazo</p> <p>SN-hija-</p>	<p>SN refiere que su embarazo está a punto de terminar y en ocasiones comenta a su pareja que quisiera permanecer embarazada, pues disfruta mucho los movimientos de su hija y sentirla en el vientre (se notan lágrimas en sus ojos), agregando que sabe que esto no es posible y que desea que ya nazca, conocerla y abrazarla. Sin embargo, insiste en que durante el embarazo se siente muy feliz a pesar de todo lo que sucedió al principio, agregando que desde el momento que se supo embarazada se comenzó a sentir muy bien, por lo que dejó atrás el descuido que tenía sobre sí misma, procurando comer cosas nutritivas y renunciando a fumar. SN agrega que hasta ahora se ha dado cuenta que su madre hacía todo</p>

<p>preocuparse por su papel como madre, desea reparar en su hija su relación con su propia madre, a quien no desea perder.</p>	<p>madre.</p>	<p>por ellos y que en todas las discusiones que tenía con su padre siempre buscaba resguardarlos antes que nada, por lo que cuando nazca su hija, ella hará lo mismo y ante todo será más importante la niña, sintiéndose preparada para enfrentar la vida sola en caso de que su pareja decida en algún momento no estar con ellas, pues si su madre pudo salir adelante con menos estudios, ella podrá hacerlo mejor con lo poco que tiene.</p>
<p>Señalamiento relación de control, donde SN no permitía el acercamiento de tros.</p> <p>Relación normal: la menor es capaz de establecer una relación como resultado de la separación.</p>	<p>Terapeuta-paciente.</p> <p>Paciente-amigas.</p>	<p>Ante este discurso, Esther señala que dejar de ser dura consigo misma le ha permitido una mayor apertura con los demás, permitiendo comprender y Juzgar con menos dureza los actos de los demás. SN acepta la intervención y comenta que antes pensaba que toda la gente le caía gorda, que las amigas de su madre le caían mal y este viernes se dio cuenta que nunca las había tratado, pues son personas amables que se preocuparon por ella y la procuraron.</p>
<p>Señalamiento del cambio de comunicación y vínculo.</p> <p>La paciente habla de cómo llegó al grupo, <i>relacionándose a través del control</i>, pues SN no confiaba en los otros (grupo terapéutico, madre), apareciendo la agresión al considerar al otro como adversario.</p>	<p>Terapeuta-paciente.</p> <p>Paciente-grupo terapéutico-madre.</p>	<p>En este momento, Denise señala que si bien el embarazo pudo haber originado en ella cierta sensibilidad, un paso importante en la relación con su madre y pareja ha sido abrirse a sus propios sentimientos e intentar comprender lo que los demás sienten, siendo esta apertura producto de su trabajo en el grupo. En este mismo sentido, se le pide que recuerde cómo se conducía cuando llegó al grupo. SN acepta que cuando ingresó era igual que afuera: se aislaba y no confiaba en lo que las demás pudieran decirle, pues pensaba que no podría ser nada que a ella le importara, siendo esto lo mismo que sentía con su amiga, pues Juntas descalificaban todo lo que su madre hacía y le conferían la responsabilidad de todo lo que le pasaba, viviendo todo lo que saliera de ella como una especie de sermón.</p>
<p>Señalamiento de la relación que, al igual que en el exterior, la paciente establecía con los demás.</p> <p>Relación normal: la Joven reconoce que lo escuchado en</p>	<p>Terapeuta-SN.</p> <p>Paciente-grupo</p>	<p>Ante este discurso, Denise señala que en el espacio terapéutico repetía lo que hacía afuera, pues se aislaba y no estaba dispuesta a hablar, limitando su presencia a escuchar lo que las otras decían, evitando participar activamente, al grado que asistía aisladamente. SN comenta que en realidad sigue faltando, pero "todo lo que hemos dicho le ha servido, pues le hemos hecho ver sus errores y darse cuenta de muchas cosas"; enseguida rectifica y dice que más bien ella ha podido ver sus errores y</p>

<p>el grupo promovía su capacidad de elección al poder diferenciarse de su madre, a quien consideraba la responsable de sus complicaciones; pudiendo manejarse con autonomía al poder re-pensar y apropiarse de lo atendido en el grupo.</p>	<p>terapéutico -madre.</p>	<p>recapitado en algunas convicciones que tenía, como que su madre fuera responsable de todo lo que le pasaba. Así, se le señala que aunque al principio se sentía desconfiada de lo que el grupo le pudiera aportar, siempre que estuvo presente escuchó lo que las otras tenían que decir y las reflexiones del grupo promovían en ella misma una forma diferente de ver las cosas, resultando interesante que dijera que las terapeutas le habíamos ayudado tanto con nuestras palabras, pues todo lo que se dice dentro toca de alguna forma a cada una de las integrantes, aunque parezca que se dirige a una sola o que las historias no se parecen entre sí.</p>
<p>Relación normal: Ls es capaz de reconocer y diferenciar su estado afectivo del de su madre.</p> <p>Relación depresiva: Se observa aflicción y preocupación en el discurso de la Joven por su bienestar y el de su familia, inquietándose por lo que sus padres pensaban y la manera en que iban a escarmentarse; con miedo a la pérdida de la relación.</p>	<p>Ls-madre</p> <p>Ls-padres</p>	<p>El grupo se queda unos instantes en silencio, todas en una actitud reflexiva, por lo que se les interroga sobre lo que están pensando o sintiendo en ese momento. Ls menciona que se ha identificado con SN, pues antes creía que su mamá era culpable de todo lo que sucedía con ella, señalando que padeció anorexia cuando tenía trece años. La menor recuerda que sus padres discutían con mucha frecuencia y que estaban planteando la posibilidad de divorciarse, lo que la hacía sentir muy triste y preocupada por su hermana menor. De acuerdo con su relato, los motivos por las discusiones eran económicos, ya que la madre era el sostén principal de la familia y continuamente era celada por su esposo, quien no permitía ni siquiera que visitara a la abuela.</p>
<p>Relación depresiva: Ls experimenta desdicha y culpa por las discusiones entre sus padres; temiendo por la forma en que la venganza será ejercida, y con miedo a la pérdida de la relación, surgiendo la necesidad de reparar.</p>	<p>Ls-padres (madre)</p>	<p>Ante este discurso, se interroga a la menor cuándo comenzaron las discusiones de sus padres, a lo que responde que ella debió tener cerca de catorce años, pues su padre perdió el empleo por uno o dos años y su aportación económica era muy baja, quedando en manos de la señora el sostén de la casa y el pago de las colegiaturas de sus hijas, con lo que ella se sentía responsable de las discusiones de sus padres, pues a pesar del esfuerzo de la señora por solventar la colegiatura, su desempeño escolar era deficiente.</p>

<p>agresión dejando la autoridad a otros.</p> <p>Relación depresiva: Ls soporta mortificación y culpa por la relación entre sus padres, así como por lo que pueda pasar, teniendo miedo por la pérdida de la relación y por ende con necesidad de reparar.</p>	Ls-padres.	<p>persona muriera, van a causar daño a las personas que la familia de Ls quiere. El relato de la menor se acompaña de llanto, expresando que lo que más le duele es que su padre crea más en lo que los otros dicen que en lo que su mamá pueda argumentar, señalando que una vez más se ha planteado el divorcio y que aunque su madre continúa buscando el contacto con el señor, éste no le dirige la palabra y reitera su deseo de separarse. Ls comenta que ha pensado que es responsable de las peleas entre sus padres, pues ahora su papá ha postergado el divorcio hasta que se resuelva el embarazo de la chica.</p>
<p>Relación depresiva: En el discurso de la Joven se observa aflicción, y culpa por la separación y consecuencias; con miedo a la pérdida de la relación.</p>	Padres. Ls-hermanos-padres.	<p>Por otro lado, la menor explica que la posible responsable de todo esto es una comadre de la señora, quien siempre ha sido muy envidiosa y no ha logrado que se separen a pesar de diversos intentos, pues "no soportan verlos bien". Algo que tiene preocupada a la paciente es que sus padres se divorcien y causen dolor a su hermana de nueve años; ante este discurso, se le pregunta si sólo van a causar daño a su hermana y ella responde que a todos, pero ellos tienen ya su vida hecha y no lo van a sentir tanto.</p>
<p>Relación depresiva: la paciente vive con preocupación y culpa la posibilidad de vivir con su pareja; inquietándose por lo que pueda pensar y expresar su madre de su pareja y su relación; con temor a cómo se vaya a tomar venganza y la pérdida de la relación, por ello con necesidad de reparar.</p> <p>Relación de control: la madre desea mantener a su voluntad a Ls.</p>	Ls-madre Ls-pareja Madre-Ls.	<p>Enseguida relata que hace una semana y media se fue a vivir con su pareja, quien se dedica a la mecánica y que actualmente viven en la habitación de él, dentro de la casa de sus abuelos, lugar donde ella prepara la comida para ambos. Ls dice sentirse triste, pues él no le permite visitar a su madre, quien no le habla al chico, ya que lo hace responsable de que la menor haya bajado un kilo desde que se fue a vivir con él (Ls comenta que tiene un problema pues no ha subido de peso y por el contrario, perdió un kilo en este tiempo), asegurando que la mata de hambre. Ls refiere que esto no es cierto, sin embargo su madre insiste en que no puede estar segura de que ella esté comiendo bien y que le sea proporcionado todo lo que desea, reprochando a la menor que no acuda a visitarla, pues ya no la ve como antes y "el amor la ciega".</p>
<p>Ambivalencia: Ls experimenta</p>	Ls-novio	<p>La menor lamenta no poder continuar con el ritmo de convivencia con su</p>

<p>sentimientos encontrados hacia su pareja.</p> <p>Simbiosis: Aparentemente Ls depende de su madre en quien realiza depósitos de objetos internalizados, creando dificultades para reconocer lo propio, resultando un conflicto la separación.</p>	Ls-madre	<p>madre, señalando que cuando está a punto de salir a la casa de su madre, él la obliga a quedarse a su lado. Ante este discurso, Denise interroga cómo hace el chico para retenerla, a lo que Ls responde que él le deja todo para que le cocine y que llega temprano de trabajar, pidiéndole que se quede a acompañarlo; la menor comenta que cuando esto sucede le pregunta a su pareja porqué no comprende que quiere pasar un tiempo con su madre, a lo que él responde preguntándole si el tiempo que pasan Juntos no es importante para ella. Cuando se interroga lo que le hace sentir esto, Ls refiere que se siente mal, con mucho odio hacia su pareja por no permitirle estar con su madre.</p>
<p>Simbiosis: Ls expresa aún depender de su madre a quien ahora, creando complicaciones para reconocer y preservar lo propio, resultando un conflicto la separación. Hay una relación más corporal, el cuerpo sustituye a la palabra.</p> <p>Relación de control: Ls intenta que su pareja realice y piense a su voluntad, pero al no conseguirlo aparece la desconfianza y agresión, considerándolo como enemigo.</p>	Ls-madre Ls-pareja	<p>Frente a este relato, Esther interroga cómo fue que decidió vivir con él, a lo que Ls responde que platicó con ella para pedirle que vivieran Juntos, pues la quiere. Una vez más, Esther interroga si ella lo quiere, a lo que la paciente responde que sí, y es por eso que desea esforzarse, pero ahora mucho a su madre y cree que la señora lamenta que no vaya a cocinar para su familia como antes lo hacía, pues se encargaba de mantener la casa en orden, preparar la comida y cuidar de su hermana, para quien ella era como una mamá. Ante este discurso Denise interroga si cree que su pareja haya notado esto; Ls refiere que él le dice que ya no tiene porqué hacer todos los quehaceres de su casa, disgustándose con ella por hacer labores que por su embarazo ya no debería hacer, sin embargo ella argumenta que si lo hace es porque así lo desea, agregando que cuando visita a su familia ayuda en lo que puede y ahora estar con su madre.</p>
<p>Relación depresiva: la Joven expresa sentimientos de soledad y tristeza, así como preocupación y culpa por lo que suceda con su hermana; necesitando reparar.</p>	Ls- madre- pareja. Terapeuta-	<p>En este momento, Denise interroga cómo se siente ahora con los conflictos de su familia y con el hecho de que su pareja impida que el contacto con su madre siga siendo tan estrecho. Ls responde que se siente sola y aislada, reiterando su preocupación por su hermana. Enseguida se señala a la menor que pareciera que lo que le duele más en este momento es la separación con su madre, a pesar que en algún momento de su vida la creía responsable de todo lo malo que pasaba.</p>

Señalamiento de simbiosis.	paciente.	
Negación de la relación: A través de la proyección, Br señala a Ls la dificultad para separarse de su familia, apareciendo el ambiente como distinto, impidiendo la realización de la agresión pues la autoridad del objeto se desliza a otro.	Br-familia (madre).	Al escuchar esta intervención, Br toma la palabra al decir que a veces así pasa a la gente, que no se quiere separar de su familia y prefiere no estar con su pareja, poniendo como ejemplo a su hermana, quien cuando se supo embarazada, no deseaba dejar a su familia a pesar que su madre le ofreció todo el apoyo y le procura aquello que necesita. De esta manera se dirige a Ls al señalarle que le cuesta trabajo separarse por completo de su madre, lo que puede estar originando los problemas con su pareja.
Simbiosis: Br refiere dificultades para separarse de su familia, al creer que depende de ella, creándole complicaciones para reconocer lo propio, sus capacidades y recursos; llegando a considerar que no podría sobrevivir sin su familia.	Br-familia.	Ante este discurso, Esther interroga a Br si ella ha pensado vivir con su pareja. Br responde que no, pues no desea separarse de su familia y eso lo tuvo claro desde que supo de su embarazo, al no creerse capaz de asumir la responsabilidad de llevar por sí misma las obligaciones de la casa, tales como cocinar, limpiar y cuidar del bebé, agregando que su madre le ha dicho que eso es algo que ya hace, al aportar dinero y hacerse cargo de sus hermanos, pero argumentando que no cree poder hacerlo.
Simbiosis: Br nota que a partir del embarazo todos sus deseos son cumplidos por sus padres, entrecruzándose los objetos de la Joven con los de otros, por lo que no puede reconocer ni separar lo propio.	Br-padres	Br relata que por otro lado, no quiso unirse a su pareja, pues a partir del embarazo cuenta con toda la atención de sus padres, quienes siempre la han apoyado, y aunque su padre no vive con ellas, cuando se le antoja algo, basta con que la señora se ponga en contacto con el padre para que los tres vayan a donde ella desea, reiterando que por lo tanto el unirse a su pareja no es una opción que desee contemplar.
Simbiosis: Br establece relación con su novio y padre a través de su madre, con quien confunde parte de sus objetos internos y de quien le resulta complejo separarse y	Br-madre	La menor refiere además que su pareja tampoco ha tenido la intención de hacerse cargo, pues si bien dijo al inicio del embarazo que aportaría dinero, no lo ha hecho hasta ahora, limitándose a hablar por teléfono con la madre de la paciente de vez en cuando. A este respecto Br dice que no por eso el bebé deja de ser de ambos, pues después de todo tiene un padre, por lo que está dispuesta a permitirle ver al bebé si así lo desea.

reconocer lo que le pertenece.		
Señalamiento acerca de la relación de la Joven con su padre y pareja.	Terapeuta-Br.	A propósito del discurso confuso que la menor hace sobre el padre del bebé y sobre su propio padre, Denise señala que es interesante ver cómo Br habla de su padre y la manera en que el embarazo le aseguró la atención de éste, recordando que en la última sesión a la que asistió la menor, hablaba del dolor que le había causado que su padre se ocupara y entristeciera tanto por el bebé que había perdido su hermano, no percibiendo la misma reacción hacia ella. Al escuchar la intervención, Br menciona que no murió ningún bebé de su hermano, refiriendo que su hermana perdió dos bebés y recordando en seguida que en efecto su hermano perdió un bebé, pero que ella ya estaba embarazada cuando esto sucedió.
Embarazo como medio para obtener cercanía y atención. Rivalidad: Br deseaba la posición de su madre, deseando adueñarse del goce privilegiado al igual que codiciaba y anhela lo que la madre tiene: la feminidad de la madre (posesión narcisista).	Br-padre Br-madre	En este momento Denise señala que finalmente ella sabía en el fondo que un bebé podría promover un acercamiento afectivo con su padre; Br se nota nerviosa y dice que no lo sabía, pero de cualquier forma ella ya estaba embarazada antes de que su sobrino muriera. Asimismo menciona que antes del embarazo sentía coraje ya que su madre llamaba al señor y salían los dos solos, por lo que se preguntaba dónde quedaba ella, relatando que cuando los dos estaban enojados era el momento que más disfrutaba, pues su padre la invitaba a comer o a salir y lo hacían solos, situación que cambiaba si los padres se reconciliaban, pues entonces el señor nada más "andaba" con la señora.
Señalamiento de la relación de la paciente con la pareja parental.	Terapeuta-Br.	Ante este discurso se le señala que utilizó la palabra "andar", como cuando se es novio de alguien y se dice que andan; a lo que Br responde con angustia que no es así como lo quiso decir, sin embargo Denise señala que lo que se está tratando de destacar no es que ella vea a su papá como su novio, sino que en algún momento hayan creído que a través del embarazo pudieran permanecer y ser aceptadas incondicionalmente en el seno de la familia nuclear, ante la dificultad de separarse de ellos con todo y que no hayan ofrecido el cuidado que ellas deseaban, cerrándose con esto las puertas para el crecimiento y una relación de pareja que implique mayor madurez y compromiso con ellas mismas y con el bebé.

<p>AK sugiere a Ls una <i>relación normal</i> con su madre, donde pueda elegir y manejarse con independencia.</p>	AK-Ls.	<p>Posteriormente AK comenta que si ahora ellas decidieron hacer sus vidas, pues deben ir a vivir con su pareja, y en referencia a Ls, menciona que su madre le puede brindar consejos, pero que no puede hacerle caso en todo lo que le diga que esta mal (aquí intenta tranquilizarse, tras decir que ya se puso roja pues se pone nerviosa al hablar frente a otras). Igualmente refiere que ella, se sentía muy triste y pensaba que todas las dificultades y disputas entre sus padres eran por su causa llegando a pensar en la muerte como una solución, pese a que su padre es un "mujeriego". Relatando ocasiones en que debido a la economía y a las infidelidades del señor, los padres se peleaban.</p>
<p>Relación depresiva: AK indica tristeza y preocupación por la relación entre sus padres, causándole culpa por lo que la Joven consideró la muerte por miedo a la pérdida de la relación.</p>	AK-padres.	
<p>Relación depresiva: la joven expresa pesar y culpa por la relación entre sus padres, intentando reparar y llamar la atención a través de su conducta; con miedo a la pérdida de la relación.</p>	AK-padres.	<p>AK indica que las peleas entre sus padres intervinieron en su vida escolar, ya que durante el primer y segundo año de primaria ella obtenía buenas calificaciones, no obstante en tercer año y en adelante, las disputas eran más resentidas por la menor, ocasionando la baja en sus calificaciones; contando que se quedaba en la calle, fuera de su casa, intentando que sus padres se ocuparan de ella, sin embargo los padres no se percataban, "sintiendo un hoyo" la paciente.</p>
<p>Negación de la relación: AK trataba de olvidar y negar su situación familiar; al utilizar la proyección, la chica impide la realización de la agresión y desplaza la autoridad a otros, como sus amigos.</p>	AK-padres.	<p>Entonces, AK narra que a partir de entonces comenzó a ser rebelde con lo cual obtenía reconocimiento por parte de sus compañeros, quienes la buscaban por ser "divertida". Conforme pasó el tiempo, AK comenzó a tener varios amigos, explicando que a ella le agradaba asistir al colegio para estar con ellos, pues al pasar el tiempo con sus pares se olvidaba de los problemas de su casa, pero en una ocasión, sin encontrar mucha explicación, de pronto su círculo de amigos se rompió.</p>
<p>Relación de control: La madre intenta vengarse del padre, apareciendo la desconfianza y agresión, corriéndolo de la casa, considerándolo como enemigo.</p>	Madre-padre	<p>En el discurso de la paciente, este evento es relacionado con una mañana en la que su madre, quien padece y toma medicamento para la depresión, ansiedad y miedo; al quedar sin éste remedio comenzó a sentirse mal, tras haber recibido una carta en la que le informaban de otra nueva infidelidad de su pareja, provocando enojo en la señora, quien decidió correr al hombre. Decisión con la que AK apuntó sentirse más tranquila. Con todo,</p>

		esta situación sólo perduró un año, pues el padre, con el pretexto de que le cuidaran un perro comenzó a dejar sus pertenencias como "sus fierros" al ser mecánico, su ropa y finalmente él.
Relación depresiva: AK refiere mortificación y preocupación por la relación entre sus padres y la forma en que estos van a vengarse, con medio a la pérdida de la relación (y la vida) y con necesidad de reparar.	AK-padres.	Así, AK expresó su inconformidad y tristeza al regreso de su padre, por lo que en recientes fechas comenzó a ser atendida en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", lugar en el que le recetaron el mismo medicamento que a su madre, y que a causa de la reacción que observa en la misma, la paciente toma y suspende a su voluntad al referir que le producía somnolencia y ganas de vomitar, síntoma que le produce miedo, recordando que su madre le ha contado que en una ocasión durante la infancia, la paciente vio una película en la que un personaje después de vomitar moría, sin embargo, la paciente dice no conocer la razón de su miedo. AK cuenta que ahora con el embarazo le modificaron la receta a fluoxetina, sin embargo, el psiquiatra de esta institución le indicó la interrupción del mismo.
Simbiosis. AK ha vivido el padecimiento de su madre y teme sufrir igual que ella, por lo que se resiste a tomar el medicamento.	AK-madre.	
Simbiosis: Ahora con su pareja, AK presenta dificultad para separarse y reconocer lo propio, habiendo una relación más corporal.	Paciente-pareja	Enseguida, AK explica que al momento de enterar a sus padres de su embarazo, éstos reaccionaron con molestia tras la que decidieron apoyarla aceptando que tanto ella como su pareja vivan en la casa. Enunciando que ahora con el embarazo se ha vuelto "huevona", pues anteriormente ayudaba a su madre con los quehaceres y limpieza de la casa, actividades que ahora no desea hacer. Utilizando el mismo adjetivo para su pareja al citar que él tampoco trabaja ni hace nada, mandándolo a trabajar, pero también pidiéndole que no se vaya pues desea que este a su lado consintiéndola. No obstante, la adolescente dice que en ocasiones la "apapacha" tanto que la harta y le pide que no la abrace tanto ni le toque el vientre, pues el bebé reacciona pateándola.
Ambivalencia: en la relación de ser a ser aparecen sentimientos encontrados y contradictorios, creando fantasías en torno al embarazo.	AK-pareja	
Relación normal: AK pese a acudir al grupo con cierta resistencia, la Joven pudo	AK-grupo terapéutico	AK expresa que en este momento no sabe por cual de todas estas cosas debe iniciar, pues desea ser auxiliada en todas sus dificultades. Indicando, que ella nunca había sido parte de un grupo como éste, pues incluso pensó

elegir y diferenciar el espacio terapéutico de otros; pudiendo identificarse y manejarse con independencia.		que a ella no le interesaba lo que le sucede a los demás, pero que tras observar el trabajo hasta ahora realizado, siente compartir sentimientos y situaciones con varias de sus compañeras, además que expresa sentirse esperanzada en que ambas terapeutas le brinden ayuda.
Señalamiento acerca de la separación y la dificultad que implica.	Terapeuta-paciente.	En este momento, Denise señala que aún hay cuestiones por pensar y que con el tiempo irá aclarando aquellos puntos de los que desea hablar, al considerarlos importante para ella, resaltando que nuevamente AK habló de la separación entre sus padres, la cual a pesar de ser dolorosa, le procuró tranquilidad. En seguida pide al resto de las nuevas pacientes se presenten al grupo.
Relación normal: C reconoce que dentro del grupo se sintió tranquila, pudiendo elegir su turno y su discurso, manejándose con independencia y establecer una relación con el resto del grupo.	C-grupo terapéutico	La primera en tomar la palabra es C, quien se presenta al grupo al informar tener 15 años ("ya casi 16") y contar con 6 meses de gestación. La paciente apunta también sentirse nerviosa dentro del grupo, aunque reconoce haberse sentido identificada al darse cuenta que existen otras Jóvenes embarazadas que pueden estar pasando por algo similar, cambiando con esto su percepción, pues antes pensaba que ella era la que más sufría y hoy se pudo dar cuenta que puede haber historias más difíciles y que existen en el grupo personas que la pueden entender, por lo que ahora se siente más tranquila.
Identificación con el grupo. Relación depresiva: JJ vive con culpa su embarazo y le preocupa y entristece lo que puedan pensar y decidir sus padres y la forma en que éstos van a conducirse, temiendo la pérdida de la relación; apareciendo la necesidad de reparar. JJ aparenta estar inhibida.	JJ-grupo JJ-padres	Más tarde, JJ de 16 años de edad se presenta al grupo al mencionar que cursa por el séptimo mes de embarazo y que durante esta sesión se identificó con todas, especialmente con Ls. Relatando que parte de lo que a ella la entristece y preocupa es la aceptación de sus padres hacia su embarazo, ya que al tratarse de la hija mayor (tiene un hermano de 9 años) y la única mujer, considera haberlos "defraudado", sintiendo rechazo, pero al ya cursar por el séptimo mes considera que no queda otra opción a sus padres, pues ya no pueden forzarla a abortar o algo más. Tras interrogarle cómo es que se sintió dentro del grupo, JJ refiere que ella también es una persona que suele alejarse del resto de la gente, pues siente pena al contar su vida.
Señalamiento de la dificultad	Terapeuta-	Así, Esther señala que suele dar pena, sobre todo cuando se relatan

para estar y participar activamente en el grupo.	grupo.	sucesos que duelen, pero que al hablarlos dentro del grupo las cosas se van aclarando, ya que como ellas mismas dicen en ocasiones no saben por donde o cómo iniciar, pues da la impresión que traen la cabeza muy revuelta, pero que al escuchar y escucharse a sí mismas las cosas van tomando un rumbo y se clarifican, pues incluso pueden sorprenderse de aquello que refieran.
Identificación y relación normal: Br establece relaciones en el grupo, dando opciones a sus compañeras con las que se identifica e intenta diferenciarse; entendiendo que hay turnos para todas.	Br-grupo	A continuación, Br comenta que a ella también le daba pena hablar de sí, pero que conforme ha asistido a las sesiones y hablado dentro de las mismas, ya puede tener confianza, recordando la primera sesión a la que asistió, de la que al salir se sintió "más ligera... como que me quitaron un peso de encima", misma sensación que tuvo después de la primera entrevista con el Dr. "Alejandro". Asimismo, comenta que cuando toca su turno en ocasiones desea hablar "de tantas cosas" que intenta apresurarse, pues no es la misma plática que se puede tener "con amigas o una prima", pues dentro del grupo siente que el tiempo va muy rápido y sabe que después de ella toca el turno a alguna otra integrante.
Señalamiento dirigido al trabajo en el grupo psicoterapéutico.	Terapeuta-grupo.	Entonces Denise señala que al hablar es como si armaran un rompecabezas en donde ellas deben ir rearmando sus propias historias, trabajo que se realiza dentro del grupo, pues como ellas lo han notado no es igual que con amigas o familiares cercanos, pues como lo decía SN "les dan por su lado". Acto continuo, señala el término de la sesión, cediendo la palabra a la terapeuta Esther.

Esther señala la recurrencia que en esta sesión tuvo la dificultad para separarse y entonces poder cubrir los diversos papeles que se esperan de ellas: ya sea como madre, pareja, estudiante, hijas; ocupando gran parte de su esfuerzo por mantenerse en éste último, sin poder separarse de sus padres, pues si bien resulta grato contar con el apoyo y "apapachos" de éstos últimos, también es importante que ellas puedan tomar distancia (al igual que sus bebés) para continuar con su crecimiento y no se vean enredadas en la historia que ya conocen, pues no por el hecho que la madre tome medicamentos psiquiátricos o padezca por la economía familiar a ellas les sucederá lo mismo, por lo cual no deben perder de vista que si bien en éstos papeles que deben cubrir ellas han decidido ofrecer ayuda a sus padres, no es su responsabilidad el mantenerlos y cubrir sus necesidades, ya que la responsabilidad más importante que tienen es consigo mismas. Y que si ellas cargan con responsabilidades que no les corresponden, esto también les acarrea culpas, tristezas y

sentimientos que aún no pueden entender y que además no pueden soportar, ya que ellas al no ser culpables de todo, tampoco lo pueden resolver todo, ya que los problemas entre sus padres, son de ellos y no les conciernen.

Asimismo, se señala que al estar hablando de separaciones, el grupo sabe que ambas terapeutas se encuentran realizando una residencia dentro del hospital, pero que su tiempo dentro de este programa está por concluir por lo que la próxima sesión será la última en la que participarán ambas terapeutas, quedando el grupo a cargo del Psic. Edgar Díaz que realizó la entrevista con cada una de ellas. Siendo momento para que ahora las terapeutas se separen, pues las separaciones son parte de la vida que debe continuar al igual que el crecimiento. Al escuchar esto, Br emite un ¡Ay!, por lo que Denise pregunta qué pasó; la menor expresa "hablando de separaciones, ahora ustedes se van".

Finalmente Denise señala a las pacientes la constante emergencia en el discurso del grupo de la dificultad y miedo que existe ante la separación, recordando el ejemplo de SN quien en un inicio de la sesión mencionó que le gustaría permanecer embarazada, por los beneficios que ahora está viviendo. Sin embargo se trata de una ilusión en la que desean permanecer, pero que les impide disfrutar de las experiencias que siguen, al estar por delante la llegada de esos bebés y su convivencia con ellos. De esta manera, aunque a nosotras también nos cuesta trabajo dejarlas, es algo que redundará en un bien para todas, tal como separarse de sus padres les ofrecerá el beneficio de vivir con su pareja y formar Juntos una familia, experiencias ambas que aportan para ellas vivencias placenteras e implican para ellas siempre un aprendizaje, tal como lo mencionaron durante la sesión. Así, se señala que para nosotras es difícil dejar el grupo pero llevamos el aprendizaje que cada una nos dejó, pues si bien hoy hablaban de los beneficios que han obtenido en el grupo, nosotras al formar parte de él, también nos vimos beneficiadas, aprendiendo cosas importantes de cada una.

Asimismo se señala que durante esta sesión se habló de cómo ellas se sienten responsables de lo que ha sucedido en su familia, asumiéndose culpables de los conflictos entre sus padres, pero esto que sucede es algo que parte de cada uno de ellos, en lo que las chicas no tienen ninguna competencia. De la misma manera, se señala que lo que pasa en ellas solamente les compete a ellas y por tanto queda en sus manos, apuntando que si bien es cierto que el grupo promueve reflexiones y toma de decisiones diferentes, esto es algo que está dentro de ellas y que puede continuar independientemente de que sus padres, parejas o nosotras estemos a su lado, quedando ahora a cargo del Psic. Edgar Díaz la coordinación del grupo, pero permaneciendo dentro de ellas la mayor responsabilidad, pudiendo continuar con este trabajo aún fuera del grupo después de que nazca su bebé. Por último, interroga al grupo si desean agregar algo, permaneciendo todas en silencio.

CATEGORÍA	OBJETO	SESIÓN 56 DISCURSO GRUPAL
Encuadre e notificación de la reincorporación del Psic. Edgar Díaz.	Terapeuta-grupo	La sesión comenzó con la presencia de SN, JSS y Mch, más tarde se integró Ls. Para iniciar, Denise interroga al grupo cómo se encuentra e informa la presencia y reintegración del Psic. Edgar Díaz, al tratarse de nuestra última sesión de trabajo con el grupo. Entonces, Esther retoma la pregunta acerca de cómo se encuentra el grupo, tras lo que Denise informa que SN le comentaba algo importante antes de entrar al espacio terapéutico.
El parto impone el reconocimiento del dolor físico, así como la identificación con la madre, quien ha mostrado a la paciente su sensación del parto. Rescatando afectos positivos y agradables.	SN-madre.	De esta forma, SN expresa que por la mañana acudió con el médico, quien le avisó que la Joven ya presenta dos centímetros de dilatación, por lo que su fecha de parto está próxima, siendo seguramente también ésta su última sesión de trabajo psicoterapéutico, tras lo que indica temor al esperar dolor por un parto natural y por lo que pueda suceder. Refiere además que le da miedo estar en el hospital, pues hasta ahora recuerda que siempre había ido a consulta externa, pero nunca ha estado hospitalizada, agregando que de hecho nunca ha estado fuera de casa. Así, Esther señala el temor de la paciente por el dolor físico que le ha sido referido por sus familiares (tías y madre) pero también incertidumbre al ser madre. SN asevera que su madre le ha referido que, de acuerdo a su experiencia, al momento del parto el dolor es muy intenso, pero que al mismo tiempo la alegría de tener a su hijo entre sus brazos es muy grande, expresando SN su deseo de ya tener a su hija, abrazarla, bañarla, etc., deseando acudir inmediatamente a urgencias al conocer la opinión del médico.
Relación depresiva: SN teme y se preocupa por no establecer una relación como la suya con su propia madre; expresando necesidad de reparar en su hija aquello que ella padeció. Presenta miedo a la pérdida,	SN-hija-madre.	A continuación, Denise señala nuevamente el temor de la Joven, no sólo al dolor sino al cambio que implica ser madre; SN comienza a hablar acerca de su temor al no poder estar "próxima" a su hija, estableciendo "voy a hacer con ella lo que no hicieron conmigo, no... no voy a hacer con ella lo que hicieron conmigo". Aludiendo al momento a su vivencia con su madre, de quien durante mucho

<p>dificultad en el establecimiento de la relación entre ella y su hija.</p>		<p>tiempo se sintió ajena y lejana, revelando que no le tenía confianza, lo que se ha modificado con el embarazo. Al escuchar éste discurso, Denise señala que durante sesiones anteriores había comentado que ahora podía hablar con su madre y podía comprenderla de manera diferente, pues la señora le ha contado acerca de las discusiones que sostenía con el padre, por salir en defensa de sus hijas. Finalmente, Denise termina su intervención al interrogar qué habrá cambiado en ella además del embarazo.</p>
<p>Relación normal: a últimas fechas, a partir del embarazo, SN refiere una mayor posibilidad de acercamiento y distinción de su madre.</p> <p>Relación depresiva: SN reitera la soledad que experimentó durante un lapso prolongado de su vida, preocupándose por la construcción de la nueva relación con su hija, a quien no desea perder, intentado reparar.</p>	<p>SN-embarazo.</p> <p>SN-madre.</p>	<p>SN reconoce que ahora está más "próxima" a su madre con quien siempre deseó poder contar y hablar, lo cual aguarda poder construir con su hija. Al instante, Esther señala el temor que la Joven expresa a que suceda lo mismo que en su relación con su madre, lo que SN acepta pues ella siempre se sintió sola; discurso tras el que Denise señala que entonces lo que ella desea es no sentirse sola como comentaba cuando ingresó al grupo, donde su sentimiento de soledad prevalecía aún cuando estuviera en compañía de otras personas, situación que ha cambiado desde que está dispuesta a escuchar y considerar sus propios sentimientos y los de los otros; SN acepta la intervención.</p>
<p>Señalamiento sobre el dolor de parto, así como al establecimiento de una relación normal, en dónde el encuentro de SN y su hija tenga la posibilidad de elección y el actuar con independencia, al poder diferenciarse ambas; pero sobre todo al poder diferenciarse SN de su hija y su madre.</p>	<p>Terapeuta-paciente.</p>	<p>Inmediatamente, Edgar informa por una parte acerca del temor que SN refiere sentir ante el parto por las expresiones de otras personas, sin embargo en el hospital se ha observado que se trata de una experiencia subjetiva, pero que el dolor se agudiza si la madre se encuentra estresada. Por otro lado, señala que debe tener cuidado en no estar siempre pendiente de que no se repita la misma historia de ella en su hija, pues en ésta tarea se pueden perder de vista las necesidades de los hijos, pudiendo otorgarles aquellas cosas que no requieren, señalando que SN no es su mamá y tampoco el bebé es ella, debiendo plantearse nuevas formas de ser dentro de la relación que va a iniciar. Inmediatamente interroga a Mch (paciente de primera vez) qué piensa acerca de esta disyuntiva.</p>
<p>Relación normal: Mch considera que</p>	<p>Mch-hij@</p>	<p>Mch inicia su participación al considerar que su experiencia puede</p>

<p>a partir de su experiencia, ella podrá utilizarla para establecer una relación con su hij@.</p>		<p>brindarle herramientas para poder acercarse y valorar su vivencia con sus hijos, pues será a partir de lo que ella hizo que podrá darse cuenta de lo que acontece a su niño, pues también considera que no tenía confianza con su madre y entonces le decía mentiras que en ocasiones la señora creía. De forma que Mch piensa que si en alguna ocasión su hijo le dijera alguna mentira, ella podría darse cuenta.</p>
<p>Relación de control: Mch refiere que no había informado su embarazo, como un intento de detener las agresiones de su madre en quien no confía.</p>	<p>Mch-madre.</p>	<p>Al escuchar este discurso, el equipo terapéutico comienza a interrogar a la Joven acerca de su embarazo y su relación con su madre, pidiendo Edgar a la menor que hable libremente, conforme se le vayan ocurriendo las cosas. Mch relata que siempre tuvo dificultades para acercarse a su mamá, pues no tenía confianza de contarle lo que le sucedía, ya que incluso ella no la informó de su embarazo, sino que la señora se percató a los 5 meses del mismo, por lo que la chica recibió un regaño.</p>
<p>Relación de control: En casa la Joven había sido advertida, por lo que temía las represalias, al no tener confianza ni apoyo de su pareja, quien sugirió el aborto, apareciendo como disidente.</p>	<p>Madre-Mch-pareja.</p>	<p>Mch cuenta que no había dicho nada a su madre, pues antes del embarazo ya había sido advertida que de "salir embarazada" no contaría con el apoyo de la madre y tendría que dejar la casa. Razón por la que al enterarse del embarazo (a los 4 meses de gestación), la adolescente se sintió preocupada, pues sabía que su pareja no la apoyaría (sugirió el aborto) y su madre la correría de su casa, por lo que no sabía que hacer. Existiendo tristeza y coraje en Mch al inicio de la concepción, considerando el aborto.</p>
<p>Relación de control: Mch intentaba conducir y apoyar a sus amigas, pero al verse ella con un embarazo no planeado y no poder realizar un aborto, aparece la desconfianza y agresión.</p>	<p>Mch-amigas.</p>	<p>Al punto que, Esther interroga a la chica su razón para no abortar. Mch relata que mientras estudiaba la secundaria ella siempre aconsejaba a sus amigas que se enfrentaban a un embarazo no planeado que no fueran tontas, que abortaran y siguieran sus vidas, que no se las echaran a perder por un embarazo. Reconociendo que al encontrarse ella frente a esta situación no pudo hacerlo, pues se percató de la gesta hasta los 4 meses, razón por la que si acudía a abortar, ponía en riesgo su vida, además que no contaba con el dinero, provocando que sus compañeras al verla le reprocharan no</p>

<p>Relación de la relación: Mch argumenta no conocer datos ni situación de su pareja; como intentado no tener una verdadera relación, dejando la responsabilidad de su conducta a otros.</p>	<p>Mch-pareja.</p>	<p>siguiera su mismo consejo. Denise interroga cómo es que se encontraban ella y su pareja en ese momento, Mch argumenta que desconoce la situación que atravesaba su pareja, pero que durante las relaciones sexuales no utilizó ningún método anticonceptivo, pues pensaba que no le podía suceder, al pensar que por su inteligencia y desempeño escolar no le podía ocurrir. De forma que Denise señala que la inteligencia no implica que se esté exento de un embarazo, interrogando qué la habrá motivado a unirse al chico y a acceder a las relaciones sexuales. Mch responde que no sabe qué le pasaba a su pareja, refiriendo una vez más que ella se sentía sola.</p>
<p>Relación de control: Mch expresa desconfianza en la relación con su madre, al no poder contar con su presencia.</p> <p>Relación depresiva: La Joven refiere sentirse culpable y preocupada por la futura relación con su bebé, en quien hay un deseo de reparación.</p>	<p>Mch-madre. Mch-bebé.</p>	<p>Retomando el discurso expresado hasta este punto, Est her interroga a la menor, acerca de su situación familiar. Mch describe que, como lo decía SN ella tampoco tenía confianza en su madre, pasando sola la mayor parte del tiempo, expresando que ella no desea atravesar con su bebé por la misma situación que vi vió con su madre, pues se ha dado cuenta que su madre ahora se encuentra más pendiente de sus hermanas tal vez en un intento por evitar que un embarazo adolescente se repita. Agregando que tampoco desea dejar de observar las necesidades que su bebé, reconociendo que lo que ella necesitaba era platicar con su madre para poder tenerle confianza.</p>
<p>Señalamiento de la desconfianza y relación de control entre las pacientes y sus madres.</p>	<p>Terapeuta-grupo.</p>	<p>Por consiguiente, Edgar recapitula al advertir las semejanzas en el discurso de las pacientes, en donde la desconfianza predomina en la relación con la madre, y de nuevo aparece esta disyuntiva entre lo sucedido a ellas como hijas y sus necesidades. Cediendo la palabra al resto del grupo.</p>
<p>Relación de control: Ls percibe que su pareja intenta retenerla consigo bajo su voluntad al impedirle visite a su familia (madre), lo que considera una agresión.</p>	<p>Pareja-Ls.</p>	<p>La participación de Ls comenzó al comentar que para ella ha sido difícil la relación con su pareja, quien se empeña en que la paciente permanezca a su lado e impide que visite libremente a su madre, a quien siente haber defraudado con el embarazo. Ls relata que ella también platicó con su madre, quien advirtió que en caso de que se embarazara, tampoco sería apoyada en casa, sin embargo esta</p>

<p>... al presentarse el... justificante... culpa de la... preocupa por lo que su madre pueda pensar y las acciones que pueda tomar para castigarla, intentando sanear la relación.</p>	<p>Ls-familia (madre).</p>	<p>situación ha cambiado, por lo que ahora quisiera poder pasar más tiempo con su madre, pero señala que su pareja se encarga con frecuencia de encontrar alguna razón para impedirle que salga a visitarla, reteniéndola al decirle que ahora debe estar con él y hacerle compañía, lo que lejos de convencerla de la importancia de convivir de manera diferente ahora que viven como pareja, la hace sentir obligada a estar con él.</p>
<p>Relación de control: Ls y su pareja intentan dirigir la conducta de cada uno de ellos, pero al no conseguirlo aparece la desconfianza y agresión, viviéndose como enemigos.</p>	<p>Ls-pareja.</p>	<p>De esta manera Denise interroga a la menor qué es lo que la mantiene entonces al lado de él, intervención a la que la menor responde que por un lado quiere a su pareja y por otro confía en que cambie, diciendo que ha hablado con él y le ha pedido que se preocupe y ocupe más de lo que ella necesita, pues cuando el menor tiene dinero, en lugar de ofrecérselo para que se compre algo que necesite o vaya comprando algo para el bebé que pronto nacerá y que aún no tiene las cosas indispensables para su llegada, el Joven enseguida va y gasta el dinero en cosas para él. La menor refiere que incluso la semana pasada hubo dos días en que el chico no le dejó dinero para la comida, por lo que tuvo que comer lo que quedó de otros días. Ls menciona que ha hablado en varias ocasiones con su pareja, después de lo cual parece que el Joven comprende y promete que va a cambiar, pero al poco tiempo vuelve a ocuparse más de sí mismo que de ella y el bebé, a pesar de lo cual conserva la esperanza de que él cambie y con esto ella pueda sentirse mejor.</p>
<p>Negación de la relación: Ls utiliza la proyección dejando la autoridad y responsabilidad al mundo externo y su pareja, como si considerara que ella no tiene participación en ello.</p>	<p>Ls-pareja.</p>	<p>Ante este discurso se interroga a la menor de qué manera podría hacerla sentir mejor que él cambie, respondiendo Ls que al prestar más atención a sus necesidades y proveerla más, podría aproximarse a lo que había deseado para ella, pues estaría en una posición que apuntara a hacer más cosas como seguir estudiando y tener un estatus económico más holgado.</p>
<p>Simbiosis: Ls refiere una situación en</p>	<p>Ls-pareja-</p>	<p>La menor comenta que siempre había pensado que con sus estudios</p>

<p>la que no puede adueñarse ni reconocer de lo que le pertenece al considerarse dependiente y a disposición de su pareja y madre. Resultado compleja una separación.</p>	<p>madre.</p>	<p>iba "a poder subir" y acceder a mayores comodidades y lujos, pues "sabe que nadie comienza con una casota", pero que poco a poco se puede conseguir. Sin embargo agrega que con los cambios de disposición de su pareja al esforzarse en ocasiones porque las cosas marchen como ella lo desea y en otras ocasiones ocuparse más de sí mismo, y con lo que le hace sentir su madre al reprocharle que haya optado por vivir con su pareja, ella siente que suben y bajan su autoestima a su antojo, altibajos que en ocasiones ya no puede manejar.</p>
<p>Señalamiento de la simbiosis y la relación de control que existe entre Ls y su pareja.</p> <p>Relación de control: Ls comenta que a partir del nacimiento de su bebé, podrá tal vez controlar a su voluntad a su pareja, al estar desconfiada de lo que pueda lograr.</p>	<p>Terapeuta-Ls. Ls-pareja.</p>	<p>En este momento Edgar señala a la menor que pareciera que se está depositando todo en manos de su pareja, quien ella espera que en algún momento cambie y que resulta difícil que este cambio pueda suceder, haciendo énfasis en que incluso tiene que pedir permiso para salir a ver a su madre, como si fuera militar y él tuviera un grado superior al de ella, confiriéndole una autoridad que no debe tener, con lo que la pareja pierde su esencia, pues los integrantes no se encuentran en posición de igualdad. Al escuchar esta intervención Ls comenta que entonces tal vez deba salir de casa de su pareja de forma definitiva, tomando como pretexto el nacimiento del bebé, con lo que ella podría plantear al Joven que si no recapacita y de una vez por todas se asegura un buen trabajo que ofrezca un estilo de vida diferente para ella y el bebé, entonces mejor permanecerá en casa de su madre.</p>
<p>Señalamiento acerca de la dependencia.</p> <p>Relación de control: Ls reitera su deseo de obtener beneficios a partir de poder controlar y manejar a su pareja a su voluntad, apareciendo agresiva y desconfiada.</p>	<p>Terapeuta-Ls. Paciente-pareja.</p>	<p>Ante este discurso Denise interroga a la menor qué de todo lo que pasa con ella queda en sus manos, pues hasta ahora ha hablado del papel tan importante que tienen su madre y su pareja en su estado emocional, refiriendo incluso que de esto depende su autoestima, pero la autoestima es algo que sólo le pertenece a ella y no tendría porqué modificarse según el proceder de los otros. Ls refiere que lo que a ella le corresponde para conseguir lo que desea es salir de la casa donde vive con su pareja, volver a la casa de su madre y hablar con el chico, planteando que si no se ve un cambio definitivo en él</p>

		que asegure mayores oportunidades a la nueva familia, ella permanecerá con su madre.
Señalamiento de la relación de control y dependencia en que la Joven se encuentra con su pareja.	Terapeuta-Ls.	En este momento Esther interroga si acaso estará depositando en su pareja sus propios deseos, sin embargo Ls niega que esto esté sucediendo. Enseguida Edgar señala a la menor que lo que el equipo terapéutico está intentado es hacerle ver que lo que suceda con ella es algo que está en sus manos, pues como se había mencionado ya, la autoestima, es decir cómo se siente con ella misma, es algo que solamente a ella le concierne y que si bien puede ser difícil que en este momento tenga claro lo que desea hacer para procurarse y seguir con su proyecto de vida, es necesario que para ella se vaya aclarando lo que no quiere tener dentro de este proyecto, como que las condiciones de la pareja no sean iguales para uno y otro, o que él no se ocupe de solventar los gastos de la familia; situaciones que puede ir delimitando para después decidir cómo hacer para que dejen de suceder. Inmediatamente ofrece la palabra a JSS I., a quien interroga qué ha pensado de lo que el grupo ha planteado hasta ahora.
Embarazo como un medio para lograr confianza, atención y acercamiento de sus madres. Relación depresiva: a partir del embarazo, JSS y su familia reconocen preocupación y culpa por lo que pueda suceder a los demás, apareciendo la necesidad de reparar.	JSS-madre. JSS-familia (madre).	De esta manera JSS comenta que desde su punto de vista la confianza con la madre de la que se ha hablado es algo muy importante que en realidad se modifica a partir del embarazo, pues como ella había expuesto en el grupo anteriormente, su embarazo representó una llamada de atención hacia su madre y hasta ahora ha tenido el efecto que ella esperaba, pues se ha promovido un mayor acercamiento de la señora con sus hijos, de modo que ahora llega temprano de trabajar y se ocupa del cuidado de sus hijos menores, preguntando por las cosas que les suceden y platicando sobre lo que ella misma vivió durante el día. De acuerdo con JSS, esta nueva disposición afectiva de su madre ha favorecido que puedan platicar mucho más, señalando que anteriormente la señora comentaba a sus hijos lo que le pasaba y para ellos era difícil escucharlo, pues no les interesaba, sin embargo ahora sienten la

		necesidad de conocerla, teniendo la iniciativa de hacer participe a la señora de lo que cada uno vive.
Relación normal: para JSS aparece la posibilidad de elegir y relacionarse con independencia, como resultado de la diferenciación entre ella y los demás.	JSS-familia.	JSS comenta que aunque ha podido convivir más con su madre, quienes se han beneficiado más son sus hermanos menores, pues a pesar de la disposición de la señora, ella debe dedicar mayor tiempo a su pareja, quien va a visitarla ya que no viven Juntos. La paciente agrega que esta confianza que está surgiendo con su madre es muy oportuna, pues su padre no se encuentra en casa debido a que está en un anexo, relatando que el domingo pasado fueron a visitarlo y dijo a la familia "lo mismo de siempre, que va a cambiar y que ya va a estar bien".
Negación de la relación: frente a la condición del padre, JSS intentaba negarse, tratando de evitar las visitas. Impidiendo así la realización de la agresión; apareciendo el ambiente como diferente; entristeciendo la chica.	JSS-padre.	No obstante, JSS comenta que ella no cree lo que su padre dice, pues en realidad nunca ha estado con ellos y tampoco cambia, relatando que cuando ella tenía ocho años, el señor estuvo preso alrededor de tres años debido a que asaltó un camión de Coca Cola, por lo que la familia debía visitarlo cada fin de semana a pesar de que ninguno de los hijos disfrutaba hacerlo, de modo que siempre había intentos por su parte para evitarlo. JSS comenta que durante este tiempo fue que se sintió más sola, pues su madre se vio obligada a trabajar más tiempo, llevando un horario de ocho de la mañana a diez de la noche, que impedía a la paciente y sus hermanos tener algún tipo de convivencia con su madre, misma que disminuyó todavía más cuando la propia JSS comenzó a trabajar.
Negación de la relación: JSS relata que durante la reclusión de su padre, nadie deseaba hacerse cargo de ella y sus hermanos, negándoles tener relación y responsabilidad, dejando la autoridad a otros por medio de la proyección.	Familiares-JSS.	La menor comenta que un reproche que siempre hacía a su madre era que el poco tiempo que tenía libre lo dedicara a visitar en el reclusorio a su esposo, habiendo ocasiones en que la señora los dejaba a cargo de una amiga o solos, pues debía asistir a las "visitas íntimas" y la familia de la señora no quería cuidarlos pues no quieren al señor, mientras que la familia de él argumentaba que tenían que cuidar muchos niños o que tenían cosas que hacer, de modo que siempre terminaban con la amiga de la señora.
Relación depresiva: JSS por medio	JSS-	JSS refiere que con todo eso, ahora se siente mejor, pues sabe que

<p>del embarazo intenta expresar su preocupación por sus hermanos y ella misma, intentando resarcir y detener futuros problemas en sus hermanos, a manera de reparación.</p>	<p>hermanos.</p>	<p>de alguna manera su embarazo ha promovido cambios en su madre y esto asegura a sus hermanos un mejor cuidado y los protege de que vivan un embarazo adolescente como el que ella está enfrentando, pues tal como lo había dicho en otra sesión, siempre se les señala a ellas como culpables al momento de quedar embarazadas, Juzgándolas y diciendo que cómo se atrevieron a hacer eso, pero pocas veces los padres se preguntan qué hicieron ellos para que llegaran a esa situación.</p>
<p>Relación depresiva: Pese a la soledad soportada por JSS, ésta se preocupaba y afligía por sus hermanos; temiendo la respuesta de la madre a quien no deseaba perder y por ello precisaba reparar.</p>	<p>Paciente-hermanos-madre.</p>	<p>Ante este discurso Esther interroga sobre la respuesta que su madre daría ante este cuestionamiento; JSS responde que el error de su madre fue dejarlos solos tanto tiempo y no ofrecerles la confianza y el acercamiento afectivo que necesitaban, por lo que ella en ocasiones se preguntaba qué sentido tenía llegar a su casa, pues sabía que su madre no estaría, pero lo que la motivaba a hacerlo era llegar a atender y cuidar de sus hermanos. Sin embargo agrega que esto ha pasado y que se siente más tranquila al notar los cambios que se han generado en su familia.</p>

Para finalizar la sesión, Edgar señala al grupo que lo esencial en este nuevo papel que adquirirán al parir y convertirse en madres es que, más que preocuparse por evitar que se repita en sus hijos su propia historia, sean capaces de leer las necesidades que hay en ellos, pues como lo decía SN, al preocuparse por evitar que vivan lo que ellas vivieron, se corre el riesgo de replicarlo y ser madres lejanas afectivamente, o hacer todo lo contrario y asfixiar a sus hijos con cuidados excesivos, de modo que será necesario que más bien aprendan a identificar lo que el niño necesita y ser estrictas cuando sea necesario, así como permitirles decidir a sus hijos cuando esto sea posible y no los ponga en riesgo. De esta manera plantea el grupo como una experiencia emocional correctiva, donde se establecen nuevas formas de relacionarse y se ofrece una disposición de escucha diferente que brinda a las chicas una modalidad de relación íntima que hasta ahora no habían vivido, en la que tienen lugar sus sentimientos y donde se puede hablar de aquello que antes no se había podido hacer, poniéndolas en contacto con aquello que las constituye y abriendo la posibilidad de considerar lo que el otro puede sentir y aportar. Y como en toda relación, hay momentos de despedida, donde el crecimiento de quienes la conforman demanda la separación, siendo en esta ocasión el turno de las terapeutas, quienes parten al haber concluido su formación dentro del Instituto y ahora deben seguir aprendiendo en otro lugar, cediendo la palabra a las terapeutas.

Esther inicia su participación final agradeciendo al grupo la oportunidad de haberlas conocido y aprendido tanto, señalando que si bien el embarazo moviliza algunos sentimientos, como lo hizo también en nosotras como terapeutas, abre nuevas posibilidades, permitiendo aprender sobre la confianza que en esta ocasión se hablaba, que refleja la oportunidad que se puede dar a los otros y a uno mismo al entablar una relación donde se tenga la seguridad de que se va a contar con la otra persona a pesar de que en ese momento se estuviera molesto, triste, o que la otra persona no estuviera al lado, dando la impresión de que esto es lo que ellas pedían a su pareja y familia, sin embargo esto es algo que se construye en conjunto a través de la escucha y la compañía con palabras, siendo esto lo que aparentemente ha cambiado en ellas a partir de su estancia en el grupo, pues si bien el embarazo moviliza afectos y cuestiona el papel que cada uno tuvo para llegar al embarazo, no se debe pensar que únicamente fue el embarazo, sino todas las cosas que están pensando en su papel como adolescentes responsables, pues no por el hecho de ser madres dejarán de ser adolescentes y seguir con sus planes a futuro.

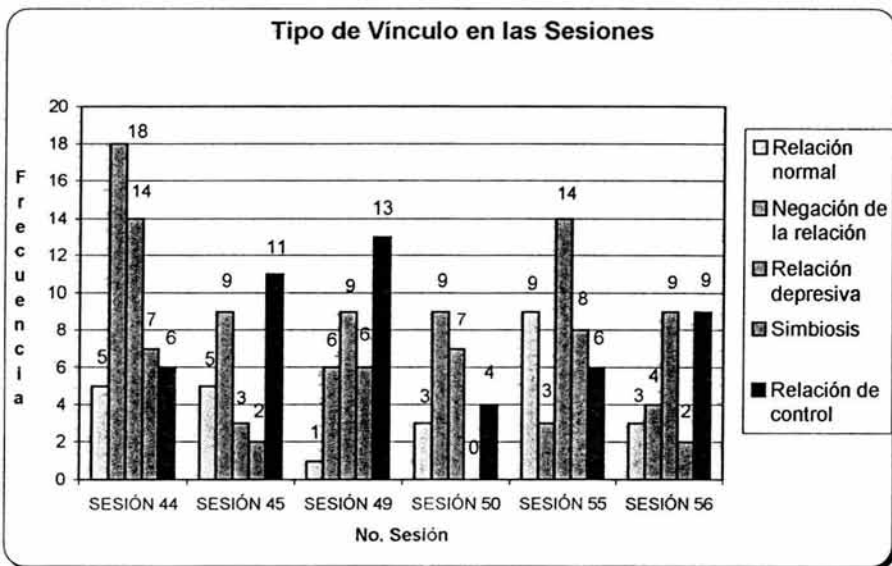
Denise por su parte, agradece al grupo la oportunidad de acceder a sus sentimientos y con esto aprender sobre ellas y sus fortalezas, pues como se mencionó en este día, la sensación de haber crecido solas y con sentimientos de que los otros no se ocupaban de ellas, ha sido parcial, pues dentro de todo y en la medida de las posibilidades de sus padres, recibieron cosas que las sostuvieron, pues una prueba de ello es que estén vivas y que puedan estar en el grupo. De esta manera, se hace referencia al discurso del grupo, donde se presenta al embarazo como el responsable del cambio en la disposición afectiva del medio y de ellas mismas, señalando que si bien éste las ha sensibilizado, el mayor mérito reside en que se hayan permitido, a través del grupo, acceder a sus propios sentimientos y permitirse escuchar a los otros y por tanto comprender sus motivaciones en las relaciones afectivas. Asimismo, aclara que el grupo es un espacio en el cual se reflexiona acerca de las posibilidades que tienen, por lo que no es necesario tomar decisiones precipitadas, sino comenzar a plantearse y cuestionarse qué se quiere para ellas mismas y cómo se puede conseguir, para a partir de esas reflexiones movilizarse y comenzar a actuar en pro de lo que desean, agradeciendo una vez más habernos permitido ser parte de esas reflexiones y ese aprendizaje.

Finalmente, Edgar menciona al grupo que la próxima semana él estará trabajando con ellas y que probablemente se integren dos estudiantes al Programa, solicitando a las Jóvenes que informen cuando se encuentren hospitalizadas para poder visitarlas en interconsulta.

XI. RESULTADOS.

Para fines del estudio del tipo de vínculo que las adolescentes embarazadas emplean, como ya se mencionó, el número de sesiones analizadas (seis) se tomó de las tres diversas etapas, por ello, se intentará seguir ese mismo patrón. Como ya se mencionó, estos resultados se derivan de las sesiones contempladas en el apartado anterior.

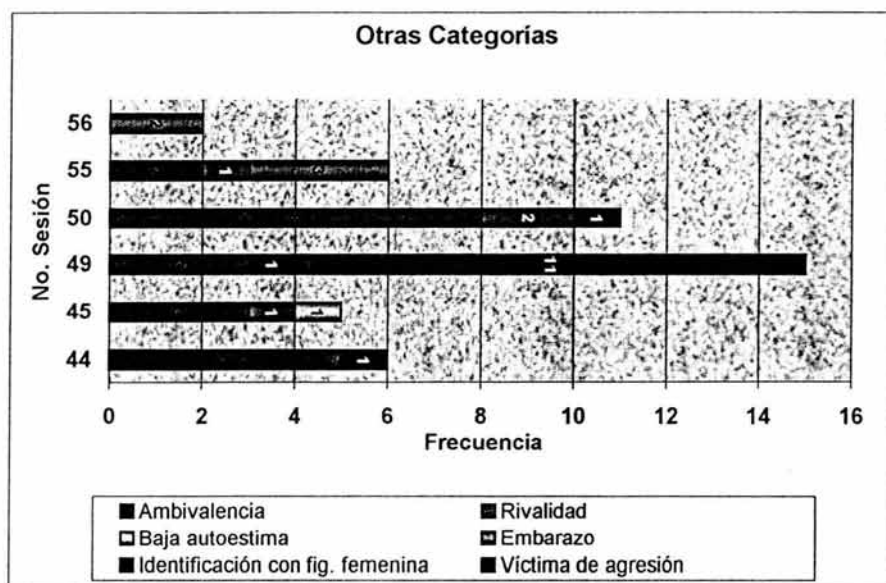
A continuación se muestra un gráfico que esquematiza la frecuencia con que cada tipo de relación se produjo a lo largo del tratamiento:



Gráfica 1. Datos obtenidos del análisis de sesiones en base a las categorías de vínculo de Pichón-Riviére.

Es importante aclarar que así como se analizaron las categorías creadas a partir de la teoría del vínculo de Pichón-Riviére, también se consideraron otras esferas que fueron surgiendo con la misma observación. Esta clasificación agrega elementos que ayudan a

aclarar lo acontecido en las sesiones, pues se debe notar que existen categorías que aparecen y desaparecen en momentos específicos del tratamiento. El esquema posterior indica las nuevas categorías, su frecuencia y presencia.



Gráfica 2. Cifras de nuevas categorías elaboradas a través del tratamiento.

Asimismo, se ofrece la siguiente tabla en donde se pretende especificar el tipo de vínculo entre las adolescentes embarazadas y un objeto específico (se anota la frecuencia), ello con el propósito de facilitar el esclarecimiento de las relaciones de las chicas y sus figuras femeninas principalmente, no obstante, se consideraron todos los objetos (persona o cosa), sobre los que trataban las sesiones, pues resulta conveniente su conocimiento al momento de sugerir y reconocer intervenciones atinadas.

Tabla 1. CATEGORÍAS DE VÍNCULO ACORDE A PICHÓN-RIVIÉRE

CATEGORÍA (VÍNCULO)	FASE INICIAL				FASE INTERMEDIA				FASE FINAL			
	SESIÓN 44		SESIÓN 45		SESIÓN 49		SESIÓN 50		SESIÓN 55		SESIÓN 56	
	EN RELACIÓN A	F	EN RELACIÓN A	F	EN RELACIÓN A	F	EN RELACIÓN A	F	EN RELACIÓN A	F	EN RELACIÓN A	F
NEGACIÓN DE LA RELACIÓN	Paciente- Padre	4	Paciente- Padre	4	Paciente- familia	5	Paciente- pareja	4	Paciente- familia (madre)	1	Paciente- pareja	2
	Paciente- Fig. femenina (amiga, tía, prima)	4	Paciente- Bebé	3	Padre- otros	1	Paciente- hermanos	2	Paciente	1	Paciente- padre	1
	Paciente- otros familiares	5	Paciente- Madre	1			Paciente- embarazo	2	Padre- Madre	1	Familiares- paciente	1
	Madre- Padre	2	Terapeuta- Paciente	1			Paciente- Padres (madre)	1				
	Paciente- Hermanos	2										
	Paciente- pareja madre	1										
Total		18		9		6		9		3		4

RELACIÓN DEPRESIVA	Paciente-Madre	5	Paciente-Escuela	1	Paciente-padres (madre)	5	Paciente-familia	2	Paciente-padres (madre)	10	Paciente-madre	5
	Paciente-Padre-abuelo fallecido	4	Paciente-Madre	2	Paciente-otros (amigos)	3	Paciente-hermanos	2	Paciente-pareja	2	Paciente-hermanos	2
	Paciente-Bebé	3			Paciente-hij@	2	Paciente-pareja	1	Paciente-hij@	1	Paciente-hij@	2
	Terapeuta-grupo	1			Paciente-pareja	1	Paciente-sí misma	1	Padre-madre	1		
	Paciente-Otros	1					Paciente-pares	1				
Total		14		3		11		7		14		9
SIMBIOSIS	Paciente-Madre	3	Paciente-Pareja-Bebé	2	Paciente-padres (madre)	6			Paciente-padres (madre)	7	Paciente-madre	1
	Paciente-Bebé	2							Paciente-pareja	1	Paciente-pareja	1
	Paciente-Padre	1										
	Paciente-Pareja	1										
Total		7		2		6		6		8		2

RELACIÓN DE CONTROL	Madre (Fig. femenina)-Paciente	4	Terapeuta-grupo	4	Paciente-Familia (madre)	5	Paciente-hermanos	2	Paciente-grupo psicoterapéutico	1	Paciente=pareja	5
	Terapeuta-grupo	1	Padres (madre)-paciente	4	Paciente-Pareja	3	Novio-paciente	1	Paciente=madre	2	Paciente=madre	2
	Abuelos-padre	1	Paciente-padres	3	Familia-paciente	3	Padres-paciente	1	Paciente=padres	2	Paciente-amigas	1
					Pareja-paciente	2			Paciente-pareja	1		
Total		6		15		13		4		6		8
RELACIÓN NORMAL	Paciente-hombre (Abuelo, tío)	3	Paciente-hombre (Mtro., tío)	2	Paciente-Familia	1	Terapeuta-Paciente	1	Paciente-grupo psicoterapéutico	5	Paciente-hij@	2
	Paciente-Grupo	2	Paciente-Grupo	1			Paciente-novio	2	Paciente-madre	2	Paciente-familia	1
			Paciente-Bebé	1					Paciente-pareja	1		
			Paciente-Familia externa	1					Paciente-amigas	1		
Total		5		5		1		2		9		3

En seguida se representa una nueva tabla en la que se detallan las categorías que surgieron a la par con el análisis. Distinguiéndose de forma desglosada cada nueva categoría; por fase de tratamiento, los objetos a los que se ligan las adolescentes embarazadas y el número de aparición.

Tabla 2. OTRAS CATEGORÍAS.

CATEGORÍA	FASE INICIAL				FASE INTERMEDIA				FASE FINAL			
	SESIÓN 44		SESIÓN 45		SESIÓN 49		SESIÓN 50		SESIÓN 55		SESIÓN 56	
	En relación a:	F	En relación a	F	En relación a	F	En relación a	F	En relación a	F	En relación a	F
AMBIVALENCIA	Paciente-Madre	3	Paciente-Padre	3	Paciente-Madre	2	Paciente-pareja (sexualidad)	3	Paciente-pareja	2		
	Paciente-Padre	2			Paciente-padre	1	Paciente-embarazo	2				
							Paciente-padres	1				
							Paciente-parto	1				
							Paciente-hij@	1				
Total		5		3		3		8		2		0
IDENTIFICACIÓN	Paciente-Figs. femeninas	1			Paciente-tías	1						
Total		1		0		1		0		0		0

RIVALIDAD			Paciente-Suegra	1			Paciente-hermanos	2	Paciente-madre	1		
BAJA AUTOESTIMA			Paciente-Pareja	1								
VÍCTIMAS DE AGRESIÓN					Paciente-hermano	11	Paciente-novio	1				
EMBARAZO									Mejora	2	Identificación con la madre	1
									Atención y cercanía	1	Atención y cercanía, confianza	1

De esta manera observamos que en la **fase inicial** de nuestro actuar como terapeutas, en la primera sesión prevaleció la negación de la relación ($f = 27$) que se refiere al bloqueo de la agresión y otros afectos, que son proyectados al mundo externo; pues durante estas sesiones, un tema recurrente fue la muerte de hijos, padres y abuelos (figura masculina), con quienes las pacientes desmentían toda relación, luego que expresaban no sentirse afectadas ni extrañar a sus familiares, apareciendo la negación de la relación con un porcentaje total de 30 al alternar con varones.

Asimismo surgió la relación depresiva ($f = 17$), en donde se observa aflicción, culpa y expiación, con miedo a la pérdida de la relación y necesidad de reparar, tal vez provocada por éstas mismas pérdidas (23%), que han generado culpa en las pacientes al no poder separar su actuación de los eventos en que no participaron pero que resintieron: como la lejanía de sus padres y la conducta punitiva de sus madres; surgiendo la depresión como un modelo prevaleciente entre madre-hija, al alcanzar el 41% durante esta primera fase, pues la chicas expresaron estar preocupadas por no molestar a sus mamás y la forma en que pueden agradecerles (misma conducta que intentaron en sesión).

Al punto que, se presenta la ambivalencia con un 100% en correspondencia con el padre y la madre, pues en ocasiones las jóvenes abrigan el cariño y cuidado, mientras que otras, aparecen vacías y castigadas; dando origen a fantasías desastrosas.

Al versar estas sesiones sobre pérdidas de bebés y figuras masculinas, cabe mencionar que se registró un 44% de simbiosis de las jóvenes con sus bebés fallecidos y un 33% entre las chicas y sus madres en éste primer período. Mostrando que las adolescentes embarazadas, al inicio del tratamiento experimentaban una aguda dependencia de sus madres y pequeños fallecidos; depositando en ambos esa dependencia, a la vez que adoptaban actitudes que

éste par les imponían, como que al ser hijas mayores se encargasen de sus hermanos y el supuesto "impedimento" que tenían para estar con sus padres, pues debían ser leales a sus madres. Así surgen complicaciones para que las adolescentes embarazadas puedan reconocer y ejercer su deseo y necesidades; resultando en un conflicto cada intento de separación, llegando a creer que el alejamiento puede provocar su muerte; pues durante el discurso grupal, las pacientes expresaron miedo a moverse en el ambiente, viviéndolo como un riesgo, al poder topár con la muerte en todo lugar.

De esta suerte, en este par de sesiones surgió cierta inhibición en la participación de las jóvenes embarazadas y recelo en las intervenciones terapéuticas, lo que puede relacionarse con la inseguridad que se presentó en las sesiones iniciales y la premura en la salida del terapeuta (hombre); estableciéndose una relación más corporal, en sustitución de la palabra.

La agresión, tristeza y demás afectos, hicieron presencia en la segunda sesión, pero en esta ocasión se intentó controlarlos, cayendo en un control rígido como lo hacen los padres (en especial la madre; 47%) de las jóvenes en sesión, surgiendo en contadas ocasiones de parte de las terapeutas (23%), al realizar intervenciones con contenido agresivo, rasgo que las pacientes poseían dentro de sí y que pusieron en juego durante esta reunión, al mismo tiempo que intentaron negar la relación con nosotras, dando lugar a la proyección de objetos internos, que en este par de sesiones difícilmente fueron detectados y señalados.

Lo que, el terapeuta varón salió del escenario terapéutico, dejando a las terapeutas la intervención en el grupo, el discurso de las jóvenes versó acerca del terapeuta periférico o ausente con el que cuentan y el control que ejerce la madre embarazada, situación que se repitió y no se retomó en el trabajo psicoterapéutico, debe recordarse que si bien la adolescencia es una época para reeditar y asumir a hacerse cargo de la propia vivencia, el embarazo también es un evento

que promueve el recuerdo de experiencias pasadas y la consideración del presente y futuro. Esto provocó ansiedad en las terapeutas, que fue resentida por las chicas, negando la relación con el fin de conservarse alejadas y lo más resguardadas posible. Además, en esta etapa se observa que las terapeutas se alinearon a los patrones de relación que las chicas suelen sostener con otras figuras femeninas (tías, pares, madre, etc.) como lo es la relación de control.

No obstante, las adolescentes embarazadas mostraron capacidad para establecer relaciones normales con sujetos que no utilizan ni repiten los patrones de relación conocidos por ellas como lo son los maestros y algunos tíos, alcanzando un 50% de relación normal con estas figuras. Del mismo modo, se logró rescatar elementos grupales como la universalidad e identificación entre las chicas que causaron que el 30% de la relación normal reportada en esta primera fase se produjera en relación con el grupo psicoterapéutico.

En resumen, podríamos decir que en esta primera fase, las pacientes se contrariaron por el cambio experimentado de terapeutas, negándose a la relación con las mismas, tal vez por la amenaza de control y de tristeza que éstas evocaban al recordar relaciones anteriores con otras figuras femeninas, pero también al extrañar y añorar la relación con los varones ausentes, a quienes resulta más tolerable negar que detestar; situación que fue recibida por las clínicas.

En la **fase intermedia** (sesión 49 y 50) la temática del trabajo psicoterapéutico cambió, posiblemente por la alteración en la actitud de escucha y de relación entre las terapeutas y las jóvenes, y quizá también por el momento del proceso. Irrumpiendo la desconfianza que las pacientes sostenían al relacionarse, por lo que intentaban controlar todas las situaciones con el fin de reducir los riesgos, captando mayor frecuencia ($f = 17$) la relación de control durante esta período, sobre todo en la unión con los hermanos (50%), la madre (39%) y la pareja (24%). Luego que las menores deseaban frenar los maltratos y agresiones de

estos sujetos; pero al no conseguirlo aparecía la desconfianza y lucha, estableciendo vínculos de control y negación; formas que fallan al intentar regular la agresión que en estos casos se expresa sin represión alguna.

Así, al no poder mantener el control absoluto y quedar a expensas de los demás, incluso siendo víctimas, las jóvenes expresan tristeza, culpa y expiación (relación depresiva $f = 16$), pues es la forma en que se explican los ataques recibidos, sobre todo en el enlace con la madre (45%), de quien las pacientes esperaban protección, y que por el contrario las dejaban a su suerte con la agresión y sus hij@s, coartándoles la posibilidad de mostrarse y desahogarse.

Entonces, en el transcurso de las sesiones intermedias, un tema del que las pacientes hablaron recurrentemente implicó situaciones en que aparecían vulnerables y se sentían indefensas al ser víctimas de violencia física y verbal que ejercen los hombres cercanos a ellas (hermanos y parejas, 100%) así como de la precaria seguridad y resguardo que hasta ahora les han brindado las mujeres cercanas como sus madres, tías y hermanas, por ello es que todavía recurren a la negación de la relación ($f = 15$), como un intento de anular y oponerse a las circunstancias y el trato recibido (la negación de la relación con la familia asciende al 83%); no deseando probar de nuevo, pues también tratan de huir de sus parejas que las violentan (44%) y sus hij@s que les han implicado castigos y condiciones de vida adversas; reportándose un 22% de negación de la relación entre la joven y su bebé por nacer en este segundo periodo del tratamiento. Suministrando contenido a fantasías relacionadas con la propia muerte (al momento de dar a luz) o a la ausencia del bebé en su vientre; hallando que la ambivalencia entre la paciente y su pareja suma 38%, al haber ejercido su sexualidad, dando origen a comentarios como que "la abstinencia es lo mejor".

Al no poseer confianza en sí mismas y depositar en el otro la posibilidad de brindar y proveer, las chicas establecen relaciones desiguales, donde a ellas les

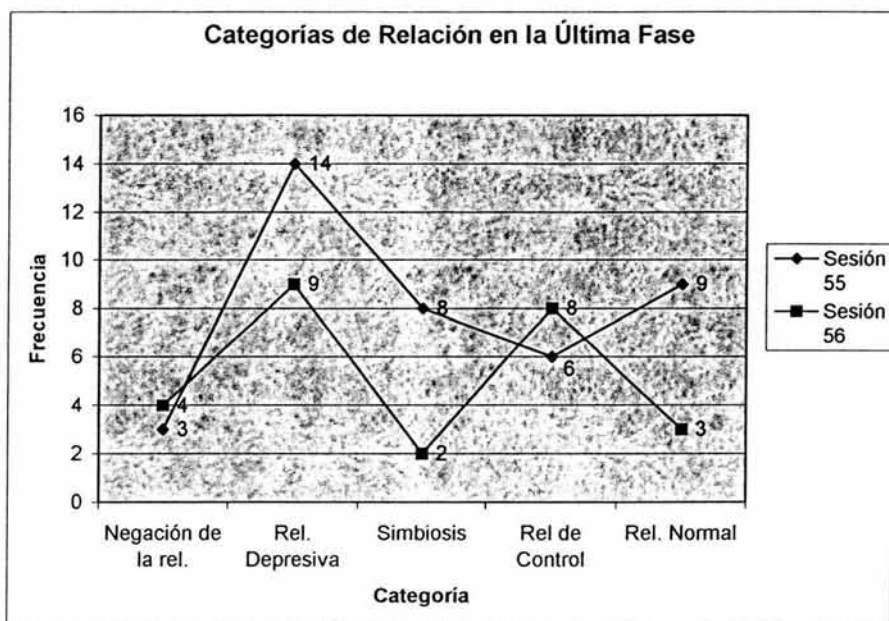
corresponde un papel de inferioridad, haciéndolas blanco fácil de agresión, pues confieren al otro el poder de decidir, repitiéndose de esta manera la posición de desventajas que poseían en su familia, donde las obligaciones se encontraban a la par de la madre, pero los derechos eran inferiores. Esta posición impide al mismo tiempo que las pacientes hablen y pongan de manifiesto sus necesidades ante los otros, confirmándose con esto su poco valor y la creencia de que no merecen más de lo que les han dado.

Al consultar estos tópicos, en la sesión 50, se identificó resistencia al inicio de la sesión, lo cual se asoció al trabajo en las sesiones anteriores, pues se abordó la relación agresiva y ambivalente que las jóvenes entablan con las figuras femeninas de autoridad pero que también aparecen como poco protectoras y eficaces al enfrentar las dificultades. Esta condición fue transferida a la situación grupal, en la que en un inicio se negaron a hablar, pese a que habían abordado y reflexionado en casa sobre situaciones que ya habían vivido y que pretendían dar por olvidadas. Cuando las chicas hablan en el grupo de este tema, surge la sorpresa y el miedo al darse cuenta que éstos sentimientos, pese al esfuerzo de olvidarlos, se mantienen.

En este lapso destaca el cambio en el tópico de trabajo (agresión), el cual fue aportado por las pacientes y que en pocas ocasiones se atestiguaba pues se tratan de situaciones difíciles de comunicar, colocando a las adolescentes embarazadas como víctimas.

Considero que la aparición explícita del tema de la violencia fue facilitado por nuestra presencia, ya que aparentemente los ofensores son varones y al ser las terapeutas mujeres no resultábamos amenazantes, además éste proceso fue auxiliado por nuestra nueva posición en el grupo, pues pese a los sentimientos perturbadores que se engendraba al escuchar los relatos de éste tiempo, se logró contenerlos y encausarlos al tratamiento, ya que en este periodo fue que comenzamos a emplear señalamientos circunscritos a la situación terapéutica.

En cuanto a la **fase final** (sesión 55 y 56) el contenido de las sesiones revela que los diferentes tipos de vínculo aparecen más equilibradamente, existiendo diferencias entre ellos de 1 a 6 puntos. Estos datos dejan ver que las adolescentes embarazadas ya no emplean de forma predominante un sólo tipo de relación, sino que recurren a la variedad, acorde a la situación que deben enfrentar. La subsiguiente figura especifica el comportamiento de las categorías de relación en los dos últimos encuentros.



Gráfica 3. Puntajes derivados de la comparación de categorías de relación en la última fase.

En cuanto a la negación de la relación, que era el tipo de conexión más auxiliado, sufrió un notable decremento ($f = 7$) con respecto a las primeras fases, alejándose del resto de las clases de liga afectiva; revelándose en la unión de las chicas con sus familiares (53%), y al asumir la relación entre los padres (33%).

Respecto a la relación depresiva se observa que ésta se ajusta a la relación existente entre la joven y su madre (65%) y entre la chica y su hij@ (13%). Pues las pacientes continuaban pendientes de las opiniones de sus madres (simbiosis 80% con la madre), pero también ocupándose de la nueva relación a entablar y sobre la que expresaron su deseo de reparación, ya que no deseaban "hacer con sus hij@s lo que hicieron con ellas". Esta observación, concuerda con la teoría, que indica la revalorización de la relación con la figura materna y la planeación a futuro que implica el nacimiento del nuevo ser.

En la sesión terminal aparece la relación depresiva y simbiosis como predominante al relacionarse con las figuras femeninas, no obstante tanto en el caso del padre como de la pareja aparece la negación de la relación, como si las pacientes hicieran un intento por negar su presencia, responsabilidad y autoridad.

De esta suerte, en este último período apareció un tema nuevo, pese a ser el centro de reunión, es decir el embarazo, el cual fue referido por las chicas como disparador de mejoría (40%), de atención, cercanía y confianza (40%) así como de identificación con su propia madre (20%) al ahora reconocer características que debían reunir para lograr el cuidado de sus pequeños.

Al abordar el embarazo adolescente, las pacientes lo describieron como "una llamada de atención" dirigida a sus padres, pues la mayoría de las participantes comentó haber pasado sola una temporada considerable de su vida con ellos. Así, la soledad es una condición que empuja a las adolescentes a embarazarse sin planearlo previamente; además que intentan obtener el cuidado de sus padres, para sí y sus hermanos, conformándose al expresar que a partir de la gesta, los padres (en especial la madre) se ocupan de los hermanos, como en un intento de advertencia acerca de los menores. Pues algunas de las pacientes del grupo son

las hijas mayores, adoptando el encargo de sacrificarse y preservar a los hermanos.

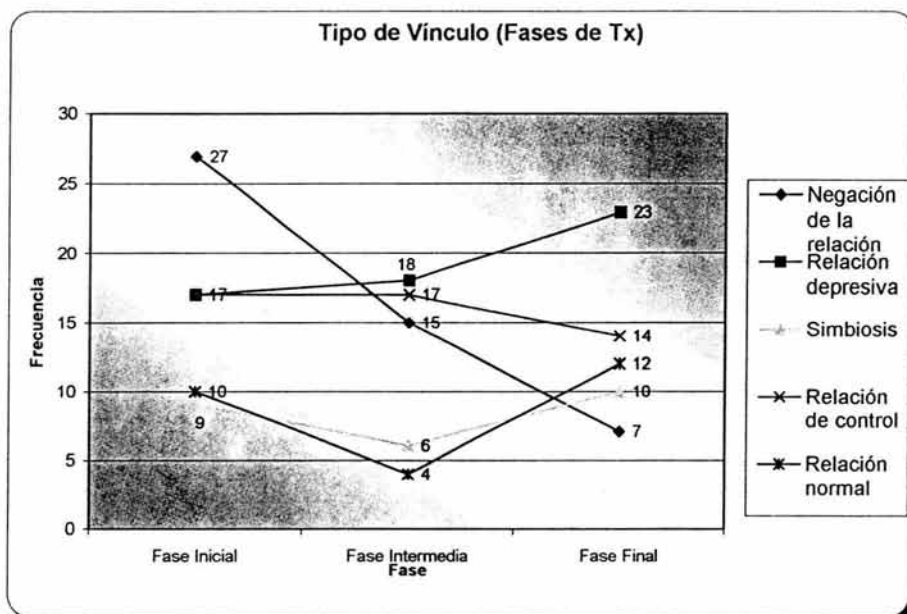
Por lo demás, las jóvenes no pueden dejar de aceptar la relación de control, sobre todo al estar con sus madres (43%), pues evidentemente las chicas han debido hacerse cargo no sólo de sus hermanos, sino también han debido admitir los términos y condiciones con que su madre se relaciona.

No obstante, al término de nuestra participación se notó un incremento en el establecimiento de relaciones normales ($f = 12$), que se espera posibiliten a la chica a tener independencia y capacidad de resolución. Esta clase de relación se presentó en su mayor porcentaje en la relación en el grupo psicoterapéutico (41%), pues en este lapso las intervenciones ya conectaban el proceder de la paciente en el grupo y su historia. Conjuntamente, se notó que tanto el contacto con la madre y con el bebé comenzó aclararse, ganando un 16% (cada uno) de relación normal en la última fase. Dejando que el total de los sentimientos encontrados se organizaran en torno a la relación con la pareja.

Se dice que la terapia es una oportunidad de una nueva relación, por ello se propone que en el trabajo con adolescentes embarazadas que asisten a tres o cuatro sesiones, las intervenciones del terapeuta se enfoquen al tema de la unión; pues la situación psicoterapéutica pone en juego la conexión de la joven con su madre, con su historia y con el terapeuta que ahora conoce.

Ahora bien, si contrastamos cada uno de los tipos de relación anotados durante cada una de las fases de tratamiento (gráfica 4), se advierte una reducción en todas las ligas afectivas empleadas por las pacientes, sobre todo en la denominada "negación de la relación", que se cree fue lograda a través de permitir y retornar a las chicas su discurso, por lo que durante las últimas sesiones se pueden reconocer y responsabilizar.

A continuación se representa la comparación correspondiente de la suma de las frecuencias de cada una de las categorías en las tres etapas del proceso.



Gráfica 4. Comparación de la frecuencia sumada de los diversos tipos de relación en las tres distintas fases.

Igualmente, se observa una reducción en la relación de control, ya que las jóvenes pudieron entonces discernir su participación en el mantenimiento de las ligas efectuadas; conexiones que ya no resultan tan amenazantes. Esto permitió el dar paso a la aceptación de la relación depresiva que al tener la cualidad de la reparación, permite a las menores reevaluar y rescatar elementos que obtuvieron de sus progenitores. Por otra parte, este tipo de relación se acentuó en la última fase, esto factiblemente por la despedida de las terapeutas y el grupo; pues toda despedida causa pesar.

Lo mismo ocurre, con la simbiosis, que no sufre modificaciones notables, sobresaliendo que éste estilo de relación se establece predominantemente con la madre, lo cual remite a que las adolescentes embarazadas están identificadas con sus madres en el deseo de parecerse o no en algunos métodos de crianza, realidad que ahora impone la gesta.

Por otra parte, se observa un incremento en la relación normal, dando posibilidades de elección a las jóvenes como resultado de la diferenciación y verbalización, procuradas en el trabajo terapéutico, permitiéndoles manejarse con independencia y así intentar aprehender sus deseos y necesidades, que se espera faciliten el reconocimiento y aceptación de los deseos y necesidades de otros (acercamiento-lejanía), como sus parejas, familiares e hij@s.

XII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

En un inicio, éste estudio se había planteado la hipótesis de que el vínculo predominante en las adolescentes embarazadas tanto con sus madres, pareja e hij@s era a través de la agresión, ello al notarlas molestas y con quejas repetitivas en torno a estas figuras, no obstante, sin posibilidad aparente de poderse alejar. Sin embargo, con el paso del tiempo, se pudo cambiar esta concepción, pues si bien la agresión es una forma arcaica de relación, todos los sujetos deben hallar "en relación" la forma de disiparla para entonces dar paso a otro tipo de unión en el que pueda lograrse un intercambio y construcción al estar frente a otro. Siendo esta la forma en que aparecen los tipos de vínculo (relación de control, simbiosis, relación depresiva, etc.) propuestos por Pichón-Riviére.

De esta manera, fue que se planteó el presente objetivo, en el que se procuró analizar el tipo y características del vínculo que establecen las adolescentes embarazadas con la figura femenina a fin de identificar y aclarar el tipo de relación que las chicas establecen con otros (terapeutas, padres, hij@s, familiares, pares, etc.); ello con la finalidad de intervenir en favor de las adolescentes embarazadas y potencializar los efectos del tratamiento de problemas psicológicos. A partir de los resultados obtenidos, se puede decir que el trabajo con estas pacientes mostró que la temática del vínculo con la figura femenina puede acreditarse en una intervención breve, ya que toda relación es fundamentalmente de base afectiva y deriva dinámicamente de dos elementos relacionados: el deseo y la identificación.

Es en la identificación con la madre, que se da desde la infancia, el lugar desde el que la niña asumirá el cuerpo cultural y social que se le impone, estimulando a las chicas a comportarse con la idea que tienen de lo que es una mujer. Al llegar a la adolescencia, éstas características retoman importancia, al ahora aparecer el acceso a la sexualidad genital y con ella la oportunidad de elegir un objeto con el

que desean probar, dar y recibir afecto. Lo que se suma a que la adolescencia pone de manifiesto la revaloración y apropiación del deseo^v (que se atreva a desear algo diferente a lo que desearon para ella), mismo que se pone en juego con la aparición del embarazo, pues en general, las pacientes se describen, previo a la gesta, como rebeldes, inquietas, independientes y solitarias.

Sin embargo, al tratarse de embarazos no previstos, las chicas suelen sentir culpa por haber ejercido su sexualidad (y deseo); ésta culpa se expresa al imponerse limitaciones y prohibiciones para continuar y disfrutar con su pareja, así como para insistir en la satisfacción de sus necesidades, incluidas las básicas y de desarrollo personal. Quedando las chicas bajo las órdenes de sus familiares, dentro del "cuerpo familiar" que, por el enojo provocado por el embarazo, se opone a la autonomía de las menores, a la posibilidad de sentir, con el fin de no permitir nuevas sensaciones y goces; pues la alienación al deseo del otro (que satisface las necesidades) también pone en riesgo la propia identidad.

En aquellas sesiones que estaban presente jóvenes en sus últimas semanas de gestación, se observó preocupación asociada al momento del parto y las fantasías se referían a la propia muerte, así como temor a que el bebé pudiera sufrir daño. Esto denota culpa y agresión que es revertida sobre la propia adolescente, así como una relación ambivalente que se presentó desde el inicio de las sesiones y que conforme se fueron elaborando se mitigó en el deseo de tener un hij@.

Las adolescentes embarazadas al desear contar con la atención y deseo de los padres (en especial de la madre) se ponen en riesgo a sí mismas, al coartar la búsqueda de su autonomía, ya que el propio deseo y el de la madre, difícilmente se encuentran. Empleando en la relación con ésta figura, la unión depresiva,

^v El deseo se encuentra ligado a huellas mnésicas y encuentra su satisfacción en la reproducción del objeto fantaseado que se ha convertido en signo de esta satisfacción. El deseo nace de la separación entre necesidad y demanda (Bleichmar y Schenquerman, 1983).

simbiótica y de control principalmente, pues las chicas expresaron en el grupo desear la cercanía de su mamá que aparentemente (por las condiciones de vivienda; pues se trata de jóvenes que residen con su madre y hermanos, y en ocasiones con sus tías y abuelas maternas) no se encontró a su lado por largos lapsos, apareciendo recurrentemente el sentimiento de soledad sin poder rescatar los elementos que habían sido otorgados (precariamente) y que ellas poseían.

Este cuadro asociado a los procesos propios del embarazo, como la reelaboración del vínculo con la madre y la actualización de los sentimientos de depresión y persecución en relaciones ambivalentes, coloca a las chicas en una situación embrollada, pues ahora debe hacerse cargo de un bebé al que debe proveer y cuidar, cuando ellas misma desean ser cuidadas y protegidas, además que aún se encuentran trabajando por su propia independencia.

El embarazo admite el cumplimiento de ideales y el retorno a la madre, obteniendo atención y cuidado (después de todo) de las figuras parentales. Se niega así, la importancia de la pareja, como en algún momento también lo hicieron sus madres, talvez por temor a perder la estima de la mamá, lo que obstaculiza la desidentificación con ella, que le permita establecer nuevas uniones sin sentir culpa. Apareciendo lo que Käes llama <<pacto denegativo>>, donde madre e hijo se adhieren y niegan la presencia del padre. Lo que explica que la categoría "negación de la relación" surgiera en la relación con el padre y la pareja, a quienes las chicas intentaban negar, hablando únicamente de ellas y sus madres; debiendo a través de la intervención, hacer presente al tercero.

Durante el tratamiento la paciente refiere preocupación por sus hermanos, padres, etc. Ello posiblemente por la alarma de la pérdida de afecto que las jóvenes asocian al embarazo. No obstante la soledad y limitaciones afectivas son una condición previa que las chicas han sorteado, pero que se evidencia. Tal vez por esta causa, en el último lapso del tratamiento, las menores acordaron que el

embarazo es una "llamada de atención", que además de cuestionarles las razones de la gesta, invita a los padres a preguntarse por su participación. Sin embargo, es hasta ahora que pueden "enunciar" esta exhortación, pues parece que lo simbólico se inscribió en lo biológico, es decir, en un embarazo no previsto. Lo cual favorece a las adolescentes, pues el Yo posee mayor capacidad de acción ante una dificultad "verbalizada", que ante una inquietud vaga.

La experiencia en el trabajo grupal con adolescentes embarazadas (con orientación psicoanalítica) centrando las intervenciones en la relación y tipos de ella, que las menores exponen y colocan en juego; permite develar los mecanismos que éstas ponen en marcha, y al hacerlo, evitar regresiones. No obstante, las intervenciones no deben ceñirse a éste tema, pues cómo se puede ver en este trabajo, las pacientes proponen la temática y es tarea del psicólogo ayudar a elaborarlas. Al construir un espacio para la reflexión sobre el malestar de la adolescente embarazada en su vínculo con la figura femenina, se propone partir de él para intentar tejer redes de análisis de la estructura que lo produce. Esto fue observado tanto en el escenario terapéutico como durante la hospitalización, lugar en el cual se visitaba a las jóvenes (después del parto) a manera de seguimiento. Fue en éste espacio donde las adolescentes relataban un mayor número de modificaciones, como la conciliación con sus parejas y padres, con quienes aclaraban mal entendidos que nunca fueron enunciados, pero que las adolescentes tomaban como indiscutibles; sorprendiendo la claridad con que se expresaban. Cabe mencionar que tanto la relación depresiva (en su parte reparadora), como la esperanza que brinda el nacimiento del bebé contribuyeron a éstos cambios, pues gran parte de ellos fueron realizados cuando el parto se encontraba cercano.

Pichón-Riviére (1985) recomienda al terapeuta escuchar, estar abierto al discurso del paciente, buscando que éste adquiera la posibilidad de lograr un intercambio mayor, lo que brinda una pauta para definir el progreso en el trabajo psicoterapéutico; ya que el paciente será capaz de comunicarse con un mayor

número de personas, pues las adolescentes al encontrarse en simbiosis (situación propiciada por el embarazo), no se percatan de la falta de expresión. Ellas suelen pensar por los otros, atribuyéndoles sentimientos y actitudes que no se pueden sostener cuando las pacientes se atrevieron a conversar con sus familiares; resultando que la impresión que ellas poseían era distante de la real, pues cuando se pierde la comunicación es que aparece el sentimiento de soledad y desamparo, (reportado en repetidas ocasiones por las jóvenes gestantes).

Es aquí donde toma importancia las intervenciones a partir de la teoría del vínculo, pues las jóvenes se quejan de la soledad que padecieron, sobre todo tiempo antes del embarazo, ésta soledad es producida por la pérdida paulatina de la comunicación (con los padres) y por ende de la creación de vínculos que entorpecen el intercambio, lo cual debe ser explicitado por el terapeuta a fin de lograr una mayor comunicación, primero en sesión, y más tarde en el ambiente de la chica.

Esta incomunicación se repetía en el espacio terapéutico, donde al inicio las jóvenes se resistían a hablar, pero al poner en evidencia estas características -por medio de la interpretación- la relación entre paciente, grupo y terapeuta prospera. Por ende, el trabajo terapéutico debe ser lo más espontáneo posible, posibilitando la construcción de hipótesis; sin que esto implique que el analista debe sacar de sí las "piezas" faltantes, sino que debe trabajarse con el material ofrecido por el paciente, armando una nueva representación.

En la primera fase del tratamiento, la dificultad en el trabajo consistió en la preocupación e incertidumbre resentida por las terapeutas, pero sobre todo en no darle lugar, pues indudablemente ésta sensación se manifestó en la dificultad que hubo para intervenir "tranquilamente", ya que por una parte se deseaba continuar y proponer en la labor (al ser observadas en la cámara de Gesell por el psicólogo adscrito), para lo que debía contarse con la participación de las adolescentes,

quienes captaron esta inseguridad, lamentándose por la ausencia del varón lo que las remitía a huecos anteriores. Aparentemente el padre no ejerció su papel de separar la díada madre-hija; que en un primer momento se une en simbiosis, cerrando la posibilidad de otras opciones de relación. Posiblemente por esta ausencia, es que las chicas buscan un varón, pues éste les ofrece otra forma de estar reunidos, cuestión que se conjunta con la adolescencia. Se dice que el embarazo es considerado como un medio para comenzar una familia nueva o un intento por brindar amor a una familia con problemas.

Al partir de la teoría del vínculo, dónde la *espiral dialéctica* es un concepto trascendental, el terapeuta no debe conducirse como objeto de identificación, más bien se presta a que el grupo le adjudique características que se deben esclarecer, clarificar, para lograr una mayor comprensión del paciente, pues resulta importante, contar con alguien disponible, alguien que esté presente. Se trabajó sobre ésta actitud y se cree haberla logrado, pues las adolescentes al encontrarse en hospitalización, tenían la seguridad de que serían visitadas y que el grupo se enteraría de su parto a través de las terapeutas; asimismo, algunas chicas utilizaron la vía telefónica para enterar su situación, pues ocasionalmente sus condiciones médicas les impedían su asistencia a la psicoterapia; lo que además permitía su permanencia en el grupo.

Es necesario anotar, que durante nuestra labor como psicoterapeutas, contamos con el apoyo que brinda la supervisión, que fue otorgada tanto dentro del INPer como en la facultad; éste espacio permitió reconocer la temática implícita de cada sesión, asimismo brindo sugerencias en la técnica empelada, con lo que mi labor como terapeuta se vio favorecido al encontrarme más tranquila y segura al intervenir. Luego que la tarea del psicoterapeuta es recoger el material que observa, elaborarlo, comprenderlo y luego devolverlo en forma de interpretación, que proporcione al paciente la comprensión de la perturbación y del estancamiento, que experimenta en un círculo vicioso. Es decir, que le permitiera

hacer conscientes los motivos inconscientes que le están ocasionando la dificultad de pasar de una situación a otra.

En conclusión, se puede decir que la experiencia y material bibliográfico sugerido por la supervisión e impuesto por la práctica institucional otorgan herramientas para poder trabajar la psicoterapia y reconocer los elementos que en ella se envuelve, partiendo de la relación entre el terapeuta y el paciente, que recuerda a ambos situaciones anteriores que intentan ser resueltas. Asimismo, la supervisión en ambas instituciones fue un espacio de contención y orientación que invitan a interesarse por la acción con los pacientes y a re-pensar el papel que se posee como psicólogo, que incluye nuestra forma de trabajo y ser.

Por ésta razón es que encontré que la teoría del vínculo resulta una adecuada aproximación teórica para la comprensión de la relación psicoterapéutica en la que debemos pensarnos involucrados. Pues como se intentó mostrar en éste escrito, por una parte, las adolescentes embarazadas, aumentaron su capacidad para relacionarse con independencia y tranquilidad, permitiendo la separación y acercamiento, cuando se comenzaron a realizar intervenciones acerca del comportamiento en (y del) grupo. Mismas que redundaron en la relación que las chicas entablan con sus familiares, parejas y que imaginan con sus hij@s. Pero por otro lado, está tesis también considera al terapeuta y permite una práctica franca, que puede extenderse a otra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- ☆ Arcelus, M. (Marzo – Abril 1998). La adolescente embarazada y su familia. Revista Psicología. El embarazo en la adolescente. (22).
- ☆ Bleichmar, S. y Schenquerman, C. (1982) **Especularidad y vínculo** Manuscrito inédito. Escuela interdisciplinaria de aprendizaje y comunicación grupal. EIDAC.
- ☆ Bleichmar, S. y Schenquerman, C. (1983) **Teoría del vínculo** Manuscrito inédito. Escuela interdisciplinaria de aprendizaje y comunicación grupal. EIDAC.
- ☆ Bordignon, A., Calveyra, G. y Ricciardi, M. (2000) **Salud Mental: Época y subjetividad** Rosario, Argentina: HomoSapiens
- ☆ Bryan, A y Stallings, M. A case control study of adolescent risky sexual behavior and its relationship to personality dimensions, conduct disorder and substance use. Journal of Youth & Adolescence. Vol 31 (5) Oct 2002, 387-396.
- ☆ Calvo, I., Riterman, F. y Calvo de Spolanski, T. (2001) **Pareja y Familia: vínculo-diálogo-ideología** (2ª Ed.) Argentina: Amorrortu editores.
- ☆ Capman, R. Endangering safe motherhood in Mozambique: Prenatal care as pregnancy risk. Social science & Medicine. Vol 57(2) Jul 2003, 355-374. Elsevier science, United Kingdom.
- ☆ Celaya, Eliane L. A preventive program: filial therapy for teen mothers in foster care. Dissertation Abstracts International: Section B: the Science & Engineering. Vol 63 (1-B), Jul 2002, 564, US: Univ Microfilms International.

- ☆ Coggins, M; Bullock, L The Wavering line in the sand: The effects of Domestic violence and sexual coercion. Issues in Mental Health Nursing. Vol 24(6-7) Sep-Nov 2003, 723-738. Taylor & Francis, United Kingdom.

- ☆ Crosby, R.; Wingood, G.; DiClemente, R. y Rose E. Family-related correlates of sexuality transmitted disease and barriers to care: A pilot study of pregnant African American adolescents. Family & Community Health. Vol 25(2) Jul 2002, 16-27.

- ☆ De la Fuente, R., Medina, M., Caraveo, J. (1997) **Salud Mental en México** México: Fondo de Cultura Económica

- ☆ Dio B., E. (1997) **El feminismo espontáneo de la histeria** México: Fontamara.

- ☆ Estrada-Inda, L., Salinas, J., et. al (1991) **La teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto: del individuo a la familia** (2a. edición). México: Ediciones y distribuciones hispánicas.

- ☆ Harris, M; Franflin, C. Effects of a cognitive-behavioral, school-based, group intervention with Mexican American pregnant and parenting adolescents. Social work research. Vol 27(2) Jun 2003, 71-83.

- ☆ Instituto Nacional de Perinatología (2002) **Psicología de la Reproducción Humana: un enfoque integral** México: Trillas

- ☆ Kaës, R. (1999) **Las teorías psicoanalíticas del grupo** Buenos Aires, Argentina: Amorrortu, editores.

- ☆ Kalil, A. Perceptions of the school psychological environment in predicting adolescent mothers' educational expectations Journal of Adolescent Research. Vol 17(6) Nov 2002, 555-567.

- ☆ Kaplan, L (1996) **Adolescencia. El adiós a la infancia.** México: Paidós.

- ☆ Luker, Kristin (1996) **Concepciones ambiguas: las políticas del embarazo adolescente.** USA: Harvard University Press. Traducción: Mariana Gumá Montalvo; Revisión: Claudio Stern.

- ☆ Millaer, L. A spiritual formulation of interpersonal psychoterapy for depression in pregnant girls. Richards, P. Scott (Ed) Dept of Counseling Psychology & Special Education; Brigham Young U; et al. (2004). Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychoterapy (pp. 75-86). Washington, DC, US: American Psychological Association. xv, 329pp.

- ☆ Monahan, D. Teen pregnancy prevention outcomes: Implications for social work practice. Families in Society. Vol 82(2) Mar-Apr 2001, 127-135.

- ☆ Philliber, S y cols. Outcomes of teen parenting programs in New Mexico Adolescence. Vol 38(151) Fal 2003, 535-553.

- ☆ Pichon-Riviére (1985) **La teoría del vínculo.** Buenos aires, Argentina: Nueva Visión.

- ☆ **Periódico Reforma.** Hernández M. <<*Difunden causas de aborto legal*>>: <http://www.reforma.com.mx> (Marzo 3, 2004)

- ☆ Riggs, S. Adult discourse and internal working models of attachment: Relation to history of therapy and mental health. Dissertation Abstracts International:

Section B: The Sciences & Engineering. Vol. 61(11-B), Jun 2001, 6167, US: Univ Microfilms International.

- ☆ **Secretaría de Salud:** <http://www.ssa.gob.mx> (Junio 25, 2003; Febrero 24, 2004)

- ☆ **Secretaría de Educación Pública.** Programa denominado <<*Becas para Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas*>>: <http://www.sep.gob.mx> (Julio 15, 2004).

- ☆ Seiffge-Krenke, I. (1998) **Adolescents' health: A developmental perspective.** Lawrence Erlbaum Associates, Publisher: USA.

- ☆ Stern, C., García E. Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente Reflexiones. Año 2(13) Septiembre 1999, 1-21.

- ☆ Stevens-Simon, C.; Nelligan, D.; Kelly, L. Adolescents at risk for mistreating their children. Part II: A home –and clinic- based prevention program. Child abuse & Neglect. Vol 25(6) Jun 2001, 753-769.

- ☆ Stirtzinger, R.; McDermin, S.; Grusec, J.; Bernardini, S.; Quinlan K.; Marshall, M. Interrupting the inter-generational cycle in high-risk adolescent pregnancy. Journal of Primary Prevention. Vol 23(1) Fal 2002, 7-22.

- ☆ Szigethy, E. y Ruiz, P. Depression among pregnant adolescents: An integrated treatment approach. American Journal of Psychiatry. Vol 158(1) Jan 2001, 22-27.

- ☆ Viguera, A., Nonacs, R., Cohen, L., Tondo, L., Murria, A., y Baldessarini, R. Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women

after discontinuing lithium maintenance. American Journal of Psychiatry. Vol 157(2) Feb 2000, 179-184.

- ☆ Villa, L. (2002) **Identificando necesidades y definiendo estrategias de atención de los servicios de salud para los y las adolescentes y jóvenes en México.** México: Ipas, México, AC.

- ☆ Vives J. y Lartigue T. (1994) **Manual de psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia** *Manuales de práctica profesional.* México: Universidad Iberoamericana, AC.