



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

**MADRES ADOLESCENTES-HIJAS ADOLESCENTES: LAS DIFICULTADES EN
LA SEPARACIÓN Y FORMULACIÓN DE UN DESEO PROPIO**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
ANGÉLICA SÁNCHEZ CAMPUZANO

DIRECTORA:
DRA. BERTHA BLUM GRYNBERG, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
DRA. MARÍA LUISA RODRÍGUEZ HURTADO, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. BLANCA BARCELATA EGUIARTE, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. DENÍ STINCER GÓMEZ, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DRA. MARTHA LÓPEZ REYES, U.N.A.M. FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D.F., ENERO 2015



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.

Agradecimientos

Quiero agradecer y dedicar este trabajo, a las personas más importantes de mi vida, quienes me han apoyado y con su cariño, me permiten siempre querer estar.

Mis padres, por toda la vida estar para nosotros, luchar, salir y sacarnos adelante, pero sobre todo, he sentido su inmenso amor que me sostiene, los amo. Mi madre: porque tu fortaleza me sigue admirando, tu posibilidad de cambio, tu flexibilidad ante la vida. Mi padre: Por tu apoyo y tu respeto ante mis decisiones, por tu lucha constante, porque tu creatividad me sigue facilitando la vida. Neto, el hermano mayor al que admiro y que me muestra una parte del camino, al que veo hacer con tanta pasión lo que le gusta. Ale, porque sigo teniendo miedo a veces, y sigues estando para enseñarme que no pasa nada; en especial en este año que pasó, que te vi levantarte con tanta fuerza que me contagiaste. Ha sido un placer ser su hermana, y crecer con risas, con pleitos, aprender a compartir con ustedes.

Bony, por tu incansable lucha, tu enorme corazón, la calidez y paciencia con la que me recibiste siempre, por compartirme tu experiencia, y sobre todo por creer en mí. Porque este trabajo en mucho, tiene tu esfuerzo y tu enseñanza.

Los profesores de la maestría, Loana, Lucy Solloa, Vicente Zarco, Enrique Guarner, Ana Fabre, María Luisa, Martha, Dení, Lupita; a quienes respeto y admiro, gracias por transmitirme su conocimiento, acompañarme con su paciencia y su interés en nuestra formación. Su respaldo ha sido en mucho, lo que posibilita que ante las complejidades de la clínica uno pueda sostenerse.

Dení, por tus revisiones, paciencia, y todo lo que le aportaste a este trabajo.

María Luisa, por la revisión de este trabajo y por todo el conocimiento y experiencia clínica que me compartiste, por esas clases y supervisiones tan enriquecedoras.

Martha, pues además de formar parte de este jurado, y de todo lo que aprendí en tu clase, agradezco el apoyo y el cariño que me brindaste.

Dra. Blanca Barcelata, por formar parte del jurado y leer este trabajo.

Mis compañeros de maestría, hermanos, como se los dije el último día: Gracias porque si de pronto alguno empezaba a declinar, acaso insinuaba que no se mantendría en el camino, al dar un paso atrás, se topaba con el brazo de uno de nosotros, lo cual obligaba y permitía seguir en dirección hacia el frente. Por el apoyo constante, por compartir sus miedos, por mantenerse siempre creyendo en mí y ustedes. Y en especial a Dulce, porque te admiro, por lo que te aprendo y por los abrazos en esos momentos en los que una piensa que no va a poder. Anita y Xóchitl, por esos ratos de café o seminarios, y esas lindas palabras. Mariana y Silvana, por esos momentos de las tres y ese cariño interminable, lo siento todo el tiempo, hasta cuando no nos vemos; a Jorge, mi hermano, mi amigo, compañero de supervisión, por todo lo que profesionalmente nos vimos crecer; a David, por tu linda amistad, paciencia y todo tu apoyo académico.

Susanny y Lili, por la magia, los momentos, los abrazos y cómo lo digo siempre, que todo pase, pero que pase a su lado. Elena, Alejandro y ahora a Marianita, por su cariño e infinita compañía, también a Erick, Felipe y Sinuhé, por lo que he aprendido de conocerlos. A Vero, Sandra, Irma, pues seguimos y seguiremos juntas, aunque nuestros caminos a veces tardan en encontrarse. Rosa, además de tu cariño, por todo lo que te aprendo y porque nos seguimos acompañando. A Ana y Tania, por ser mis primeras compañeras y amigas psicólogas, porque hasta la graduación llegamos juntas, por todo su apoyo. A Aldo y los amigos que siguen en mi vida.

Paloma García, por tu acompañamiento en mi formación profesional.

Mis compañeros del centro comunitario en el que realicé mis prácticas, por su apoyo, buen recibimiento, cariño y amistad.

Mi analista, por estos años de acompañarme a moverme de lugar, buscar formas distintas y a confiar en que mi deseo puede ser escuchado por mí. Muchas gracias.

Mi querida UNAM, por recibirme desde la preparatoria y llenarme de conocimiento.

Y sobre todo, gracias a Claudia y a Blanca, por confiarme sus historias de vida y en el proceso terapéutico.

Con cariño, Angélica

Índice

Resumen	5
Abstract	6
Introducción	7
Capítulo I. Marco teórico	9
1. Ser madre adolescente.....	9
1.1. Sobre el deseo de ser madre. Los otros sentidos ante la maternidad.....	9
1.2. Entre las dificultades de ser madre y el difícil proceso de la adolescencia.....	13
2. Ser hija adolescente.....	17
2.1. Constitución del vínculo en la relación madre-hija desde el nacimiento hasta la reedición adolescente.....	17
2.1.1. De la relación preedípica y la sexualidad femenina.....	21
2.1.2. La función del padre.....	24
2.2. De las dificultades adolescentes y el proceso de dependencia-independencia.....	26
2.3. Se complica la separación. Implicaciones entre madres e hijas.....	29
Capítulo II. Método	31
Planteamiento del problema.....	31
Objetivo general.....	34
Objetivos particulares.....	34
Supuesto general.....	35
Definición de categorías.....	35
Tipo de estudio.....	36
Participantes.....	37
Instrumentos.....	37
Procedimiento.....	38
Consideraciones éticas.....	39
Capítulo III. Las pacientes	40
1. Claudia	40
Ficha de identificación.....	41
Familiograma.....	41
Motivo de consulta.....	42

Proceso diagnóstico.....	42
Entrevistas iniciales.....	43
Historia clínica.....	46
Historia del problema.....	46
Antecedentes personales.....	47
Historia familiar.....	48
Historia personal.....	50
Impresión diagnóstica.....	52
2. Blanca	53
Ficha de identificación.....	54
Familiograma.....	54
Motivo de consulta.....	55
Proceso diagnóstico.....	55
Entrevistas iniciales.....	56
Historia clínica.....	58
Historia del problema.....	58
Antecedentes personales.....	58
Historia familiar.....	59
Historia personal.....	62
Capítulo IV. Proceso terapéutico, Discusión y Resultados	65
1. Resultados y Discusión.....	65
1.1. El deseo inconsciente de las madres adolescentes de Claudia y Blanca: embarazo no planeado en la adolescencia	65
1.2. “Eres <i>mi</i> y soy <i>tú</i> ... único apoyo”. Obstaculizando el inicio de la separación y dificultando el proceso de independencia de Claudia y de Blanca.....	71
1.3.: “ <i>A veces parece que yo soy la mamá</i> ”: Confusión de roles en la relación madre e hija de Claudia y Blanca.....	75
2. El proceso terapéutico, análisis transferencial y contratransferencial	79
V. Conclusiones	87
Referencias bibliográficas	88

Resumen

Durante la adolescencia se vuelve necesario el distanciamiento con los primeros objetos de amor y el inicio de construcción de una identidad y del proceso de independencia, lo que pondrá a prueba los recursos psíquicos adquiridos en la infancia y la forma en como los padres puedan hacer frente a estos cambios. Es por ello que en los casos que se analizan a continuación, se plantea una magnificación de los problemas en el proceso descrito, por la dificultad principalmente de las madres para sostenerlo, justificado en una maternidad adolescente.

Claudia, adolescente de 15 años, se presenta a consulta acompañada de su madre ambas manifestando la misma demanda, *mejorar su relación*. Blanca, 16 años, llega a consulta de acuerdo con su madre, su tía y su abuela, comenta que todas lo consideran necesario pues está teniendo muchos problemas con su mamá, y está sacando bajas calificaciones.

Las demandas explícitas son una petición de mejorar la relación, buscando alguien que les diga que tienen que hacer para poder dejar de pelear. De modo manifiesto se pone en juego un acuerdo en el que pareciera que ninguna está dispuesta a ceder. El proceso terapéutico da cuenta de una demanda distinta que ha configurado las principales líneas de trabajo durante el tratamiento; la posibilidad de diferenciación y separación madre-hija, de construir un deseo propio en cada una de las pacientes que les permita hacerse cargo de su vida y no actuar en función de la complacencia o rebeldía hacia sus madres.

Palabras clave: madre adolescente, adolescencia, separación, vínculo de dependencia.

Abstract

During the adolescence period, it is essential to take distance from the primary objects and start forming a new identity and the course of autonomy; these developments would put to the test the psychological resources that have been acquired during the infancy period and the way in which the parents could face such transformations. Thus, the reason why, in the present work, we can observe how this problem can be magnified in the aforementioned processes, being primarily the mother's difficulty for "holding", whenever she is, herself, a teenager through motherhood.

Claudia, whose 15 years old, attends the first interview in her mother's company, both presenting the same demand, *to have a better relationship*. Blanca, of 16 years of age, goes to therapy at her mother's, aunt's and grandmother's request; and according to the patient, they consider therapy necessary since she is having problems with her mother, and her grades have lowered.

The main demand, which was explicitly stated, is to help them build a better relationship between mother and daughter, seeking for someone to instruct them on what to do in order to *stop fighting*. It seems as though both parties have agreed to not concede to the other's demands. The therapeutic process brings to light the implicit dissimilarities in each others demands, which have become the main the working points in the treatment: the possibility of differentiating and separation between mother-daughter, constructing one's own desire, which would allow them to take control and charge of their own lives and not act as a reaction to their mother's demand.

Key words: teenage mother, adolescence, separation, dependency bond.

Introducción

Las formas de abordar la práctica clínica se construyen sesión a sesión, partiendo de una formación teórica, un análisis personal del terapeuta y una supervisión constante, pero principalmente, tiene que ver con un ejercicio que depende de la singularidad del paciente, la demanda con la que llega al consultorio y algunas veces de la de aquellos que lo acompañan a sostenerlo. En los dos casos clínicos que se analizan en el presente trabajo, el proceso terapéutico parte del entendimiento de la condición adolescente de las pacientes y las dificultades que esto evidencia, no sólo por la reestructuración psíquica, la reedición edípica, los duelos, el gasto libidinal, entre otras cosas, si no también, por el conflicto de las figuras primarias para sostenerlo.

Blanca es una joven que llegó a consulta a sus 15 años, en acuerdo con su madre, su abuela y su tía expresando: *“es que como dice mi mamá yo soy muy rebelde, y eso ha hecho que tenga muchos problemas con ella, no sé porque hago esas cosas”*. El motivo principal por el cual la madre decide llevarla a tratamiento es porque estuvo en la casa de un joven y cree que ha tenido relaciones sexuales. En el caso de Claudia, adolescente de 15 años, se presenta a consulta acompañada de su madre mostrándose ambas de acuerdo con el motivo de consulta, *“para mejorar su relación”*; expresa que tienen muchos problemas, dice a veces no soportarla pero manifiesta un sentimiento de soledad importante y una preocupación por la relación pues es con la persona que vive. La madre de Claudia decide buscar ayuda para su hija principalmente porque se ha enterado de que la paciente ha iniciado su vida sexual. Las madres de ambas concibieron a las pacientes durante su periodo adolescente; a los 17 y 16 años respectivamente, dejándolas la mayor parte del tiempo al cuidado de las abuelas mientras trabajaban y/o estudiaban, dificultando por esto y otras razones los procesos de dependencia infantil y la forma en que han visto a sus hijas, lo que se ha evidenciado en una dificultad importante para sostener el proceso adolescente de las últimas, de mirarlas como hijas y de construir mejores posibilidades de relación entre ellas. Por tal motivo se plantea que la condición de haber sido madres adolescentes y los cuidados infantiles que de ello se deriva, han promovido que la relación entre madre e hija más que fungir como un apoyo, dificulte el proceso adolescente de Claudia y Blanca.

Aunado a ello, es a partir del tratamiento que se puede dar cuenta de una demanda distinta a lo planteado inicialmente “el acuerdo de llevarse bien” la una con la otra, en ambos casos, situación que configuró la forma de intervención buscando la posibilidad de separación madre-hija, de construir un deseo propio en las pacientes que les permita actuar en función de este y no en rebeldía con sus madres y abuelas.

Por lo cual se plantea que las funciones psicoterapéuticas más importantes en ambos procesos fueron el papel de tercera, para promover esta separación, reconstruir los límites entre ellas y también con la familia materna, validar el lugar de las madres como tal, promover la diferenciación.

Por lo anterior, en el primer capítulo se presenta una revisión teórica con respecto a la maternidad adolescente y los deseos inconscientes alrededor de esta; pensando además porque habría de presentarse un “embarazo no planeado” y las dificultades que puede implicar el ser madre al mismo tiempo que se viven los cambios propios de la edad. Posteriormente, en el capítulo dos, se hace mención de las implicaciones que tiene en la constitución psíquica el ser hija de una madre adolescente, describiendo desde el proceso normal hasta las complicaciones con respecto a la separación e inicio del proceso de independencia inherente a la adolescencia.

En el tercer capítulo se hace una descripción de la metodología utilizada para realizar este análisis planteando así, la relevancia que tiene abordar esta temática. En el cuarto capítulo se presenta la historia clínica de cada una de las pacientes, aportando además una descripción exhaustiva de las primeras sesiones y de su historia familiar. Finalmente, en el capítulo cinco se discuten y plantean los resultados e interpretaciones para que se pueda comprender que es lo que sucedió en el proceso terapéutico y las líneas de trabajo con cada una.

Capítulo I. Marco teórico

1. Ser madre adolescente

1.1. Sobre el deseo de ser madre. Los otros sentidos ante la maternidad

Al respecto de la función maternal, de la posibilidad de las mujeres de dar vida, diferentes autores han mencionado la primacía que adquieren los significados culturales y sociales que se han ido adjudicando a la construcción de la feminidad a partir y sobre los criterios biológicos. Todo ello parece depender de los sucesos socio-históricos; es decir, la maternidad considerada como una de las características primordiales de la identidad femenina ha ido cambiando de concepción dependiendo de las funciones primordiales que tenga la mujer en la sociedad; cual sea la ocupación más valorada o requerida para el refuerzo del capitalismo; si se necesita que las mujeres se queden en la casa a hacer labores domésticas y cuidar a los hijos, o si ahora se necesita que también trabajen y tengan una fuerte presencia en la industria. Lo que se cuestiona entonces es como esto atraviesa individualmente los deseos conscientes e inconscientes de las mujeres de ser madres; cómo *“la actual reproducción del ejercicio de la maternidad sucede mediante procesos psicológicos inducidos social y estructuralmente”* (Chodorow, 1984, p.18). Planteando dentro de esta misma lógica, que la posibilidad de maternidad se reproduce de una forma cíclica entre madres e hijas; *“las mujeres en cuanto madres, producen hijas con capacidad y deseos de ejercer de madres. Esta necesidad y capacidad forma parte y se desarrolla en la misma relación madre-hija”* (Chodorow, 1984, p. 18).

Cuestiones como estas que guían la construcción de la feminidad y masculinidad y que han promovido la división sexual del trabajo (una división en el ámbito doméstico y extradoméstico) y a su vez, la asignación para cada sexo de ciertas características en el desarrollo de los afectos y en las formas de pensamiento, evidencian sus importantes efectos en la salud mental y en el desarrollo de los vínculos entre los seres humanos y sus progenitores, más específicamente; entre el niño y su madre.

Al respecto Langer (1988) menciona por ejemplo que *“la mujer moderna, al adquirir más libertad sexual y social, ya no sufre tanto de cuadros neuróticos típicos, como la gran histeria; restringida empero, en sus funciones maternales, padece en cambio, de trastornos psicósomáticos en sus funciones procreativas”* (p. 21).

Aunado a ello y retomando los cuestionamientos acerca de cuáles son las motivaciones conscientes e inconscientes que promueven “el deseo de la maternidad” es necesario distinguir como estas cuestiones atraviesan específicamente el periodo adolescente y porque no es lo mismo ser madre que ser madre adolescente.

Cuando hablamos de maternidad en la adolescencia, se debe pensar distinto el hecho de la maternidad en sí misma, pues existen factores que se suman o que difieren del deseo de ser madres, sobre todo cuando lo que se expresa es que son embarazos que no estaban planeados; pensando además que las adolescentes no se encuentran en las condiciones psíquicas necesarias, con la madurez y el desarrollo para hacer frente a las demandas que implica tener un hijo.

Sobre el embarazo en la adolescencia se han mencionado distintas causas, muchas de ellas relacionadas con el ambiente, otras tantas que tienen que ver con la subjetividad, con ciertas fragilidades individuales que en el periodo adolescente se potencializan y dificultan la constitución de una identidad propia, la vivencia del duelo por el cuerpo infantil perdido, el gradual abandono de la dependencia hacia los padres, entre otras cosas. Algunos autores (Deschamps, 1979; Díaz-Franco, 2007) advierten sobre factores propiciadores de esta situación; lo que han llamado una pubertad precoz, es decir, la aparición temprana de las transformaciones físicas que traen consigo la posibilidad de procreación. También se plantean como otros factores; las relaciones sexuales precoces, el alargamiento del periodo adolescente pues se juegan las dificultades entre las restricciones sociales en las que no se reconoce a los jóvenes como adultos y en las que se presenta cierta estigmatización y discriminación, y las posibilidades de un cuerpo nuevo; pues como menciona Jeammet (1992):

“Considerar la pubertad como un verdadero pasaje al acto de la naturaleza que ofrece al preadolescente un cuerpo apto para realizar sus fantasías... El cuerpo ha devenido un instrumento puesto a la disposición del adolescente, esta transformación tiene consecuencias sobre la vida inconsciente y contribuye intensamente a hacer que los atributos de ese cuerpo adulto, en particular los de la genitalidad, sean percibidos como armas a causa de su carga pulsional” (p.43).

Es entonces, retomando a Deschamps (1979), cuando el embarazo adolescente evidencia que la madurez biológica característica de la adolescencia ha precedido a las posibilidades psíquicas de procesarla y a la independencia familiar. Y ante esto se menciona además, que otro de los factores tiene que ver con la libertad sexual que se presenta sin la orientación, los límites o las referencias adecuadas por parte de los padres y de la sociedad; vemos en este planteamiento que inclusive las conductas sexuales de riesgo se presentan ante esta oposición a los padres, aquellos que condenan y temen más que al acto sexual, las consecuencias de éste. También refiere a la imposibilidad o dificultad de comunicación, a la carencia de medios de expresión ofrecidos por los adultos para expresar aquello que los adolescentes están viviendo en el propio cuerpo y a la dificultad de simbolización, lo que lleva entonces a pasar al acto. A veces faltan o no se encuentran las palabras, o la carga pulsional sentida tan abrupta y no entendida, no le da lugar al proceso de pensamiento, y es que además, si no hay con quien hablarlo o cuando se habla se encuentra una barrera de incompreensión y rechazo, se reducen las posibilidades.

Pero además de estos factores generales se pretende hacer referencia a los factores individuales que propician la presencia de un embarazo en la adolescencia en el que se plantea que no hay una decisión consciente de ser madre.

Plantean Lartigue y Vives (2004) acerca de la dimensión inconsciente del deseo de embarazarse que existe una diferencia entre el deseo de estar embarazada y él de tener un hijo, pues por ejemplo en algunas adolescentes representa más una opción para salir de los conflictos familiares que las rodean.

En referencia a la primera opción, a la posibilidad de escapar de este medio familiar asfixiante, puede pensarse que de esta manera se obtendrá la exclusión familiar, o el matrimonio que permita salir de ese ambiente; es decir, la decisión puede tomarse con la intención o la fantasía de que será una manera de independizarse, o para dejar una carrera escolar que no se quiere y en la cual otras personas obligan a permanecer o transitar lo más rápido posible por ese periodo adolescente que genera tanto desconcierto, como una forma de apresurar la llegada de la adultez por ciertas expectativas que puedan generarse alrededor de esta etapa de la vida.

Otra de las razones que se ha planteado como causa inconsciente del embarazo en las adolescentes refiere a que este último es deseado por ellas en identificación con su madre, pues es una de las formas de depender de ella, de regresar a la figura o fusión materna (Marcelli y Braconnier, 2005).

Con respecto a esto Lartigue y Vives (2004) han reportado estudios de los motivos inconscientes y los factores psicodinámicos y perturbaciones emocionales de estas adolescentes, lo que los ha llevado a cuestionarse o plantearse sobre si el embarazo en estas condiciones se consideraría un proceso progresivo hacia la individuación o contrariamente una regresión a la madre simbiótica, un regreso a la dependencia infantil.

Aunado a ello, cabe referirse a Piera Aulagnier (1975), quien ha planteado una diferencia entre el deseo de maternidad y el deseo de tener un hijo en el cual más que reconocer una subjetividad nueva, se revive inconscientemente lo reprimido en relación a su propia infancia y la relación con los padres; se reviven circunstancias con respecto a la relación primaria con la propia madre.

Otra forma de abordar este fenómeno, si se piensa en lo común que es que se presente fuera del matrimonio, con un “padre ausente” o que concluya en una separación de la pareja, podría ser entendiéndolo como consecuencia del deseo inconsciente de llevar a cabo el embarazo y tener al hijo reduciendo el rol masculino y limitando el papel del padre, no sólo por elección del hombre de no hacerse cargo si no por elección inconsciente de la propia joven; como forma de “elaborar” la relación distante con el propio padre promovida

por la relación dominante ejercida de parte de la madre; entonces se tiene un hijo del padre (en relación a un apego edípico no resuelto), y se repite la ausencia en la vinculación afectiva con el padre del hijo que se concibe (Deschamps, 1979).

1.2 Entre las dificultades de ser madre y el difícil proceso de la adolescencia

Pensar el periodo de la adolescencia resulta una tarea complicada, pues para entenderlo tendríamos que considerar además de los cambios físicos y psicológicos, el contexto social que enmarca esos cambios. Aun así se han encontrado ciertos puntos de convergencia en cuanto a lo que sucede en este lapso del desarrollo. Podemos decir que es un periodo de la vida durante el cual conjuntamente con la irrupción de la genitalidad, se presenta una reestructuración psíquica, se vive el aflojamiento de los lazos paternos, duelos por la pérdida de roles y el cuerpo infantil (Aberastury y Knobel, 2012), el inicio de construcción de una identidad y del proceso de independencia.

Entonces consideremos que una de las características principales del proceso adolescente es la irrupción de la genitalidad, y la necesidad de ir modificando la relación con los padres, por lo que la persona se ve forzada a vivir varios duelos al mismo tiempo, se pierde el cuerpo que tanto trabajo había costado llegar a conocer, ahora, ante el espejo, se presenta otro totalmente distinto, al que habrá que acostumbrarse de nuevo, se empieza a perder la posición que se tenía frente a los padres y a la vida en general, y estos cambios se presentan de una manera abrupta, lo que lleva a pensar, cuando aunado a ello se presenta un embarazo. Con este hecho las adolescentes se ven forzadas a realizar estos duelos teniendo que adaptarse no solo al cuerpo adolescente, sino al cuerpo habitado por otro. Y si de por sí ya plantea un conflicto la típica acción de querer disimular por ejemplo con ropas abultadas el crecimiento de los pechos y caderas, con el embarazo esto se complica.

Junto a ello se vivencia también el duelo por la infancia perdida, que se ve abandonada bruscamente por la necesidad de involucrarse en el mundo adulto con la llegada de un bebé del cual hacerse cargo, siendo además reprobada por los otros la capacidad para llevar a cabo esta función; y entonces Deschamps (1979) plantea las paradojas a las que se enfrenta una madre adolescente:

“Paradoja al de poder alumbrar y tener que educar tempranamente a un niño, cuando no se tiene aún el reconocimiento de la capacidad para ejercer una función social. Paradoja la de satisfacer la necesidad de dependencia que experimenta el niño concebido, sin haber adquirido la propia independencia, paradoja la de tener que ser adulta siendo todavía una niña, la de ser adolescente, simplemente, pero en una situación bastante más difícil que la de la mayoría de las adolescentes. Paradoja en fin, la de ser madre antes de ser mujer” (p. 74).

El proceso de desarrollo adolescente se ve abruptamente modificado por el embarazo, los conflictos magnificados, y toda esta incertidumbre e inestabilidad pueden llevarla a añorar y regresar al apego maternal; reconstruyendo con el deseo inconsciente del embarazo una unión madre-hijo sustitutiva. Esta situación como una de las expresiones de una fijación en la ligazón preedípica.

Pero también pensemos que si en la adolescencia es necesario llevar a cabo el aflojamiento de ciertos vínculos con los objetos paternos de la infancia, esa libido retirada promoverá la acentuación de su narcisismo; y entonces en algunos casos vemos como para la adolescente, al principio del embarazo él niño no existe, lo que percibe es que ella está embarazada, porque el bebé no es imaginado como otro, no tiene existencia propia, forma parte de ellas mismas es *“objeto de valoración narcisista y de reivindicación”* (Descamps, 1979, p. 91). Posteriormente se va dando cuenta de lo que sucede y comienza a pensarlo como un otro; existiendo la posibilidad de que esta relación prenatal se establezca de manera favorable o desfavorable si se percibe al bebé como un ser demandante al que se le responsabiliza del estado de dificultad en el que se encuentra la madre. El bebé puede significar para la madre las renunciaciones que serán necesarias realizar, las responsabilidades extras con las que habrá que cumplir, y el acelerado paso a la adultez que tendrá que darse.

Feinholz-Klip y Ávila (1996) mencionan otro problema respecto al embarazo adolescente. Éste consiste en que las jóvenes, como no han completado aún su desarrollo,

carecen ya de inicio, de cierta fortaleza yoica para poder responder a las demandas que requiere el ejercicio de la maternidad, dificultando la posibilidad de neutralizar los elementos rechazantes de su psiquismo hacia el bebé con aquellos constructivos.

Evidentemente el elemento del no deseo consciente, de la no planificación, la dificultad de ver al bebé como otro, las motivaciones que se han planteado ya distintas al fin de querer formar una familia por ejemplo, influirán en la forma en la que se constituya el hijo. Se enfatiza en la literatura las consecuencias psicosociales en los hijos producto de este tipo de embarazos; consecuencias que se revelan en ámbitos como el desarrollo escolar, la capacidad de relación con los pares, etc. Se ponen en juego también cuestiones como la hostilidad de la madre hacia el bebé al sentirse atacada por ellos, como si el bebé “lo hiciera a propósito para molestarlas”.

Cabe especificar que estas cuestiones se pueden apreciar comúnmente en estos casos, pero no siempre es así. La aceptación de la maternidad a pesar de la no planificación en la adolescente está influida por muchos factores, desde individuales hasta lo que se relaciona con el manejo que le den a esto sus figuras de apoyo. Por esta dependencia que todavía tiene con sus objetos primarios, la familia de origen se vuelve una fundamental influencia en la relación que pueda establecer la joven madre con su hijo y los cambios que esto traerá a su vida.

Entonces las condiciones de esta maternidad adolescente dependen también, de otros factores como las condiciones socioeconómicas, si existe el apoyo de una pareja o de la familia de origen, lo que beneficiará o perjudicará la forma en que se establezca el vínculo con el bebé; pues es claro que la joven madre difícilmente se puede hacer cargo sola de su hijo. Dependerá también de las decisiones que tome con respecto a continuar la escuela, tener que conseguir un trabajo, etc. Para todo esto tendrá que compartir ciertas funciones de la crianza con otras personas, muchas veces se delegan las funciones maternas por ejemplo a figuras como la abuela, que también tendrán sus propios motivos conscientes e inconscientes para apoyar o dificultar esta acción:

“Le confirman a su hija el fracaso de su intento de autonomía pues dependerá más de ella que antes, reencuentra su papel maternal por el que había sido valorada; en algunos casos la joven desempeña el papel de agente reproductor, quedando vedado los goces de la maternidad; en otros, los abuelos se sienten culpables de los errores de los hijos e inconcientemente quieren repararlos cuidando a los nietos” (Deschamps, 1979, p. 149).

La cuestión aquí es como influirá en la crianza de la hija o el hijo el hecho de que se realicen de un modo muy importante los cuidados primarios entre varias personas.

Más adelante se describirá el proceso por medio del cual se da la constitución psíquica y podrá apreciarse que la relación dual madre-hijo desde el nacimiento y sobre todo los primeros años de vida, y la forma en como esta se lleve a cabo, se vuelve la fuente principal de elementos yóicos que permitirán al niño tener un desarrollo ya sea favorable o desfavorable en edades posteriores. Enfatizaré sobre todo pensándolo en la aparición de la crisis adolescente del hijo. En este periodo se evidencian la calidad y cualidad de las relaciones infantiles y los recursos que estas pueden ofrecer al hijo para enfrentarse con las exigencias psíquicas y sociales que conllevan la adolescencia.

Volviendo al vínculo específico con la abuela de la adolescente embarazada (el vínculo madre-hija), que en muchos casos se convierte en una de las principales cuidadoras de los niños por las complicaciones en la edad anteriormente mencionadas; y que en muchos otros casos también fue madre adolescente y pronosticó para la hija el mismo destino; se complica. Como se verá más adelante, estamos frente a un vínculo complicado y en situaciones como estas se puede promover cierta competencia con la hija, reflejándolas en una superioridad ante la joven madre. Cuantas veces no hemos encontrado a las abuelas estar todo el tiempo recriminando a las jóvenes y primerizas madres sobre la forma equivocada en como se hacen cargo del bebé, lo que a su vez puede generar más angustia en la propia adolescente, que a su vez, transmitirá al hijo.

2. Ser hija adolescente

2.1. Constitución del vínculo en la relación madre-hija desde el nacimiento hasta la reedición adolescente

El recién nacido no existe por separado de su madre, existe una experiencia de fusión en el que se fantasea que hay un cuerpo y una psique para dos, el bebé y su madre son la misma persona. Por lo que está presente inconscientemente ese deseo de volver a ser uno mismo con la madre, en un momento en el que no hay frustración ni deseo propio.

McDougall (1989) señala que la manera en la cual uno comienza a adquirir una identidad subjetiva, un sentido de ser individuo es por medio de un proceso que comienza con la fantasía del bebé de que entre él y su madre existe un solo cuerpo y una misma psique, es decir que son la misma persona; la madre no se vive como otro objeto, se vive como un todo, y el bebé es una parte de esta totalidad; cuando el bebé da cuenta de que es otro, se revive el deseo de esta fusión, en la que no existe malestar, ni responsabilidad alguna. Encontramos en esta concepción entonces que existe una fantasía que se deriva de la vida intrauterina, en donde se vivió realmente ese cuerpo único, porque la madre atendía al mismo tiempo que sus necesidades vitales, las del bebé.

El bebé buscará prolongar esa experiencia ilusoria, por lo que el llanto y las señales de desamparo promoverán en la madre respuesta ante este requerimiento promoviendo que se mantenga la ilusión del uno. Al respecto Freud (1950/2008) habla de la acción específica del otro sobre el bebé, que ante el desvalimiento nato de su organismo humano, requiere para disminuir el estado de tensión que la descarga interna promueve y para sobrevivir.

Menciona que esta es la acción que ante la expresión de una alteración interna (manifestada por ejemplo en llanto), tiene el auxiliador, con lo que habrá una vivencia de satisfacción sentida como algo placentero; esto entonces queda registrado como algo satisfactorio que involucra al otro que lo calmó. Durante este proceso es en donde el otro deja su huella, ese otro que durante esta acción calmante, apaciguante, provoca un plus de placer y pervierte el instinto:

“La sexualidad interviene íntegramente en el pequeño ser humano, en un movimiento que desvía el instinto, que metaforiza su fin, que desplaza e interioriza su objeto, que concentra en suma su fuente en una zona eventualmente mínima, la zona erógena... La zona erógena es una especie de punto de ruptura o de repliegue en la envoltura corporal, puesto que se trata ante todo de los orificios esfinterianos... Y es al mismo tiempo una zona de intercambios, puesto que los principales intercambios biológicos transitan por ella... Zona de intercambios y al mismo tiempo zona de cuidados...”(Laplanche,2001)

Entonces irremediamente el ser humano inicia su constitución yoica a partir de la intervención de otro, que convierte la descarga interna ocasionada por las necesidades vitales (la libido yóica) en energía sexualizada que a la vez que produce placer, genera estados de deseo, lo que lo lleva a aferrarse a la vida.

Cuando no está la madre, el bebé por medio de la fantasía sustituye esa posibilidad de satisfacción, a partir de recuerdos alucinatorios, generándose sus propias experiencias de placer autoerótica.

Además de esto, la demora en cuanto a la atención y satisfacción de los deseos del bebé irán permitiendo que este “se dé cuenta” que no es uno mismo con la madre, sino que es otro y le dará la posibilidad de constituirse en un yo.

Es decir, los cuidados al principio producen la ilusión de ser uno con la madre, pero en la medida en que la madre se ausenta, lo desilusiona y el bebé ira necesitando cada vez menos de esa presencia física. Irá desarrollando esta capacidad de estar a solas en presencia de la madre de la que habla Winnicott (1956), incluso sentirá que él es el que se genera su propia satisfacción.

Esta incorporación de los cuidados maternos que genera cierta independencia también estará atravesada, no sólo por la posibilidad y capacidad explícita de la madre, si no por ciertas fantasías inconscientes del lugar que ocupa el hijo. Se ha postulado que en el

deseo de la madre, la relación con el hijo se construye desde antes de nacer pues está relacionado con las expectativas sobre el lugar que ocupará dentro de la familia (Aulagnier, 1994). Este deseo está atravesado también por la evocación de la propia infancia de la madre, sus relaciones con los propios padres, el bebé al vivir los cuidados de la madre y sentirse amado por ella constituirá su propio narcisismo. Estas experiencias de satisfacción estimulan el autoerotismo del bebé, en los cuidados la madre transmite su propia sexualidad. Dice Freud (1914/2008) al respecto:

“Las primeras satisfacciones sexuales autoeróticas son vivencias a remolque de funciones vitales que sirven a la autoconservación, las pulsiones sexuales se apuntalan al principio en la satisfacción de las pulsiones yoicas, y sólo más tarde se independizan de ellas, ahora bien, ese apuntalamiento sigue mostrándose en el hecho de que las personas encargadas de la nutrición, el cuidado y la protección del niño devienen los primeros objetos sexuales” (p.76).

El yo se constituye entonces a partir de esa falta del otro, lo que le provee de experiencias de separación y le permite diferenciarse, después de haber obtenido respuestas satisfactorias de esa madre que si respondió de manera adecuada fungirá por un lado, como protectora de la estimulación interna y externa, pero si los cuidados maternos no son lo suficientemente buenos, esto puede comprometer la posibilidad de diferenciación entre ellos.

Si la madre no provee de los cuidados adecuados al bebé generándole una posibilidad de sentir menos amenazantes tanto los estímulos internos como los externos, e impulsa en él la posibilidad de separación, se promoverá la necesidad de continuar la sensación de fusión con la madre y el deseo de no separación, se fomentará la dependencia (McDougall, 1989).

Enmarcando también que si la madre promueve un modo de autonomía demasiado pronto, le dificultará al bebé la introyección adecuada de sus cuidados; si por ejemplo, esta madre vive a su hijo como un cuerpo extraño, promoverá en él sensaciones de abandono.

En estos momentos en los que la madre entonces libidiniza desde el comienzo al bebé con sus cuidados, depositando en él deseos y esperanzas maravillosas, incluyendo las fantasías que se generaron antes de que este naciera y con esto le permite aferrarse a la vida, el yo del bebé se constituye como un yo ideal (narcisismo primario):

“Si consideramos la actitud de padres tiernos hacia sus hijos, habremos de discernirla como renacimiento y reproducción del narcisismo propio, ha mucho abandonado. La sobrestimación, marca inequívoca que apreciamos como estigma narcisista ya en el caso de la elección de objeto, gobierna, como todos saben, este vínculo afectivo. Así prevalece una compulsión a atribuir toda clase de perfecciones y encubrir y olvidar todos sus defectos...His Majesty the Baby debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres...”(Freud, 1914/2008, p.88).

Posteriormente, el bebé dará cuenta de que no es el único al que su madre ve, dejará de ser su majestad él bebé, lo que infringe una herida narcisista que le permitirá dirigir su energía sexual (libido) a otros objetos, y posteriormente podrá identificarse con ellos, introyectarlos, y volver así la libido a su yo en una suerte de identificación secundaria.

Cabe destacar que otros autores como Klein, plantean un yo desde el nacimiento, desde antes de la intervención del otro. Menciona que desde el nacimiento el bebé está expuesto a un desequilibrio entre los instintos de vida y de muerte, lo que le produce gran ansiedad, y la enfrenta convirtiendo ese instinto de muerte en agresión. El yo se escinde y pone afuera la parte que contiene el instinto de muerte, en este caso en el pecho, por lo que se vive como amenazador y persecutorio. Aunque así como se proyecta el instinto de muerte, se proyecta la libido y se da una relación con un objeto ideal. Aparece entonces el objeto disociado: pecho persecutorio y el ideal. La privación se convierte en persecutoria y la gratificación mantiene lejos la persecución. El bebé querrá guardar el objeto ideal y mantener lejos al persecutorio.

Por la ansiedad de ser aniquilado el yo desarrolla entonces la proyección y la introyección, pues querrá introyectar lo bueno y proyectar lo malo. Aunque a veces se

proyecta lo bueno para ponerlo a salvo de lo que se siente internamente persecutorio y se introyecta lo malo. Cuando se va pudiendo integrar el objeto, el bebé puede reconocer un objeto total, por ejemplo una madre a veces buena y a veces mala, y además va percatándose de que él es otro. Se enfrenta ahora con la ambivalencia hacia el objeto, y a la ansiedad de que sus impulsos malos destruyan al objeto del que depende. Aumenta la introyección pues al concebirlo como objeto independiente, teme que se vaya e intenta poseer al objeto, y entonces la ansiedad se siente no sólo por temor a destruir al objeto externo, si no al objeto introyectado. Esta sensación mueve al bebé a querer reparar los objetos destruidos con sus impulsos amorosos.

Según Bion (1980), y siguiendo los postulados de Klein, la capacidad de tolerancia que el bebé tiene con relación a las frustraciones, depende tanto de sus demandas pulsionales innatas como de la respuesta de la madre real externa. Estos dos factores son indisociables y constituyen el modelo continente-contenido. La relación continente-contenido implica una complementariedad entre las proyecciones del niño y la receptividad materna. Es la capacidad de continente de la madre la que origina la construcción interna en el bebé de una barrera que permite el proceso secundario, el juicio de realidad y la demora en la descarga. Sobre esto, acuñó el término *reverie* que hace referencia a la capacidad de la madre para recibir los objetos (identificaciones proyectivas, angustia) llamados elementos beta, del bebé, metabolizarlos y regresárselos de una forma menos angustiante, en elementos alfa, para que este pueda asimilarla; esto a su vez ayudará a que el bebé pueda introyectar esta función de la madre, que pueda pensar sus pensamientos, y así él pueda metabolizar y transformar sus pensamientos ante la ausencia del objeto. Para que la madre pueda lograr esta función necesita entrar en una cierta sintonía con el bebé, poder ir decodificando lo que el bebé va poniendo afuera

2.1.1. De la relación preedípica y la sexualidad femenina

Freud (1931/2008) plantea que existe una ligazón preedípica con la madre, que es mucho más fuerte en la niña, pues para ambos es el primer objeto de amor, pero ella para constituir su feminidad, tendrá que hallar su camino hacia el cambio de objeto para buscar el amor

del padre, pero si la relación fue intensa, sobre todo por parte de la madre hacia la hija, por la similitud de cuerpos ya que la vive como un cuerpo propio, dificultará en la niña el cambio de objeto:

“Para el varón, la madre deviene el primer objeto de amor a consecuencia del influjo del suministro de alimento y del cuidado del cuerpo, y lo seguirá siendo hasta que la sustituya un objeto de su misma esencia o derivado de ella. También en el caso de la mujer tiene que ser la madre el primer objeto” (p.230).

En el niño, al darse cuenta de la diferencia anatómica y descubrir que la niña está “castrada”, la amenaza de que a él le pueda suceder lo mismo, lo lleva a renunciar a la madre e identificarse con el padre por amor hacia ellos y por miedo a la castración *...ha sido justamente el interés genital narcisista, el de la conservación del pene, el utilizado para limitar la sexualidad infantil* ; mientras que en la niña, esta observación la lleva a separarse de la madre y cambiar de objeto de amor, es decir, entrar al complejo de Edipo *“la diferencia morfológica tiene que exteriorizarse en diversidades del desarrollo psíquico” (Freud, 1924/2008, p.185).*

Es a partir de que se vislumbra la diferencia anatómica de los sexos, es decir, que la niña de cuenta primero de su “castración” y después de la de la madre que entonces, se genera el reclamo por haberla hecho niña, sin pene.

“Repasemos toda la serie de las motivaciones que el análisis descubre para el extrañamiento respecto de la madre: omitió dotar a la niña con el único genital correcto, la nutrió de manera insuficiente, la forzó a compartir con otro el amor materno, no cumplió con todas las expectativas de amor y, por último, incitó primero el quehacer sexual propio y luego lo prohibió” (Freud, 1931/2008, pág. 236).

Se da la separación con la madre, que no sería la primera, pues ya ha habido anteriormente una; la separación del seno materno, lo que deja huella en la niña, pero este resentimiento reaparece durante el complejo de castración.

Primero entonces, en el imaginario tanto niñas como niños son iguales biológicamente, y la niña le atribuye el mismo valor al clítoris, ambos tienen un pene. Posteriormente la niña descubre la diferencia anatómica, lo que la lleva a reconocer que ella no posee un pene, que el suyo (el clítoris) es más pequeño, se piensa castrada. Al principio ella piensa que sólo es ella la que presenta esta castración, pero paulatinamente irá dándose cuenta que no es la única mujer que sufre este destino, por lo que al percibir que la madre también está castrada, resurgirá el resentimiento de las primeras separaciones y la hostilidad ante ella pues será a quien se le atribuye él no haberle dado un pene. Este odio y hostilidad sentido hacia la madre será lo que permita el cambio de objeto en la niña, eligiendo al padre como objeto de amor.

La evidencia entonces de la castración introduce a la niña este complejo edípico ante el cual, de acuerdo con Freud (1931/2008), la niña puede reaccionar de alguna de tres diferentes formas; alejarse de toda sexualidad, creer que ella un día poseerá un pene igual es decir, desmentir la castración; o reconocerla eligiendo al padre como objeto de amor, disminuyendo en parte el vínculo tan fuerte con la madre y cambiando de objeto, desplazándose en la adolescencia, la libido en su cuerpo, se extiende la zona rectora. Aunado a esta la niña sigue manteniendo el deseo de tener un pene, que, como salida se simboliza en tener un hijo del padre.

Cabe puntualizar como lo menciona Freud, que esta fase ligazón-madre preedípica cobra mucho más importancia en la niña pues de las cualidades de esta dependerá las cualidades de la ligazón-padre posterior (durante el Edipo) pensando además *las complicaciones que sobrevienen cuando la niña regresa a la ligazón-madre resignada a consecuencia de su desilusión con el padre* (Freud, 1931/2008, p. 242) o cuando se dificulta e incluso se puede pensar que no ha salido de ella.

Retomando el complejo de Edipo como fase siguiente de la relación preedípica, queda claro entonces que en el niño no hay cambio de objeto de amor, y que lo que a él lo obliga a sepultarlo, es el mismo suceso que lo inicia en la niña. En el varón entonces, esta amenaza lo lleva a resignar sus investiduras libidinosas hacia la madre, e identificarse con sus figuras parentales proceso donde se desexualizan (pulsión de meta inhibida), formándose el núcleo del super yo. *“La neurosis estriba en una renuncia del yo frente a la exigencia de la función sexual”* (Freud, 1925/2008, p. 275). En la niña, también esta solución es distinta pues como la castración ya está dada, eso la introdujo a la relación edípica, no existe un motivo tan fuerte como en el niño para renunciar a la figura paterna, por lo que el heredero súper yóico parece más laxo en esta última, a quien al parecer le queda también renunciar a base de identificaciones y por el amor a la figura materna, aunque la conflictiva resultante de la triangulación edípica puede tomar diferentes formas, sobre todo en la relación con la madre en la época adolescente.

2.1.2. La función del padre

En lo anteriormente expuesto, se ha enfatizado la función de la madre como facilitadora de los cuidados necesarios para la sobrevivencia del hijo, para la constitución yóica e implantadora de la sexualidad que permite libidinizarse e invertir a otros objetos de amor. Para todo esto vemos que es muy importante la posibilidad de diferenciación psíquica y física entre ambos, desde estos inicios esto no sería posible si no existiera la función paterna (cabe aclarar que con esto no se especifica la presencia de un padre, pues esa función puede llevarla a cabo otro al que mira y dirige su atención la madre, puede ser su trabajo, la familia, las otras personas con las que convive) que permite entonces que la madre no se apropie del hijo, que no haya una fusión entre ellos, sería como una función separadora.

Después encontramos su papel también durante el periodo edípico que ya ha sido descrito, al que se le atribuye para el niño la amenaza de castración y ante la amenaza de castración lo que se ve amenazado es el yo, *“la fuente de la cual la hostilidad contra el padre obtiene su indestructibilidad, pertenece evidentemente por su naturaleza, a los*

apetitos sensuales, a raíz de los cuales ha sentido al padre como perturbador” (Freud, 1909/2008 p.144). Y en la niña está la posibilidad de tomarlo como objeto de amor, lo que nuevamente produce un movimiento de separación en el vínculo fusional madre-hija.

El padre está presente desde el punto de vista de la estructura, como un tercero separador, pero además, se puede pensar en planteamiento que hace Freud (1923/2008) sobre el Edipo completo; en el que describe como a pesar de la investidura del objeto materno, se desarrollan sentimientos tiernos hacia el padre, ambos pueden mostrar una actitud femenina tierna hacia el padre y hostil hacia la madre.

“Yo opino que se hará bien en suponer en general, y muy particularmente en el caso de los neuróticos, la existencia del complejo de Edipo completo...A raíz del sepultamiento del complejo de Edipo, las cuatro aspiraciones contenidas en él se desmontan y desdoblan de tal manera que de ellas surge una identificación-padre y madre; la identificación-padre retendrá el objeto-madre del complejo positivo y, simultáneamente, el objeto-padre del complejo invertido; y lo análogo es válido para la identificación-madre” (Freud, 1923/2008, p. 35)

Entonces, el ideal del yo y el sujetarse a la ley surge de las identificaciones por medio de las cuales se resignan los objetos, por la prohibición del incesto inherente a la función paterna.

Aunado a lo anterior, Laplanche (2001) menciona cómo los padres, y específicamente la madre desde los cuidados primarios inconscientemente transmite su propia sexualidad al bebé, cuidados que son portadores además de fantasías edípicas de los propios padres. Así sea que nos refiramos a una relación dual madre-bebé, y/o los casos en los que interviene el padre explícitamente, este último está presente porque la propia madre tuvo un padre.

Aulagnier (1975) plantea que el medio en el que se constituye la psique del niño, está moldeado por el discurso y el deseo de la pareja parental, por lo que el padre pasa a ser parte fundamental en la constitución del hijo, haciendo el corte entre la madre y él, también desde el deseo del propio padre más allá del reconocimiento y el lugar que le da la madre al mismo, *“a ello se añade lo que la clínica nos señala, la importancia de la problemática del padre, de su violencia, de su actitud maternal y, en general, de la conducta y del discurso mediante los cuales se manifiesta, en la escena de lo real, su deseo por el niño (p.149).*

Por un lado se encontraría entonces, la función paterna cómo ese referente que prohíbe la apropiación de la madre del hijo y como insertante a la cultura: En cuanto a la función paterna plantea que está delineada por tres referentes: a) la interpretación que la madre se ha hecho por su propio padre, b) la función que el niño asigna a su propio padre y la que le atribuye la madre a este, c) lo que la madre desea transmitir y prohibir sobre esa función, por lo al niño se le transmiten estas dos diferentes relaciones: la de la madre con su propio padre y con el padre de su hijo.

Y entonces, por otro lado el deseo del padre de y hacia el hijo, el encuentro con el padre en estas dos experiencias: 1) el encuentro del niño con la voz del padre y del padre con el acceso a la paternidad y 2) el deseo del padre: el deseo del niño por el padre como el deseo del padre por el niño (Aulagnier, 1975).

2.2. De las dificultades adolescentes y el proceso de dependencia-independencia

En la adolescencia se ponen en cuestión las identificaciones de la primera infancia, pues si lo que se busca es comenzar a independizarse de las figuras parentales; se verá si estas primeras interiorizaciones fueron lo suficientemente adecuadas para promover esta necesaria posibilidad de no necesitar todo el tiempo de la presencia real de los objetos. Posteriormente por la madurez biológica y psíquica alcanzada a partir del periodo pubertario, reaparece la posibilidad de llevar a cabo las fantasías incestuosas promovidas por la implantación de la sexualidad adulta en los cuidados del niño, la seducción infantil; misma que fue reprimida, y que al identificarse con ellos, sufrieron un proceso de desexualización. Dice Gutton (1994) al respecto:

“Lo importante es que el niño se encuentra siendo objeto de una implantación de una sexualidad enigmática y de una tensión sexual que no puede enfrentar porque carece de los medios físicos para hacerlo... (p.9) Cuando llega a la pubertad el niño tiene, ahora sí, medios de descargar la tensión sexual y más específicamente descargarla de la misma manera que sus padres, y por este hecho, nutre la esperanza de, por fin, disipar el enigma de la sexualidad de estos...” (p.10)

Carvajal (1993) plantea que incluso ya en la edad adulta se mantiene una dependencia en la que ya no se trata de una cuestión “vital” como en el infante, pues evidentemente ya hay una clara estructuración del yo y éste ha internalizado las funciones que requiere; esta dependencia que él llama neurótica, se da por una fantasía de regresión con los objetos (sobre todo el objeto materno), en los que se niega la capacidad de funcionar independiente que ya se ha adquirido; al respecto menciona *“la dependencia infantil se da por falta de desarrollo. La dependencia neurótica se produce por la fantasía de que este desarrollo desapareció o no existió”*. (p. 45)

Como se ha señalado, biológicamente y psíquicamente hablando, el púber comienza a contar con capacidades para independizarse y busca que su yo vaya encontrando sentidos más propios y autónomos, pero este proceso puede verse beneficiado o afectado por el ambiente que lo rodea. El adolescente irá deslibidinizando a los objetos primarios en la medida en la que se va dando cuenta de que requiere en menor medida de ellos y va fortaleciendo su estructura psíquica. Pues en la infancia los objetos de los que dependía estaban idealizados. Esta deslibidinización de los objetos paternos permite al adolescente libidinizarse más intensamente promoviendo o posibilitando hacerse responsable gradualmente de él mismo. Evidentemente esto genera angustias y dolores en los padres, sobre todo en la madre, pues ellos empiezan a pasar por un proceso de obsolescencia, *es decir, de la desinvertidura, para el adolescente, de sus padres y para éstos del adolescente: es un sistema interactivo. Una desinvertidura no de las representaciones incestuosas, sino en lo que concierne a la presencia física del otro* (Gutton, 1994, p. 58) en el que van perdiendo la indispensabilidad para los hijos, por lo que la manera en la que ellos puedan

reaccionar ante este proceso, será de suma importancia para el adolescente, pues en la medida en que se les dificulte, lo dificultarán a ellos, promoviendo por ejemplo sentimientos de culpa, mayor ambivalencia, o devolviéndoles como figuras identificatorias, una imagen sufriente.

Aunado a ello los cambios de los hijos desencadenan en los padres la crisis de adultez y la captación de su condición de no jóvenes, y les recuerdan ciertas angustias de su propia adolescencia.

El adolescente puede incluso reaccionar con miedo ante las consecuencias que sus cambios están generando en sus padres, incitándolo a la represión inconsciente de su crisis, desencadenando trastornos en otros ámbitos de su vida como el escolar, las relaciones con sus pares, problemas con la aceptación de su propio cuerpo, regresiones a posturas infantiles que retrasan los procesos normales de maduración (Carvajal, 1993). Otra de las situaciones que considero podría promover este panorama es el uso por parte del adolescente de mecanismos de defensa muy primitivos como el de la identificación proyectiva, por medio del cual proyecta en el otro las angustias que está viviendo y la amenaza interna que se promueve con todos estos cambios; pero el adulto asustado, enojado y con una dificultad para contener estos cambios, aumentará la angustia del adolescente y volverá en retaliación como algo aún más amenazante para el joven.

El necesario inicio de la búsqueda de la independencia ya mencionado, pone entonces a prueba los recursos internos del individuo, habrá una libidinización de estos objetos internos, lo que los llevará a dudar de su capacidad para enfrentar las nuevas exigencias, evidenciándose las carencias narcisistas de la infancia, las cuales, si son importantes, promoverán/reforzarán a la vez, la necesidad de la aceptación de objetos externos al adolescente *“confiriéndoles un poder antinarcisista, aumentando su rol excitante y su sexuación”* (Jeammet, 1992, p.43). El sujeto entonces puede presentarse frágil, brindándole un valor muy alto a la mirada del otro, y como en un círculo vicioso, fomentando la dependencia, y acortando las distancias entre los objetos y el yo, promoviendo las incorporaciones más que las introyecciones, identificaciones de tipo

narcisista; radicando la diferencia en que la introyección refiere a un proceso de interiorización de la relación con el objeto, que da espacio a que el yo pueda enriquecerse mientras que la incorporación se interioriza el objeto mismo en el yo, promoviendo la confusión objeto-sujeto.

2.3. Se complica la separación. Implicaciones entre madres e hijas

Un tema difícil de pensar es el de la identificación de las hijas mujeres con sus madres, que está atravesado además por el modelo de mujer transmitido social y culturalmente, con el que genéricamente se identifican y siguen inconscientemente, lo que viene a dificultar las relaciones entre ellas. Dice Burin (1992) que desde esta temprana identificación de la niña con su madre, único objeto libidinal desde el nacimiento, se determinará una mayor dependencia a este objeto, promoviéndose un vínculo fusional que posteriormente dificultará la separación entre ellas. Retomando a Freud (1931/2008) cuando describe la relación preedípica de la hija con la madre como la relación más intensa, ante las dos direcciones, amor-hostilidad, pues la madre erotiza desde los primeros cuidados a la hija, pero estos cuidados nunca son suficientes, lo que genera hostilidad; además de lo idéntico entre ellas. Por lo que este vínculo es distinto y mucho más intenso que con los hijos varones, pues con estos últimos existe la diferencia anatómica de los sexos, que permite poner distancia, buscar la separación. Sin embargo con la hija no existe esa diferencia, y entonces el cuerpo de la hija, será mirado igual al suyo, incluso como un mismo cuerpo. Es primero por esta situación que las mujeres construirán la base de sus identificaciones a partir de un “ser una con la madre”, mientras que los hijos buscarán alejarse de ésta, pues se pone en juego la amenaza de castración.

Otras autoras como Lombardi (1988), hacen toda una descripción de como las hijas se identifican con sus madres en esta construcción tanto individual como social que prescribe el ideal femenino, atribuyéndose estos lugares de buenas madres, cuidadoras del hogar, etc.

Además, las madres han establecido vínculos de extrema dependencia afectiva, alrededor de los cuales construyen sus proyectos de vida, dirigidos por la total dedicación

de su tiempo y energías a sus hijas. Las madres han incorporado lo que es el ideal, el ser madres, generando todas estas contradicciones inconscientes; ser madre es desde lo más maravilloso hasta lo más esclavizante, lo que se vuelve como un dolor inconsciente, al cual no se le puede poner palabra y el cual se transmite a las hijas transgeneracionalmente y de manera inconsciente, se genera un sentimiento de deuda.

De la identificación de la hija con la madre, la madre ha transmitido la sensación de intemporalidad e incondicionalidad del rol materno. Las cosas son y seguirán siendo así cuando ella sea madre.

Considerando lo anterior, cuando la maternidad se presenta durante la etapa adolescente, podría complicarse aún más la separación entre la madre adolescente y la hija mujer, entre otras cosas, porque desde la concepción, la acentuación narcisista de la adolescente debido al retiro libidinal de sus objetos primarios, promueve una dificultad mayor de imaginar al bebé como otro. Por otra parte, la identidad que se está reformulando en mayor medida durante este periodo, probablemente se encontrará intensamente ligada al bebé; además, las responsabilidades extras que el bebé traiga consigo pueden acrecentar la sensación “de deuda” transmitidas de la madre a la hija; y posteriormente cuando la hija crece, condiciones como la menor diferencia de edad entre ellas, la mirada similar de las figuras de apoyo como los abuelos cuando estos se hacen cargo de la nieta también como si fuera su hija, posiblemente dificultarán en mayor medida la diferenciación y separación entre ellas.

Capítulo II. Método

Planteamiento del problema

La etapa de la adolescencia impone una serie de cambios que promueve la necesidad de una reestructuración psíquica, suscita una enorme curiosidad generalmente acompañada de sentimientos contradictorios. Los adolescentes dice Maria Luisa Siquier (2002) se presentan como seres enigmáticos cuya problemática se minimiza. Durante este periodo se viven procesos de aflojamiento de los lazos paternos, duelos por la pérdida de roles y características infantiles, el inicio de construcción de una identidad y del proceso de independencia, entre otras cosas; lo que pondrá a prueba los recursos psíquicos adquiridos en la infancia, incluyendo además, la forma en cómo los padres puedan hacer frente a estos cambios en sus hijos. A partir de esto, se puede observar en la clínica que la demanda de tratamiento está atravesada no sólo por los conflictos del adolescente sino también por la incertidumbre y ansiedad de los padres ante esto, los cuales se agudizan y adquieren una connotación distinta si concibieron a sus hijos (as) durante el periodo adolescente.

Los dos casos que se presentan a continuación, dan cuenta de las dificultades en el proceso descrito anteriormente no sólo por las características del proceso en sí mismo, sino también por la dificultad de las figuras primarias (las madres) para sostenerlo.

Claudia es una chica que llegó a consulta a sus 14 años. Se presenta en el Centro comunitario acompañada de su madre mostrándose ambas de acuerdo con el motivo de consulta, *“para mejorar su relación”*; la paciente expresa que aunque la idea fue propuesta por su mamá, ella está de acuerdo pues tienen muchos problemas, dice a veces no soportarla pero manifiesta un sentimiento de soledad importante y una preocupación por la relación pues es con la persona que vive, y siente que no tiene a nadie más, sobre todo después de que su madre la castigó sin dejarla ver a su novio por haber encontrado unos mensajes inadecuados en su celular.

Por otro lado, la madre dice que ya no sabe cómo poner límites o acercarse a la paciente, además de estar muy enojada porque se enteró viendo “sin querer” los mensajes ya mencionados, que su hija ha tenido relaciones sexuales con un muchacho.

En cuanto a las condiciones de vida me parece muy importante aclarar que Claudia fue concebida cuando su madre tenía 16 años, que a su padre no lo veía desde que a sus 8 años de edad él se fue de la casa. Y tanto ella como su madre viven en “una casita” construida en el mismo terreno en donde viven los abuelos maternos y la hermana de su madre.

Blanca, la otra paciente, es una joven que llegó a consulta a sus 15 años, en acuerdo con su madre, su abuela y su tía expresando: *“es que como dice mi mamá yo soy muy rebelde, y eso ha hecho que tenga muchos problemas con ella, no sé porque hago esas cosas”*. La mamá de Blanca dice estar muy molesta con su hija pues está en tercer año de secundaria y a pesar de haber repetido segundo año, sigue presentando bajas calificaciones, es desobediente, pero sobre todo está más enojada pues considera que Blanca ha llegado al límite *“digamos que la gota que derramó el vaso para venir aquí fue que se metió a la casa de un muchacho que vive en la cuadra... Le pregunto que hizo y sólo me contesta que nada que ella no quisiera, no sé qué hacer, si la llevo con un ginecólogo”*.

Blanca, quien nació cuando su madre tenía 17 años, vive con su madre solamente, pero hace unos meses también compartían el departamento con la expareja de su mamá y la hija de 8 años de este último (eso sólo por el año que duró el matrimonio). Anteriormente y durante toda su vida, la paciente había vivido en casa de su abuela, en donde también viven la hermana, el hermano, el tío y el abuelo de la madre de la paciente. Del padre de Blanca ella sabe *“lo que me ha contado mi tía por un lado, mi abuela, y mi mamá por el otro”*, pero no lo conoce pues desde los primeros meses de nacida, desde antes de cumplir el año sus papás se separaron.

En la demanda explícita lo que se escucha en cada una de las pacientes y sus madres es una petición de mejorar la relación, buscando alguien que les diga que tienen que hacer para poder dejar de pelear, pues pareciera que son el principal sostén la una de la otra. Y

las abuelas, las tías, la familia que las rodea ya no fungen como el apoyo suficiente, como antes cuando niñas. El panorama representa a las madres de Blanca y Claudia como figuras que generan sentimiento de culpa, enojo, confusión y se vive como figuras poco comprensivas, a la vez que se tiene muy presente la consigna de que son las madres las figuras de apoyo más importantes que tienen, por lo que habrán de trabajar por ese “deseo acordado” de llevarse mejor la una con la otra.

De modo manifiesto entonces lo que se pone en juego es un acuerdo entre ellas, pero en el que pareciera que ninguna está dispuesta a ceder. Las entrevistas y sesiones posteriores me permitieron dar cuenta y trabajarlo así, (durante el tiempo que asistieron al tratamiento), con Blanca de una forma, con Claudia de otra, a través de una demanda distinta, la posibilidad de diferenciación y separación madre-hija, de construir un deseo propio en las pacientes que les permita hacerse cargo de su vida, tomar decisiones pensadas y no actuar en función de la complacencia o de la rebeldía hacia sus madres. Otro elemento importante a trabajar tiene que ver con el restablecimiento del lugar que ocupan en ellas las otras personas que han estado tan involucradas en su desarrollo (abuelas, tías, la ausencia de los padres), pues ambas pacientes vivieron desde la temprana infancia el hecho de que sus madres trabajaran o estudiaran y tuvieran que dejarlas la mayor parte del tiempo al cuidado de sus abuelas.

La relevancia de este estudio radica, entre otras cosas, en que partiendo de un enfoque psicoanalítico se aporte evidencia para dar cuenta de las dificultades que en determinados contextos, se adhieren al devenir sujeto y al proceso adolescente en hijas o hijos de mujeres que iniciaron la maternidad durante este periodo. Pensando además, las complicaciones que representa para una madre vivir un embarazo, simultáneamente a la presencia de un importante gasto libidinal por la reestructuración psíquica inherente al proceso normal de la adolescencia, pudiendo hipotetizar también sobre algunas de las motivaciones inconscientes que permean un “embarazo no planeado” siendo esto distinto a “no deseado”; cabe enfatizar que no se pretende generalizar y que se parte de dos ejemplos clínicos, teniéndose muy en cuenta la particularidad de los casos, es decir, se plantea esta investigación con la claridad de que no todos los casos de maternidad adolescente presentan

las mismas características y consecuencias. Esta investigación se centra en las implicaciones que tiene el haber sido madre adolescente, ahora madre de adolescente y el ser hija de esa madre adolescente. Además de pensar que el embarazo adolescente es un fenómeno que se presenta en altas cifras en nuestro país, por lo que conviene analizar qué repercusiones psíquicas importantes trae a los involucrados.

De lo anterior surgió el siguiente cuestionamiento ¿La condición de haber sido madres adolescentes y el tipo de cuidados infantiles que de ello se deriva, han promovido que la relación entre madre e hija más que fungir como un apoyo, dificulte el proceso adolescente de Claudia y Blanca?

Objetivo general

Analizar desde la teoría psicoanalítica cómo es que ser hijas adolescentes de madres que vivieron un embarazo no planeado durante la adolescencia ha dificultado la separación materna y ha propiciado un vínculo desfavorable de dependencia en Claudia y Blanca.

Objetivos particulares

- Promover preguntas sobre algunas de las consecuencias psíquicas en hijas de ciertas madres adolescentes.
- Mostrar como ciertas condiciones maternas y de cuidados infantiles dificultan el proceso adolescente de algunas jóvenes.
- Señalar cuáles son algunos de los deseos inconscientes que promueven el embarazo adolescente.
- Evidenciar la importancia del terapeuta como un tercero que promueve la diferenciación y separación en el vínculo madre-hija, y el cuestionamiento de las pacientes por un “deseo propio” independiente al deseo materno.

Supuesto general

Ser hijas adolescentes de madres que vivieron un embarazo no planeado durante la adolescencia ha dificultado el inicio del proceso de separación y ha propiciado un vínculo desfavorable de dependencia en Claudia y Blanca.

Definición de categorías

Embarazo no planeado: Refiere al embarazo que no ha sido planificado o buscado conscientemente; lo que no significa que no pueda ser un embarazo deseado inconscientemente, fruto de la historia personal, de las identificaciones con el vínculo materno y de las influencias de los mandatos sociales (Perrotta, 2013).

Adolescencia: Periodo de la vida durante el cual, conjuntamente con la irrupción de la genitalidad, se presenta la necesidad de una restructuración psíquica, del aflojamiento de los primeros lazos objetales, de construcción de una identidad y del inicio del proceso de independencia.

Separación: Alude a la operación psíquica que los cuidados maternos y la presencia de los otros permiten desde el principio la constitución del individuo; refiriendo que en inicio el recién nacido no existe por separado de su madre, hasta que por medio de los cuidados maternos, su presencia y ausencia, su mirada, la posibilidad de atender también a otras demandas, de identificarse con las demandas de su hijo; esta le permite identificarse con los objetos e internalizar los cuidados y promueve que éste perciba que hay un otro en el exterior y se integre en un yo.

Este proceso aunque constitutivo, está presente todo el tiempo pues siempre existirá el deseo inconsciente de volver a ser uno con la madre, ese momento mítico en el que no existe frustración alguna, pero esto no daría lugar a la existencia del sujeto (McDougall, 1989).

En la relación madre e hija la subjetivación y la separación se complican pues por la falta de una diferencia anatómica de los sexos, la experiencia inconsciente puede llevar a la madre a vivir el cuerpo de la hija como cuerpo propio (Burin, 1992).

Vínculo de dependencia: Vínculo en el cual se observa primero que por una inmadurez biológica y psíquica, el infante presenta la incapacidad de funcionar sin la intervención de los cuidados vitales de los otros, invistiendo a estos objetos como figuras de amor; pero que debe ser aflojado y requerir en menor medida de estos objetos ante la irrupción de la sexualidad genital, por lo que si se evidencian importantes carencias narcisistas previas, esto promoverá una mayor necesidad de la aceptación de objetos externos para el adolescente por lo cual puede mostrarse frágil y fomentar la dependencia (jeammet,1992).

Tipo de estudio

En esta investigación se empleó una metodología de corte cualitativo. Esta estrategia hace énfasis en el estudio de la subjetividad de los individuos (Álvarez-Gayou, 2003), teniendo como propósito comprender el fenómeno dentro del ambiente usual, utilizando como datos las descripciones detalladas de las situaciones en la fidelidad de la perspectiva de los actores involucrados en esa realidad (Hernández, et al., 2004). Es un método más flexible que permite plantear a profundidad el caso estudiado, que toma en cuenta los efectos que el investigador causa sobre las personas que son objeto de estudio, por lo que en los procesos terapéuticos permite analizar la transferencia y contratransferencia que sabemos elementales en el análisis de un caso clínico.

De este enfoque metodológico recurrí a la táctica de estudio de caso, para abordar de forma intensiva y entender a profundidad un fenómeno complejo, utilizando como técnica de investigación el análisis de discurso valiéndome de la interpretación atribuyendo significados a las expresiones del discurso. (Meersohn, 2005).

Escenario

La presente investigación junto al proceso psicoterapéutico se llevó a cabo en un Centro Comunitario ubicado al sureste del Distrito Federal, el cual presta servicios de diferente índole para la comunidad (deportivos, psicológicos, artísticos, educación) y forma parte de las sedes del Programa de prácticas de la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes de la UNAM.

Participantes

Dos adolescentes mujeres de 15 años de edad que asisten cada una acompañada de su madre a solicitar atención psicológica. Una de ellas cursa el segundo semestre de bachillerato; la otra paciente cursa el segundo año de secundaria. Ambas madres manifiestan una dificultad para entenderse con sus hijas y cada una de las pacientes expresa estar de acuerdo con trabajar para mejorar la relación con su madre.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el tratamiento y la presente investigación fueron:

La observación, instrumento que acompañado por la formación teórica, permite la atención y percepción de lo que ocurre en el espacio de investigación, registrando así, tanto el lenguaje verbal como el no verbal.

Entrevistas a profundidad no estructuradas, que implican que el investigador posea flexibilidad para manejarlas, y pretende obtener datos preguntando a los sujetos, con el objetivo de conocer la individualidad de la persona entrevistada (Corbetta, 2007); estas anteceden el inicio del tratamiento, y se llevan a cabo para obtener la información sobre el motivo de consulta e historia clínica.

Las sesiones psicoterapéuticas respaldadas por un enfoque psicoanalítico que promueve la asociación libre y el uso de la interpretación y los señalamientos por parte de la terapeuta, además del análisis profundo de la subjetividad de las pacientes, sesiones que han sido grabadas con autorización de las mismas.

Supervisión del trabajo clínico por parte de una psicoanalista que permite un punto de vista con mayor experiencia, posibilitando el señalamiento de los procesos transferenciales y contratransferenciales y otros aspectos no percibidos por la terapeuta.

Procedimiento

Ambas pacientes acudieron al Centro Comunitario acompañadas de sus madres para solicitar una cita en la coordinación de Psicología del mismo, por lo que fueron registradas en una lista de espera. Una semana después, fueron contactadas por la coordinación y se les proporcionó mi nombre. Posteriormente, asistieron el día que les fue asignada la cita, siendo ese el momento en el que se tiene el primer contacto.

Se realizaron entrevistas iniciales con cada una de las pacientes; en ambos casos después de dos entrevistas cité a las madres en entrevistas aparte y en el segundo caso se llevó a cabo además una entrevista con la abuela de la paciente. Tras haber obtenido la información necesaria sobre historia clínica y la demanda inicial, se llevó a cabo el encuadre de tratamiento durante el cual se establecieron la duración (50 minutos), frecuencia (una vez por semana) y costo de las sesiones, además de que se presentaron los formatos necesarios y el reglamento de dicha institución y se explicó que el tratamiento tendría una duración variable. Con la primer paciente Claudia, se llevó a cabo el tratamiento durante un año, cinco meses y con la otra paciente Blanca, se trabajó durante seis meses. Cabe señalar que con la segunda paciente se aumentó a partir del tercer mes a dos el número de sesiones debido a la disponibilidad y demanda.

Consideraciones éticas

Tanto el proceso terapéutico como el desarrollo de esta investigación se adhieren a los principios establecidos en el Código Ético del Psicólogo. El trabajo clínico se estableció a partir de una relación limitada a un trato profesional (art. 35); respetando la dignidad y bienestar de las pacientes (art. 49); ambos casos han sido supervisados, y se ha incluido al proceso de formación mi análisis personal y la revisión teórica constante necesaria para respaldarlo. Se ha respetado la confidencialidad de cada una de las pacientes (art. 67, art. 68) utilizando un seudónimo y disfrazando u omitiendo datos que pudieran promover su identificación.

Capítulo III. Las pacientes

1. Claudia

Claudia es una adolescente de 15 años de edad, estatura media y sobre peso importante, viste con un estilo predominantemente sport, alternándolo en la actualidad con blusas y ropa más “casual”, apropiada para su edad y talla, además de verse siempre aseada. Usa el cabello ondulado, teñido de rojo, con fleco y un corte a la altura de sus hombros, otras veces varía su estilo alaciándolo. Constantemente pueden apreciarse pequeñas marcas de acné en su rostro, las cuales rasca durante algunas sesiones. Estudia el primer año de bachillerato técnico habiendo elegido la carrera en enfermería, con la cual ahora expresa sentirse contenta, aunque ella tenía deseos de entrar a un CCH. Refiere disfrutar ir a museos y pasar los ratos en lugares como parques, casas de amigos y “pasear” en el metro; disfruta también de estar en su cuarto escuchando la música que le gusta y de cuidar animales, sobre todo le gustan los perros; inclusive en algún momento pensó que le gustaría ser veterinaria.

Llegó a consulta a la edad de 14 años, acompañada de su madre; me presenté con ellas en la sala de espera de la coordinación de Psicología del centro comunitario en el que realizo mi práctica clínica, y ambas pasaron al consultorio. Al inicio, la mirada de Claudia reflejaba mucha tristeza y enojo, llevaba su cabello despeinado, con un gorro que le tapaba parte de la frente. Se mostró un poco inhibida, tímida, pero cooperadora y atenta, aunque con la madre muy distante, ambas sentadas en el extremo opuesto del mismo sillón.

Desde las primeras sesiones y durante largo tiempo del tratamiento, Claudia se tardaba en comenzar a decir algo, incluso a veces esperaba que yo le preguntara cuestiones específicas, o decía las cosas muy concretamente y cuando le pedía que me explicara con mayor detalle la situación, insistía en sintetizarlo todo.

Ficha de identificación:

Nombre: Claudia

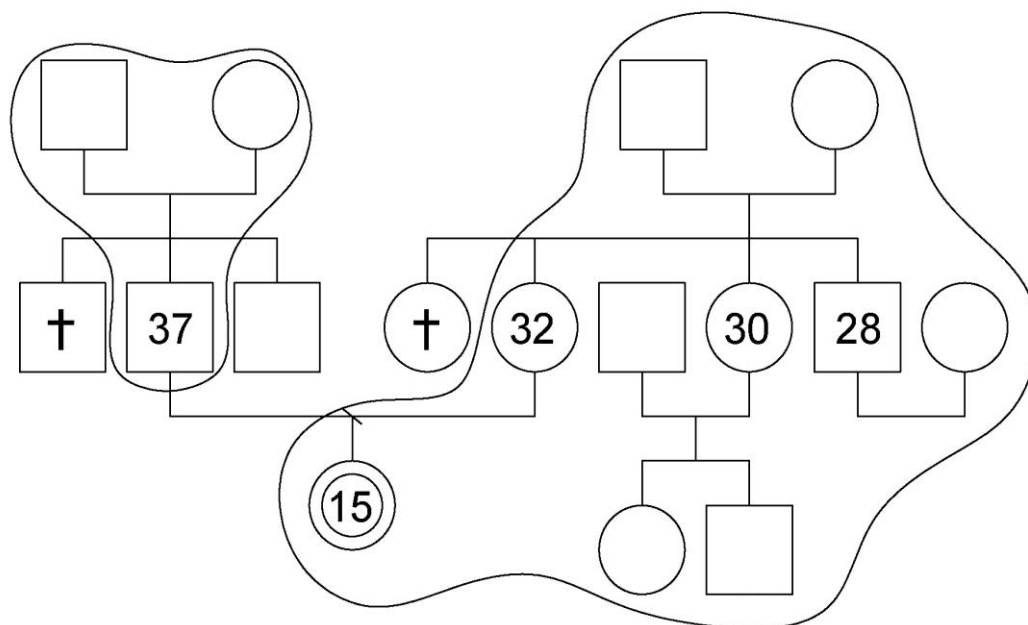
Escolaridad: Primer año de nivel medio superior

Sexo: Femenino

Lugar de origen: México, D. F.

Ocupación: Estudiante

Familiograma



Motivo de consulta

Manifiestamente Claudia comenta que aunque fue una sugerencia de su mamá ella está de acuerdo en asistir porque no se lleva bien con esta última y tienen muchos problemas por eso, dice a veces no soportarla, entre otras cosas porque su padre siempre la prefirió a ella; además la madre refiere también que en una de las secciones del examen prueba para la preparatoria, que le hicieron a su hija en la escuela, se vio reflejada una importante baja autoestima, por lo que un pedagogo de la institución le recomendó que pensara en la opción de una terapia psicológica. Un punto más que señala la madre, como el motivo más importante es que leyó unas conversaciones en el celular de Claudia en las que se enteró que ha tenido relaciones sexuales con su novio, y encontró posteriormente unas cartas en las que la paciente le pide ayuda pues se siente muy mal y no sabe cómo acercarse a ella, ante esto dice no saber qué hacer y no saber cómo poner límites. Posteriormente, en ausencia de su madre, la paciente reconoce además que asiste porque se siente muy triste y sola, ya que está castigada, no puede ver a su novio y siente que no tiene a nadie más. Casi al finalizar la sesión añade que hace tiempo, un día que estaba muy desesperada pensó en tomarse unas pastillas que sacó de su cajón (pastillas para alergias) pues estaba muy triste, le comentó que esto es necesario hablarlo con su madre.

Proceso diagnóstico

La paciente y su madre asisten al Centro comunitario para pedir una cita, por lo que la colocan en una lista de espera. Una semana después, la secretaria de la coordinación de psicología la contacta, le da una cita y le proporciona mi nombre. Posteriormente asiste el día en que le fue asignada la entrevista preguntando por mí, siendo ese momento en el que tenemos el primer contacto.

Se realizaron cuatro entrevistas de diagnóstico: 3 con ella y una con la madre. En la primera entrevista las hago pasar juntas, me proporcionan sus nombres, y pregunto de quien fue la decisión de venir, al preguntar el motivo de consulta la paciente comenta brevemente

la mala relación con su madre y se queda callada, posteriormente la madre expone su punto de vista, la escucho, y le pido que me deje a solas con la paciente. La segunda entrevista se llevó a cabo solamente con la paciente para que continuara hablando sobre este tema y otros aspectos de su vida. La tercer entrevista fue únicamente con la madre en un horario distinto, para poder hacer historia clínica y explorar el punto de vista que tiene sobre esta mala relación que comenta Claudia. Finalmente en la cuarta entrevista se le hace un resumen a Claudia sobre la sesión llevada a cabo con su madre y se le pide que comente que es lo que piensa al respecto. Posteriormente en presencia de la madre se le propone un tratamiento en el que se le explica cómo es que vamos a trabajar, y aspectos que son importantes tener en cuenta.

Se comenzó el tratamiento psicoterapéutico, con una frecuencia de una vez por semana, pues aunque hubo momentos en los que se trató la posibilidad de trabajar dos veces por semana, la cuestión económica y los tiempos de la paciente dificultaron que esto se llevara a cabo. Claudia asistió a consulta de febrero del 2013 a junio del 2014. Sesiones antes de dejar el tratamiento comenzó a faltar algunas veces, situación que no se había presentado durante el primer año, finalmente asistió a una sesión para pedir un cierre y comentar que ya no deseaba continuar con el tratamiento porque se sentía mejor y podía pensar más las cosas, y sentía que ya no necesitaba asistir.

Entrevistas iniciales

Desde la primera entrevista la paciente externó todo el enojo con su madre y con el hecho de que su padre la prefiriera a ésta. Puntualizó que sus padres siempre se peleaban y se tenía que ir con su abuelita materna a comer; que discutían porque su madre se iba a la universidad y que a ella la desesperaba mucho todo el tiempo escuchar gritos. Me comenta también que desde los últimos años de la primaria y la secundaria empezó a querer estar más con los hombres pues quería que alguien la quisiera. Me describe que tuvo relaciones sexuales con un chico de 20 años que le presentó una amiga y tiempo después se hizo novia del hermano que tiene 15 años, esto la llevó a perder la amistad de la chica, pues estaba interesada en el hermano mayor. Con el chico de 15 años, tenía una relación ya de 10

meses al momento de la entrevista. Habló de todo lo que pasó con su madre al enterarse de que había tenido relaciones sexuales, que la castigó, le quitó todas sus cosas, le dijo que iba a demandar a su novio y que en la desesperación de que no la dejara ver a su novio, pensó en hacerse daño pero no lo hizo. Comentó todo el miedo que tiene a decirle que le pasa a su mamá pues siempre se enoja y grita mucho, motivo por el cual decidió mejor escribirle; argumentando la necesidad de comunicar que había tenido relaciones sexuales a su madre para que la llevara al doctor y porque se sentía un poco mal de hacer las cosas a escondidas. Me comentó también que cuando empezó a tener relaciones con su novio, supo que este tenía novia, pero pasaron dos meses y la cortó para estar con ella.

Describe que algunas veces se ha cortado para castigarse por las cosas que hace mal, como cuando tenía un novio en la primaria que se iba con sus amigas, porque ella estaba fallando en algo. Al finalizar la sesión después de lo que comento sobre haber pensado en hacerse daño (tomándose unas pastillas), se le planteó que era necesario que su mamá lo supiera, pues según Claudia esto no lo sabía. Al pasar a la madre para comentárselo, esta dijo que ya había notado algunas cosas.

En la segunda entrevista Claudia habló un poco más de quien la cuidaba cuando era más chica, de que acostumbra estar mucho tiempo sola en su cuarto, que no le gusta tanto estar con sus abuelos o sus primos pues son más pequeños y gritan y lloran mucho; de su reacción ante los gritos “No me gustan los gritos, cuando escucho gritos me pongo histérica, nerviosa, me empiezo a rascar los brazos o me jalo el cabello”. Comentó detalles con respecto a su sobrepeso (refiriendo que mide 1.63 y pesa 82 kilos), y de los hábitos alimenticios que también la han llevado a tener problemas con eso; por ejemplo el no desayunar y llegar en la noche y “darse sus atascones”. Externó que quiere estar bien con su mamá pues además es la única con la que vive, y quisiera poder tener más permisos y no estar a cada rato castigada. Pero dice que aunque ha intentado hablar con ella siempre la termina regañando, por eso prefiere escribir todo lo que siente en un diario. Habla también de que con el novio de su mamá (pareja con la que lleva aproximadamente 4 años) se lleva bien.

La tercera entrevista con Claudia, que fue posterior a la que tuve con su madre, además de hacerle un resumen de los puntos que se hablaron en esta sesión, me reiteró su dificultad para tolerar los gritos pues dice haber vivido entre ellos todo el tiempo, con sus padres, sus abuelos maternos (que eran los que la cuidaban) y aceptar que cuando no tolera algo se hace daño “con la primera que me desquito es conmigo misma”; comentó empezaba a sentir que se llevaba un poco mejor con su madre pero que la competencia siempre ha estado “Si se peinaba bonito, yo me trataba de peinar más bonito, si se ponía vestido, yo me ponía vestido pero sin mallas” . Y finalmente se tocaron otros temas como su desempeño escolar, el cual argumentaba que fue bueno en el kínder y primaria pero que empeoró cuando sus padres se separaron; habló un poco más de su actual novio, y de como a veces se siente triste, además porque no lo puede ver tanto como quisiera pues está frecuentemente castigada, porque no siempre está segura de que él la quiera pues pasan cosas “como encontrar la foto de su exnovia en el cuarto de éste”.

Historia Clínica

Historia del problema

Claudia describe la hostilidad con su madre debido a, por una parte, la competencia que recuerda entre las dos, marcada frecuentemente por los señalamientos de su padre, por otra, la comparación constante de parte de sus abuelos, como si fueran dos hermanas, dos hijas a las que tienen que cuidar y educar, aunado a esto describe un sentimiento de soledad constante, pues desde pequeña su madre ha trabajado y estudiado, su padre fue distante, y cuando los recuerda juntos los describe gritándose.

La madre ha enumerado grandes dificultades en la relación con su hija desde que esta última era pequeña; la describe como uraña, explica que se portaba mal para llamar la atención de su padre, que por ser hija única y primera nieta no compartía sus cosas y tenía dificultades para relacionarse con otros niños en el colegio, “siempre quería hacer su voluntad”, la recuerda siempre “de malas”, y describe autoagresiones como arrancarse las cejas y morderse. Por otra parte, reconoce que su hija desde pequeña tenía que hacer sus cosas sola, que trataba de llevarla al parque cuando llegaba de trabajar, pero esto no siempre era posible, que vivió los pleitos de pareja muy de cerca, pues el padre gritaba y se quejaba del descuido y desamor de la madre enfrente de la niña y que el divorcio detonó mayores dificultades en la convivencia con Claudia.

Claudia, mencionó que por la soledad vivida y sentida desde pequeña, busca parejas para no sentirse sola, que siempre se le ha dificultado más hacer amistad con mujeres que con hombres y que muchas veces se llevaba mejor con su tía materna que con ésta pues se identifica más con ella y estuvo más tiempo a su cuidado. Su madre se encuentra además, muy preocupada pues al revisar las cosas de su hija ha dado cuenta de que ha iniciado su vida sexual, cuestión que cataloga como “autodestructiva”.

Antecedentes personales

Claudia vive con su madre en una construcción pequeña que comparte terreno con las casas de los abuelos maternos y la familia de la hermana de la madre, en una colonia al oriente de la Ciudad de México. Esta se encuentra relativamente en obra negra, cabe señalar que apenas hace unos meses que quedó completo el baño (anteriormente para poder bañarse tenía que entrar a la casa de los abuelos), no se le han puesto puertas a los cuartos; lo que funge como tal son cortinas que han sido colocadas en las entradas; incluyendo la entrada principal que da al patio compartido por todos los habitantes del terreno.

Claudia nació cuando su madre, también llamada Claudia, tenía 16 años, estaba estudiando el tercer semestre del bachillerato. Al saber que estaba embarazada, decidió no decir nada en su casa hasta que cumplió los tres meses y medio pues temía las medidas que los padres pudieran tomar al respecto, como pedirle que abortara. Cuando decidió hablarlo con su padre, pues había acordado casarse con su pareja y vivir juntos, los padres deciden castigarla manteniéndola encerrada en su casa y sin la posibilidad de salir, porque además querían evitar que los vecinos estuvieran enterados de la situación. Los abuelos de Claudia (la paciente) permitieron que se llevara a cabo la boda hasta que esta última había nacido. La señora Claudia señala: “nace la niña en diciembre, se pospone la boda por el civil hasta febrero y en septiembre por la iglesia, y es cuando ya me fui a vivir con él, pero su familia ya estaba molesta de tantas exigencias por parte de mis padres”.

Es entonces cuando Claudia (hija) tiene el primer contacto con su padre; en casa de los abuelos paternos. La madre comenta que desde el inicio de la vida en pareja hubo muchos problemas y un rechazo constante del padre hacia su hija, sumando infidelidades y un deterioro progresivo en la relación.

Cuando la paciente cumple 3 años, madre e hija regresan a vivir a la casa de los abuelos maternos, pues el hermano del padre de Claudia hija, estaba enfermo de leucemia y se complicaron las cosas en su familia. Tres meses después el padre llega a vivir nuevamente con su esposa e hijas, quedando asentados esta vez en casa de la familia materna. Unos cuantos meses después, la señora Claudia pide un préstamo para iniciar la

construcción de “su casita” a la cual se van a vivir y después de 6 años decide divorciarse y el padre de su hija se va de la casa.

Historia familiar

Claudia, madre de la paciente es la mayor de tres hijos, precedida por una hermana dos años menor y otro hermano, antecedita también por una bebé que murió al nacer. Ella describe que ha sido una hija obediente, siempre ha procurado cubrir las expectativas de unos padres exigentes, sobre todo en la cuestión escolar y del buen comportamiento; inclusive menciona “a veces yo no era tan buena en los exámenes, pero pedía a los maestros que me dejaran trabajos extras, lo que sea para sacar buenas calificaciones”. En cuanto a la relación con sus padres, la describe como buena mientras obedeciera, porque si no su mamá muchas veces la acusaba con su padre y este último era muy severo. A pesar de esto, señala tener una mejor relación con él que con ella. Menciona que su hermana era “la consentida”, tenía más atención y consideraciones, al parecer ella era vista como “la más responsable, la que podía sola”. De la relación con el padre de su hija nadie estaba enterado en su casa hasta el momento del embarazo, cuestión que resulta “decepcionante para sus padres, nadie podía creerlo”. Describe todas las dificultades que implicó para ella el haber tenido que sacar adelante a su hija y terminar la carrera, trabajar, estudiar, hacer el servicio social; además de tener que esforzarse por mantener una buena imagen de su relación de pareja “yo con él ante el mundo éramos la pareja ideal”. De su infancia narra también que a sus 8 años fue abusada sexualmente por uno de sus primos, posteriormente a los 15 años sufrió un abuso por parte de un amigo del padre de Claudia, de estos dos sucesos refiere haberse asegurado que nadie más que los implicados y ella supieran; cuestión que la hizo fuerte. Actualmente mantiene una relación de pareja que inicio hace 5 años, con un hombre que vive con su madre, muy cerca de su casa.

Del padre de la paciente, la señora Claudia ha descrito que, era considerado un joven problemático, que no entraba a las clases e incluso decían que salía con muchas mujeres, ella refiere haberse enamorado de él entre otras cosas, por la promesa de que la sacaría de su casa; a la cual el mismo la regresó. A largo de los primeros años de la relación

la madre descubre que gusta de ver pornografía infantil además de ser “cachado” por la abuela espiando a la hermana al bañarse, otra cuestión que también le molestó de él, es que le propuso tener relaciones sexuales con otras parejas, y en otro momento, ya finalizada su relación, le informan que una de sus sobrinas menciona que este último la ha acosado. Al parecer la paciente no está enterada de la cuestión de la pornografía, pero sabe de las demás situaciones. Claudia describe que su padre sigue viviendo con sus abuelos paternos, que trabaja en el negocio familiar (una distribuidora de gatos hidráulicos) y hace poco tiempo, retomó el contacto con él y lo va a visitar pero sólo en presencia de sus abuelos. A su abuela ya desde antes la veía pues le ayuda a su hijo mayor a atender un puesto de comida que tiene en el tianguis al que a veces acude Claudia. Actualmente se ha retomado la comunicación con la familia paterna, y con el mismo padre, aunque a esto le antecede una historia de desentendimiento por parte del mismo, pues Claudia no había visto a su padre desde que se fue de la casa hasta hace unos meses, y lo que ella sabía de él generalmente era que no depositaba la parte que le correspondía de su manutención; con respecto a esto, después de mucho tiempo la madre de la paciente optó por buscar a los abuelos paternos para pedir apoyo hacia su hija, momento en el cual se descubrió que el padre de Claudia no había estado depositando el dinero con el que los abuelos paternos apoyaban a su nieta.

En cuanto a los abuelos maternos, quienes han fungido también como las principales figuras cuidadoras y de autoridad para la paciente, poseen una tienda de abarrotes que está a lado de su casa, negocio que adquirieron cuando a su abuelo lo liquidan de su trabajo, hecho que les ha permitido estar al pendiente de ella, su madre y sus otros nietos. Claudia los describe como “cada vez más insoportables”, pues todo el tiempo la están checando, no la dejan salir, etc. Por otra parte, la madre de Claudia reconoce que sus padres siguen siendo autoritarios con ambas; les esconde cuando su novio se queda a dormir y entre otras cosas, tiene prohibido no llegar a dormir a su casa. La paciente dice que a su abuela siempre le ha gustado que todos vivan con ella y que inclusive a su otra hija (la hermana de la madre) le dijo que no llevara a los niños a la guardería, que ella podría hacerse cargo.

La hermana de la madre también ha sido una figura muy importante en la vida de Claudia, pues muchas veces se hizo cargo de ella, le hacía sus fiestas, le compartía sus problemas; relata que incluso muchas veces le ha tocado ver como sufre por los hombres, de joven la vio hacerse unas cortadas cuando terminó con su novio, y ahora de más grande la ha visto tener crisis muy fuertes (crisis que han terminado en atención con psiquiatra) por problemas que tiene con su esposo. La tía, al igual que la abuela, son enfermeras. Claudia ha mencionado “me identifico con mi tía, las dos hemos sufrido por culpa de los hombres”.

Historia personal

Como se ha mencionado, la madre de la paciente ha expresado que su hija tenía mal carácter desde pequeña, reconociendo que se ha desarrollado en un ambiente conflictivo, por la relación de pareja a la que ha sido expuesta, además de la necesidad de “hacerse cargo ella sola de la niña” por lo que siempre ha tenido que trabajar mucho tiempo. Señala que su hija tiene sobrepeso desde muy pequeña pues tomaba mucha leche “siempre que lloraba quería leche”, le dio pecho hasta los 6 meses pero puntualiza que cuando le quitó el pecho, había veces que tomaba hasta 5 biberones en una noche.

Plantea que la entrada al kínder para su hija resultó difícil pues la dejaba angustiada, porque este momento coincidió con que cuando volvió a la casa de los abuelos maternos, decidió retomar sus estudios, esto último también resultó uno de los motivos principales del pleito parental. A pesar de esto, la madre sigue estudiando hasta llegar a la universidad; entre gritos, reclamos por el estudio y por el trabajo y amenazas por parte del padre, pues menciona “me decía que si no dejaba la escuela me iba a quitar a mi hija, pero yo no iba a dejar la escuela”.

Ante este panorama, Claudia era cuidada la mayoría del tiempo por sus abuelos maternos, y muchas otras veces por sus tíos. La señora Claudia comenta además que el padre de la paciente la rechazaba todo el tiempo, la corría de su cuarto, la hacía a un lado. Cuando la pareja discutía, el padre acostumbraba ir al cuarto de la paciente y la despertaba llorando, mencionándole que su madre ya no los quería y que le importaban más otras cosas

como el trabajo. La familia paterna le reclamaba además por el sobrepeso de la niña, pues le decían que era porque no la atendía.

Describe también que en la escuela tenía muchos problemas pues quería que los demás niños la obedecieran, se salía de clase y tocaba el timbre antes del receso, le quitaba sus juguetes a los otros, y que en primer año de primaria le fracturó el brazo a un niño al pelearse con él; aunado a esto menciona que de niña, Claudia algunas veces se pegaba contra la pared o se mordía, y que ya en la primaria a veces cuando se enojaba, se desesperaba o estaba ansiosa, se arrancaba los pelos de las cejas o se rascaba los brazos. La madre menciona también que desde pequeña fue muy independiente: “Desde chiquita yo le dejaba en el refrigerador su comida y ella solita se la calentaba en el microondas”.

Según ella, después del divorcio la relación entre las dos se complicó, pues aunque desde antes era desobediente y rebelde, cuando su padre se fue de la casa se presentaron más problemas; “a veces no se quería ni bañar”, y cuando llegaba de trabajar encontraba cosas personales rotas y su hija le repetía las cosas que su padre le decía. Ante esto, la paciente señala que siempre se sintió muy triste y sola.

Otro de los problemas importantes entre ellas fue la elección de secundaria, pues primero la paciente no quería asistir a la secundaria que proponía su madre por lo que tuvo un bajo desempeño en examen de ingreso, así que la madre tuvo que acceder a que fuera a otra secundaria que no quería.

Uno de los conflictos actuales está relacionado con que la paciente tenga novio y relaciones sexuales a tan corta edad, pues por medio de mensajes en el celular de su hija y unas cartas que encontró en su buró, la madre se enteró de esto último; “Yo ya sabía que tenía novio, pero hasta hablaba con ella, le preguntaba que para que quería tener novio, si era para tener a alguien a quien abrazar, a quien querer, ella hasta me veía con cara de mamá es obvio, pero yo le decía que era importante que supiera porque si no luego una termina haciendo cosas que no quería”. La madre comenta que lo que leyó en los mensajes no son cosas apropiadas para una señorita decente, y decidió castigarla sin salir, quitándole

sus cosas y su celular pues no sabe que otra acción tomar. Con respecto a las cartas que encontró, en la que su hija le dice que no sabe cómo decirle las cosas y le pide que la lleve con una ginecóloga, la madre accede a llevarla y a pensar en la terapia psicológica.

Claudia inició su actividad sexual a los 14 años con un joven cinco años mayor que ella, posteriormente estuvo con el hermano de este joven con quien duró un poco menos de un año en una relación de noviazgo; a lo largo del tratamiento ha descrito otras tres relaciones de pareja con una duración relativamente larga, con todos ellos ha mantenido relaciones las cuales describe a veces placenteras, a veces con cierta indiferencia, dice utilizar anticonceptivos aunque reconoce varias veces haber utilizado el método del ritmo y el coito interrumpido.

En cuanto a su salud, Claudia ha expresado padecer problemas de quistes que han sido atendidos, por lo cual presenta periodos menstruales irregulares; menciona que su menarca apareció desde los 9 años, tiene sobrepeso, además de cierta susceptibilidad y alergia al polvo, lo que varias veces la mantiene con problemas en la garganta.

Impresión diagnóstica

Claudia presenta un fallido inicio del proceso de independencia por una fallida dependencia de sus objetos primarios, intolerancia a la frustración, dificultad de diferenciación con la madre a la que se le percibe como una figura a la par y no de la que se pueda depender, con una erotización precoz que puede llevarla a asumir riesgos como relacionarse sexualmente con diferentes parejas a su corta edad y en caso de no utilizar protección quedar embarazada pudiendo de alguna forma repetir la historia de la madre (aunque ha manifestado haberse protegido); además de aceptar situaciones desventajosas en las que ella sale lastimada pues se expone y se involucra en competencias en las que tiene una evidente desventaja.

2. Blanca

Blanca es una adolescente de 15 años de edad, estatura y complexión media, tono de voz bajo, generalmente viste con un estilo “casual” apropiado a su edad, jeans, tenis y ropa ajustada, aunque algunas veces se presenta con un estilo más infantil. Usa el cabello lacio, color negro, con fleco y una extensión medianamente larga; utiliza sólo un poco de rimmel para enchinar sus pestañas (no siempre porque su madre se molesta). Pueden apreciarse algunas marcas de acné en el rostro y una mirada cristalizada. Se presentaba frecuentemente enferma de gripa o muchas veces faltó por lo mismo. cursaba el tercero de secundaria cuando interrumpió el tratamiento, en esos momentos decía que no estaba segura de en qué preparatoria quería estudiar, sólo refería “la prepa 5 porque ahí va uno de mis primos y me dijo que estaba bien”. Acostumbra pasar su tiempo libre acompañando a su tía y abuela a diferentes lugares: sobre todo a reuniones con las amigas de esta última; menciona que le gustaría salir más a fiestas pero que su mamá no se lo permite, comúnmente duerme por las tardes, hace su tarea y ayuda a su mamá con las labores domésticas.

La primera vez llegó a entrevista acompañada de su madre; me presenté con ellas en la sala de espera de la coordinación de Psicología del centro comunitario en el que realizo mi práctica clínica, y ambas pasaron al consultorio. Al inicio la madre de Blanca comenzó a hablar y “quejarse” de su hija, quien mantenía la mirada baja, y sólo asentía y respondía que su mamá tenía razón cuando yo le preguntaba su opinión al respecto. Se mostró muy tímida e inhibida. Conforme fueron pasando las sesiones, se mostraba cada vez más en confianza, lloraba frecuentemente y muchas veces me pedía le dijera qué decisión debía tomar ante las dudas y retos que se le presentaban, a pesar de señalarle que yo no podía decirle que hacer pero si podíamos pensarlo juntas, muchas veces insistía en obtener una respuesta u opinión mía.

Ficha de identificación:

Nombre: Blanca

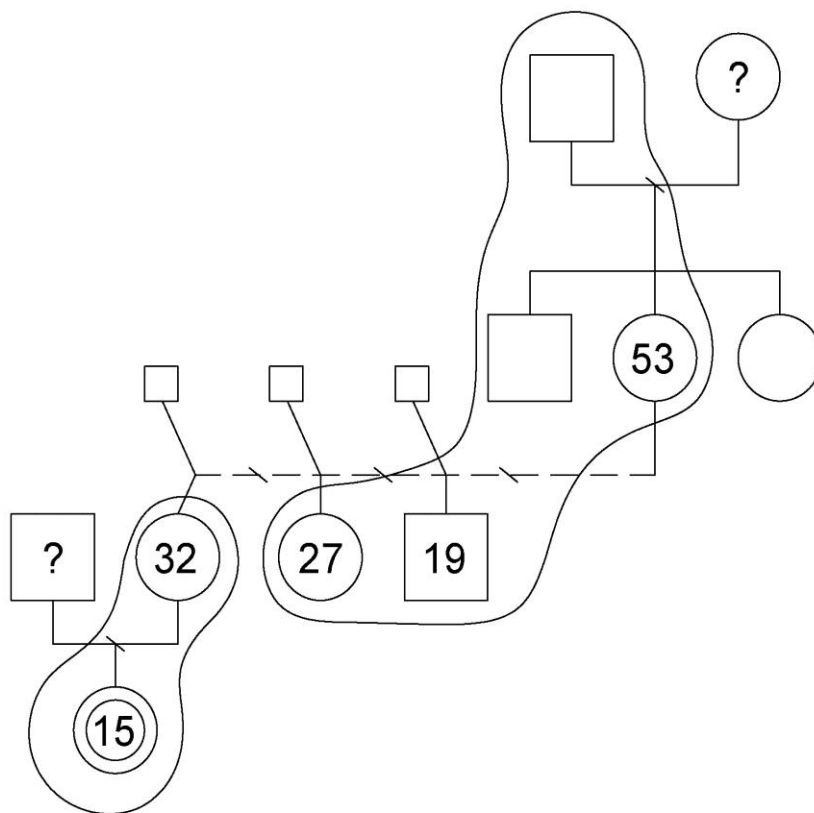
Escolaridad: Tercer año de secundaria

Sexo: Femenino

Lugar de origen: México, D. F.

Ocupación: Estudiante

Familiograma



Motivo de consulta

Blanca llega a consulta en acuerdo con su madre, su tía y su abuela, comenta que todas lo consideran necesario pues está teniendo muchos problemas con su mamá, y que aunado a esto, está sacando bajas calificaciones a pesar de que ya había repetido el segundo año de secundaria.

Otro de los motivos expresados por la madre, “la gota que derramó el vaso” fue que la semana anterior a la entrevista, tuvieron un problema muy fuerte pues Blanca, al salir por las tortillas, no regresaba a su casa, después de unas horas de buscarla, la madre supo que estaba en casa de un muchacho, llegó a donde se encontraba su hija, le pidió que saliera, la amenazó con llamar a la patrulla y después de varios gritos e intentos por fin Blanca salió y regresaron a su casa. Muy preocupada menciona que a pesar de regañarla, hablar con ella y castigarla, no pudo sacar a Blanca de la respuesta: No hice nada que yo no quisiera.

Al respecto y ya en ausencia de la madre, la paciente comenta que no entiende porque lo hizo y que ya estando en la casa de este chico sentía que no se podía salir, por miedo a como se iba a poner su mamá, que no pasó nada entre ellos, pero le duele que su madre no le haya preguntado si estaba bien. Expresa entonces su deseo de cambiar por el bien de su familia y de la relación con su madre, pues acepta que se ha vuelto muy rebelde y que quiere subir sus calificaciones. Porque además, se siente mal cuando al hacer las cosas mal, su mamá se enoja, o le deja de hablar y ella necesita su apoyo.

Proceso diagnóstico

La paciente y su abuela asisten al Centro comunitario para pedir una cita, donde la registran en una lista de espera. Una semana después, la asistente de la coordinación de psicología la contacta, le da una cita y le proporciona mi nombre. Acude el día en que le fue asignada la entrevista (acompañada por su madre) preguntando por mí, siendo ese momento en el que tenemos el primer contacto.

Se realizaron cinco entrevistas de diagnóstico: tres con Blanca, una con la madre y una con la abuela. En la primera entrevista las hago pasar a las dos, me proporcionan sus nombres, y pregunto de quien fue la decisión de venir, al preguntar el motivo de consulta la paciente y su madre exponen brevemente el acuerdo al que han llegado y la mala relación que perciben entre ellas, le pido a la madre que me deje a solas con la paciente. Las segunda y tercer entrevista se llevaron a cabo solamente con ésta para que pudiera continuar hablando sobre la demanda y otros aspectos de su vida. La cuarta entrevista fue únicamente con la madre en un horario distinto, para poder hacer la historia clínica y explorar el punto de vista que tiene sobre esta mala relación que comenta la paciente. Finalmente la quinta entrevista se llevó a cabo con la abuela quien en buena medida ha fungido como madre, y posteriormente acompañaría a Blanca a las sesiones. También se le explica a ella en que consiste el tratamiento, ambas comentan que la madre no puede, por razones laborales, acompañarlas.

Comienzo el tratamiento psicoterapéutico con una frecuencia de una vez por semana, y al mes se modifica a dos sesiones por semana. Blanca asistió a consulta de junio del 2013 a noviembre del mismo año. Sesiones antes de dejar el tratamiento faltó un par de veces avisando que tenía mucha tarea y exámenes, finalmente dejó de asistir a sesión, sin contestar mensajes ni llamadas realizadas por parte de la terapeuta para proponer una sesión de cierre.

Entrevistas iniciales

Durante la primera entrevista, la paciente externó su punto de vista sobre el motivo de consulta que la madre había planteado, aclarando que está de acuerdo en que han tenido muchos problemas, y que entiende que no estuvo bien entrar a la casa de este, pero que su principal dolor es sentir que a la madre no le importa cómo se siente ella, y está más preocupada por saber si ha tenido relaciones sexuales. Aunado a ello muestra también una preocupación importante respecto a su “rebeldía” y manifiesta querer entender el porqué. Describe como, tanto su abuela como su tía, su madre y una amiga de esta última hablaron

con ella para tratar de entender que estaba pasando. Comenta que no ha visto nunca a su padre y su desinterés ante la situación.

En la segunda entrevista describe la posición de mediadora de la relación entre su tía y su madre, su “muy buena” relación con la abuela, figura a la cual expresa tenerle más confianza y contarle todo lo que le pasa, y su tristeza y descontento ante la decisión de la madre de casarse y mudarse de la casa de la abuela.

Por otro lado, señala que su madre todo el tiempo la tiene en su mente, pues aunque no esté con ella, le habla para regañarla por muchas cosas; Blanca menciona: “me dice eres una burra, y sus palabras me lastiman” a lo que adjudica también sus dificultades en la escuela. Se siente molesta además porque su madre no la permite salir, no la deja respirar y no le tiene confianza. Al respecto su abuela le comenta que su madre era igual que ella cuando chica.

En la tercera entrevista describe que su madre le cuenta a toda la familia los problemas por los cuales la regaña, que constantemente le recuerda lo que hizo y que cuando pasó lo del incidente del chico, su madre le dijo “tú eres mía, tú no tienes derechos, tus derechos son mis derechos”. Molesta dice también la madre responde por ella todo el tiempo y no la deja salir con chicos.

Historia Clínica

Historia del problema

Blanca describe que no entiende bien por qué, pero se ha vuelto muy rebelde y ha tenido varias dificultades con su madre, considera que desde que entró a la secundaria le ha costado más trabajo salir bien en la escuela porque se distrae fácilmente, señalando que las dificultades en la relación con su madre se exacerbaron desde que esta última decidió casarse el año anterior, hecho por el cual dejaron de vivir en casa de su abuela.

Por otro lado la madre de Blanca dice que los problemas iniciaron desde que en cuarto de primaria, su hija empezó a bajar las calificaciones en la escuela sin entender la razón de esto, piensa que por influencia de su tía, la paciente quiere hacer cosas que no van con su edad y está muy molesta pues inclusive reprobó un año en el nivel de secundaria. Dice no entender porque su hija no quiere vivir con ella y su nueva pareja y sobre todo, le molesta que quiera salir con el joven con el que Blanca estuvo el día del incidente mencionado.

La abuela, quien ha fungido como principal cuidadora de ésta, dice que el origen de los problemas entre su hija y nieta tienen que ver con la falta de atención de Gabriela (Madre de Blanca) pues desde pequeña mostró su poca tolerancia ante las demandas de la niña y sus deseos de seguir comportándose como una joven sin responsabilidades. También señala el aumento en el mal comportamiento de Blanca con referencia a las dificultades desde los últimos años de primaria y primeros de secundaria.

Antecedentes personales

Antes de que Blanca dejara de asistir al tratamiento, ella y su madre se habían mudado (hacia un mes aproximadamente) a un departamento construido en otro terreno habitado por una señora y su hija (quienes le rentaron el lugar a Gabriela), en una colonia al oriente de la Ciudad de México; antes de este acontecimiento vivió durante un año en un departamento con su madre, el esposo de su madre y la hija de 8 años de éste, en una zona cercana a la

colonia, lugar en donde Blanca tenía su propio cuarto. Pero la mayor parte de su vida, la paciente ha estado en casa de la abuela materna, compartiendo el lugar con los hermanos de su mamá y el hermano de la abuela.

Blanca nació cuando su madre tenía 17 años, quién hacía menos de un año se había salido de su casa para vivir en la casa de los padres de su novio. Al enterarse de que estaba embarazada, pensó en abortarla pues su vida no era muy estable en esos momentos, aunque “rápidamente” decidió si tenerla. A los 8 meses del nacimiento de su hija, la señora Gabriela decide separarse, llevándose a su hija (por consejo de la abuela) a Tijuana, a casa de una tía abuela materna pues ante los problemas de pareja el padre de la paciente amenazaba con quitársela. Como no tenía quien se la cuidara, pues tenía que trabajar y la tía abuela no podía con todos los nietos, la regresó entonces, a los dos años, con su abuela, y a los tres años y medio de la paciente la madre regresó definitivamente al Distrito Federal.

Durante el periodo en el que la madre de Blanca se quedó en Tijuana (regresando al D. F, un par de veces para visitar a su hija), la abuela, Mónica, relata que tanto ella como otra de sus hermanas se hacían cargo turnándose el cuidado de la niña, pues también ella trabajaba. Describe que por lo mismo, desde pequeña su nieta fue muy independiente, por ejemplo, comía y se bañaba sola. Esta situación cambió cuando, después de que Blanca cumplió tres años, la abuela le exige a su hija que regrese a hacerse cargo de ésta. Es entonces cuando terminan estableciéndose en la casa de la abuela.

Historia familiar

La abuela de Blanca es una mujer de 53 años, (por lo tanto, es posible pensar que se embarazó también de adolescente), con tres hijos, que se muestra como el sostén de su hogar. Blanca describe que su relación es muy buena, incluso mejor que la que tiene con su propia madre, es su confidente y le cuenta todo; inclusive muchas veces la abuela le cuenta los problemas que tiene con su novio y le pide consejos a su nieta.

Nieta y abuela dormían en la misma cama, esta última era quien se levantaba cuando la niña lloraba en las noches y era ignorada por Gabriela, pasaban mucho tiempo juntas, pues además de hacerse cargo de Blanca, esta última estudió siempre en la escuela en la que la abuela era maestra. Ante esta situación, Mónica se perfila como una figura muy importante, vista como la “segunda madre” de la paciente.

La señora Mónica describe que a ella le tocaba tener a todos en su casa; en un cuarto dormían Gabriela, su otra hija, la paciente y ella, en el otro dormían su hijo el menor y su padre (el bisabuelo de Blanca), quien algunas temporadas se iba a Hidalgo en donde tenía una casa. Aunado a esto, gran parte de la niñez de la paciente vivió en la misma casa el hermano de Mónica, quien le decía “para que quiero tener hijos, si están los tuyos”.

El Bisabuelo de Blanca entonces, siempre vivió en la casa de su hija, pues describe Mónica que su madre se fue cuando los hijos ya eran más grandes, el padre se quedó sólo y como le gustaba tomar, se lo llevó a vivir a su casa. A decir de la paciente, su abuela nunca duró casada y los tres hijos que tiene han sido concebidos con diferentes padres. Reconoce a su bisabuelo como su figura paterna y al tío abuelo como aquel que la regañaba más y le ponía ciertos límites.

Del padre biológico de Blanca se sabe poco, ella inclusive dice no conocerlo, sólo ubica una fotografía en la que él la está cargando cuando era una bebé; tanto la abuela como la hermana de su madre lo han descrito como violento, incapaz de hacer algo por su familia, diciendo que Gabriela sufrió mucho el poco tiempo que estuvo con él. Al respecto está última menciona que como a los 7 años su hija pidió conocer a su padre pero que este se negó, que además ya está casado y tiene otra familia. Sólo ha sabido de él porque la hermana de su papá la contactó cuando la paciente iba en quinto de primaria; me comenta que se le presentó la posibilidad de conocerlo pero ella decidió que no. Aunado a esto cabe recalcar que cuando la madre se molesta con la hija, algunas veces la forma de castigarla consiste en decirle “te voy a mandar a vivir con tu papá para que te tengan de criada en su casa, para que su nueva esposa te trate mal”.

La madre de la paciente es la mayor de tres hijos, todos medios hermanos, por la edad en la que se embarazó ya no terminó la escuela, y generalmente ha tenido trabajos de asistente o secretaria en diferentes empresas. La abuela, Mónica, describe que Gabriela era rebelde y voluntariosa y le cuesta mucho trabajo ser responsable, que a veces se comporta como si siguiera siendo una jovencita, relata incluso como ya siendo madre, le dejaba a su hija y se salía a fiestas sin hacerse responsable de sus obligaciones, comenta “Yo ahora hasta le digo, es que como quieres que la niña te haga caso si tú no le hacías caso a ella”. Blanca describe a su madre cómo enojona y muchas veces poco cariñosa.

Después de haberse separado del padre de su hija, la señora Gabriela se volvió a casar hace año y medio, hombre del cual, recientemente se divorció. Sin embargo la paciente relata una serie de situaciones relacionadas con la vida de pareja de su madre, las cuales la desesperan y hacen sentir mal. Por un lado durante el inicio del proceso terapéutico su queja principal era que el nuevo esposo de la madre no le agradaba del todo, que quería regañarla y abrazarla como si fuera su papá, que ella prefería regresarse a casa de su abuela, y que nadie la había consultado con respecto a este hecho; “de pronto me dice mi mamá, me voy a casar y nos vamos a mudar”. A lo largo del tratamiento se evidenciaron los problemas de pareja por los cuales la madre decidió separarse; la paciente enumera cosas como que él la regañaba cuando ni siquiera era su papá, que tenían conflictos por la cuestión sobre quien pagaría sus cosas; inclusive hubo unas semanas en las cuales, cuando recién se separaron; la madre se encontraba muy triste, lloraba todas las noches, casi no comía, y entonces Blanca sentía que era ella quien tenía que hacerse cargo de Gabriela, y se molestaba pues no entendía como su mamá, por causa de un hombre, podía desentenderse de su estado emocional y el bienestar de su hija. Blanca también relata en otros momentos, que su madre tenía una relación “demasiado cercana” con el vecino, el cual era casado e invitaba a salir a Gabriela; además de sentirse con el derecho de vigilarla todo el tiempo: “Cuando mi mamá no estaba en la casa él me estaba cuidando, si salía a colgar las toallas, lo veía que estaba asomado en la ventana, me choca”. Posteriormente habló de otro amigo de la madre con el cual, salía cuando Blanca era una niña, quien actualmente la buscaba nuevamente, a quien también recuerda casado, inclusive tiene un recuerdo de años atrás en el que la esposa de este señor busca a su madre para reclamarle por salir con su esposo.

Otra situación que le molesta es que cuando se pelean por algo que ella hizo, su mamá va y se lo cuenta a toda la familia, por lo que todo mundo la regaña; comenta además, que cuando le preguntan cosas de su vida, su mamá responde por ella.

Un motivo más que la paciente reconoce como causante de las dificultades con su madre están relacionados con su tía, joven de 27 años que estudia derecho, con la cual se lleva bien, pero menciona que su tía y mamá siempre se están peleando y la ponen en medio, por lo cual su madre se molesta si no toma partido por ella. Según la señora Gabriela, su medio hermano menor también a ratos resulta una “mala influencia” para su hija pues al pasar por una situación similar de no conocer a su padre y manifestar odio hacia él, promueve que Blanca actúe de forma similar. Además ante la poca diferencia de edad, la abuela señala que algunas veces Blanca ha utilizado el correo electrónico de su tío y se ha puesto a chatear con amigos de éste.

Historia personal

Con respecto a su situación escolar, retomando que es uno de los motivos principales en la demanda de la madre, Blanca reconoce que ha reprobado, pues algunas veces, como ella dice, le ha ganado el relajo, pero que la situación que considera que más dificulta su estudio es que su mamá se la pasa regañándola por todo, lo que la mantiene preocupada todo el tiempo. Refiere que al inicio del año escolar que repitió (segundo de secundaria) estaba muy molesta pues la obligaron a repetirlo en la misma secundaria, lo cual la dejaba en vergüenza ante los compañeros que la conocían. Como su abuela era supervisora por parte de la SEP, las maestras la conocen y todo el tiempo están “enterándola” del mal desempeño y comportamiento de su nieta. Esta última refiere “Aún sabiendo que a mí me van a contar lo que hace, se sale de las clases, también me dicen que las amistades que tiene no le convienen, que se junta con niñas que echan relajo”

La madre refiere que durante el periodo escolar del kínder y la primaria su hija iba relativamente bien, recalca su capacidad para hacer sola la tarea, pero que comenzó a bajar de calificaciones desde cuarto año, tenía que estar detrás de ella para que hiciera la tarea (lo que además coincide con el tiempo en el que la hermana del padre buscó a la paciente para

hablarle de él); describe que la situación fue empeorando, hasta que en la secundaria, tanto ella (Gabriela) como su hermana optaron porque la mejor opción sería que repitiera el año en la misma escuela, pues no la iban a premiar cambiándola. Por otro lado también señala que Blanca dice muchas mentiras en todos los ámbitos pero más en la escuela, “luego dice que no tiene tarea y se la quiere pasar toda la tarde acostada, después reprueba porque no entrega tareas”.

En relación a sus amistades, Blanca habla de que tiene amigas pero su madre casi no la deja salir con ellas, inclusive algunas veces los vecinos la han invitado y pocas veces Gabriela ha accedido. Relata más episodios de salidas con amigas de la abuela que con amigos propios. Con respecto a sus relaciones con los chicos, la paciente refiere haber tenido un novio en segundo de secundaria con el que duró poco tiempo, ha salido con algunos amigos pero igualmente se ve impedida por su madre para seguirlo haciendo; muestra un especial interés por “el chico del incidente que ha molestado tanto a su madre”, aunque este último después de un tiempo le ha comentado que tiene novia. Además de que la madre no la deja salir con él, inclusive “mi mamá me ha dicho que si sigue buscándome va a mandar a uno de sus amigos a ponerle un hasta aquí”. La paciente dice que la madre le escoge con quien salir, le ha planteado incluso que le dé oportunidad al hijo de “su amigo” porque él sí podría ser un buen muchacho. Blanca ha referido preguntarse que se sentirá tener relaciones sexuales pero piensa que aún está muy chica para eso. Se ha sentido agredida por su madre en ese sentido pues dice, a partir de lo que pasó (haber estado en casa de un muchacho) la llena más de prohibiciones, le dice que no confía en ella, que la ha defraudado, inclusive le ha comentado que algunas vecinas hablan cosas malas de ella, pero la paciente siente que ni siquiera le da la posibilidad de mostrarle que es responsable.

Con respecto a la salud de la paciente, ya se había mencionado que constantemente se presentaba enferma a las sesiones, “voy saliendo de gripa” comentaba; por otro lado, también hubieron un par de veces en las que se ausentaba porque se había caído y lastimado la espalda, razón por la cual tenía que tomar reposo. La abuela señala que desde pequeña era una niña muy enfermiza, tenía problemas de anginas, gripas, dolor de estómago, sobre

todo el tiempo en el que estuvo en Tijuana “descuidada por su madre y cercana a otros niños que seguro la contagiaban”.

Capítulo IV. Proceso terapéutico, Resultados y Discusión

Las sonámbulas

En mi ciudad natal vivían una mujer y su hija, que caminaban dormidas. Una noche, mientras el silencio envolvía al mundo, la mujer y su hija caminaron dormidas hasta que se reunieron en el jardín envuelto en un velo de niebla. Y la madre habló primero:
- ¡Al fin! -dijo-. ¡Al fin puedo decírtelo, mi enemiga! ¡A ti, que destrozaste mi juventud, y que has vivido edificando tu vida en las ruinas de la mía! ¡Tengo deseos de matarte!

Luego, la hija habló, en estos términos: - ¡Oh mujer odiosa, egoísta .y vieja! ¡Te interpones entre mi libérrimo ego y yo! ¡Quisieras que mi vida fuera un eco de tu propia vida marchita! ¡Desearía que estuvieras muerta!

En aquel instante cantó el gallo, y ambas mujeres despertaron. -¿Eres tú, tesoro? -dijo la madre amablemente. -Sí; soy yo, madre querida -respondió la hija con la misma amabilidad.

Gibrán Khalil Gibrán

1 Resultados y Discusión

1.1. El deseo inconsciente de las madres adolescentes de Claudia y Blanca: embarazo no planeado en la adolescencia

Piera Aulagnier (1975) ha descrito como uno de los elementos constitutivos del sujeto el deseo de la madre por el hijo, presente desde antes de su nacimiento. Señala que la madre será *el portavoz*, la que hablará al hijo y por el hijo ante los otros, interpretando lo que en el infante ocurre, mientras éste aún no tiene los elementos para hacerlo, y en lo que ha nombrado *la sombra hablada*, proyectará en el cuerpo del hijo las imágenes de lo que desea que llegue a ser, su propio discurso permeado por lo reprimido en ella, su historia y la relación con los padres.

Entonces se vuelve fundamental pensar en el deseo de esa madre que hablará a su hijo, puntualizando que puede oscilarse entre un deseo y un no deseo de hijo o un no deseo de un placer que acompañe a este embarazo y permita catectizarlo; o en otra de sus formas, un deseo de maternidad *“a través del cual se expresa el deseo de revivir en posición invertida, una relación primaria con la madre (p. 203)”*. Lo que influye en la dificultad de catectizarlo como un sujeto nuevo.

Si pensamos en el contexto familiar de la madre de Claudia (la paciente), antes de adentrarnos a lo específico de la maternidad adolescente, se evidencia por un lado, una historia de dependencia de esta última con los padres, al grado que sigue, a pesar de ciertas posibilidades económicas, siendo regañada e influida por estos mismos. Dentro de su historia también encontramos que antes de ella hubo una niña que nació y murió al instante, otra hija; cabría la posibilidad de hipotetizar, que por un lado, la señora Claudia, quien siempre se exigió tanto y procuró conservar un lugar de perfección ante los otros, estaba antecedida por el fantasma de una exigencia doble, dar por dos hijas, mismo que puede cumplir al momento de, inconscientemente, ofrecerle esa otra hija a la madre, dejarla a su cuidado. “Claudia, la paciente”, la cual ha manifestado todo el tiempo la molestia de ser regañada e invadida por ambas, reconoce que a su abuela también le dice mamá, e incluso, al inicio del tratamiento, la confusión de no saber a quién avisarle, pedir permiso, o a quien obedecer, si a su abuela o a su madre.

Por otro lado, es con esta única hija, con la cual la señora Claudia, ha revivido el conflicto fraterno con la hermana que es menor que ella, la que apunta como predilecta de los padres.

Nos encontramos por un lado, argumentando entonces, un deseo de maternidad en tanto forma de repetir la relación con la madre. Aunado a ello, habrá que pensar el porqué de un embarazo adolescente; partiendo de que es la primera forma que ella encuentra para independizarse de su casa.

Sobre su embarazo ella dice: que todo fue muy difícil pues para su familia era considerada la niña bien portada, al respecto puntualiza “de hecho yo siempre fui muy

obediente, pero cuando no me veían hacía lo que quería... “mi hija representaba mi única decisión, fue la única vez que me rebelé contra mis padres”, por lo cual menciona que se esperó a decir que estaba embarazada cuando ya no estaba en tiempo de realizarse un aborto. Pidiendo además permiso para casarse e irse a vivir a casa de su novio; “él me dijo que me iba a sacar de la cárcel a la que, tiempo después, el mismo me regreso”.

Esto lo menciona y reconoce posteriormente, como se puede observar en el siguiente fragmento, el grado de dependencia que tiene con su propia familia de origen, de la cual necesitaba independizarse:

Claudia (mamá): si, es que a mis papás no les gusta que llegue tarde, de hecho no me dejan faltar a dormir... y si alguien viene a visitarme, no se puede ir después de las 10, me regañan...digamos que a las 10 se cierran las puertas, tampoco puedo llegar yo tan tarde...

Terapeuta: ¿cómo? ¿entonces no puede faltar a dormir un día a su casa, su pareja no se puede ir después de las 10? ...

Claudia (mamá): No... (comienza a llorar) es cómo si viviéramos encerradas

Terapeuta: ¿Es cómo si?...

Claudia (mamá): ¡Es cómo... si fuera una cárcel!

Diferentes autores como Vives y Lartigue (2004), Deschamps, (1979) Marcelli (2005), entre otros han descrito las posibles motivaciones inconscientes que promueven un embarazo no planeado en la adolescente, como la búsqueda de una connotación de ser, fruto de la dificultad en cuanto a sus identificaciones, la posibilidad de escapar de un medio familiar asfixiante, es decir, la decisión puede tomarse con la intención o la fantasía de que será una manera de escapar de casa, o como una forma de apresurar la llegada de la adultez por ciertas expectativas que puedan generarse alrededor de esta etapa de la vida. Puede ser buscado también en identificación con su madre, reforzando así un lazo de dependencia con esta última. Pensando en esto último.

En el caso de Blanca, la madre ya se había salido de ese medio asfixiante, pues se fue a vivir con su pareja porque ya no soportaba las prohibiciones de su propia madre, pero al embarazarse aseguró con este hecho el retorno a la casa en la que esa madre, Mónica, era la que se encargaba de todos. Decidiendo, por consejo de su madre, dejar a su pareja e irse con la tía abuela materna, para finalmente, regresar y dejar a la paciente con su abuela.

Pudiendo “independizarse” de nuevo, regresa a Tijuana porque tenía que trabajar para sostener a su hija; volviendo finalmente a la casa en la que permanecería viviendo catorce años más; esa de la que se salió a los dieciséis años. Casa en la cual habría de seguir respetando y escuchando los señalamientos de la abuela, principal encargada de decidir lo que era adecuado para su hija y ella. Como se evidencia en el siguiente fragmento:

Blanca: Ese día, mi abuela y yo nos enojamos con mi mamá porque quería llegar con su novio, aunque mi abuela le dijo que mejor no lo llevara.

Terapeuta: ¿Cómo es que tu abuela le dijo que no lo llevara?

Blanca: Pues si es que estábamos en la reunión en su casa y mi mamá le habló a mi abuelita para decirle que iba a llegar un poco más tarde y que si podía llegar con su amiguito, y mi abuela ya sabe qué clase de amigos, por eso le dijo que mejor no lo trajera.

Así parece, con este embarazo no planeado, asegurarse el lugar de dependencia materna, pues actualmente esas madres jóvenes, que trabajaban, estudiaban, y se encontraban conformando una nueva identidad, no consiguen, como mujeres adultas, tomar decisiones de vida sin que sea necesario la aprobación de los padres.

Cabe señalar en este punto, que aunque la madre de Blanca decidió salirse de su casa, casarse y hasta el momento en el que llegamos del proceso, irse a vivir a un departamento con su hija, algo que se trabajó con Blanca fue el cómo plantear por parte de ella una forma de relacionarse distinto, ante un contexto que me parece, promueve la repetición:

Departamento construido en el patio de una señora que les renta, la cual vive con su hija, una muchacha de aproximadamente 25 años, la ventana del cuarto de Gabriela da

hacia el patio de ellas y Blanca describe como ha dado cuenta que hay posibilidad de visualizar la cocina de la otra casa. Se queja de que un par de veces ha recibido llamadas de atención por parte de estas dos mujeres por el volumen de la música que escucha, la cual describe como no muy alta, otro enojo es *“que le pregunten a mi mamá, que a donde voy y mi mamá se detenga a explicarles”*.

Cuando la paciente me describe esto, me remite a pensar en esas dos mujeres y en lo mucho que podría asemejarse el lugar que ocupan la abuela y la tía en la vida de Blanca y su madre.

Me parece entonces necesario analizar que, por esta dependencia que todavía tienen con sus objetos primarios las madres adolescentes, la familia de origen se vuelve una fundamental influencia en la relación que pueda establecer la joven madre con su hijo y los cambios que esto traerá a su vida.

De inicio, parecía ser que los padres de la señora Claudia no iban a facilitar la relación pues, *“la tuvieron escondida”* durante el tiempo de embarazo para que los vecinos no se dieran cuenta de lo que pasaba, hasta los 9 meses de nacida la niña permitieron que llevara a cabo la decisión que había tomado de mudarse a la casa de sus suegros, en donde encontró también dificultades en el apoyo pues criticaban todo el tiempo la forma en la que cuidaba a la niña, quien según la madre no se hacía cargo de su hija *“para todo me decía, es tu hija tu atiéndela”*; ante esto enfatizó que si la defendió de sus padres también iba a defenderla de su esposo. Posteriormente cuando regresa a la casa de sus padres, a los tres años de Claudia, estos últimos deciden apoyarla con el cuidado de ella, lo que le permite retomar sus estudios de Bachillerato, punto en el que cabría preguntarse ¿a qué precio?

En cuanto al panorama para la madre de Blanca, todo parecía indicar que el conflicto principal lo tendría con su pareja, y la madre fungiría como apoyo, desde que le sugiere que se vaya a Tijuana, acepta cuidar a su hija, la recibe de regreso; sin embargo, al escuchar a la señora Mónica hablar sobre la relación de su hija con su nieta, lo que se escuchaba todo el tiempo era la irresponsabilidad e incapacidad con la que Gabriela atendía a su hija *“la niña tenía sed y mi hija no podía pararse a darle un vaso con agua, se iba de*

fiesta y me la dejaba para que yo la cuidara, nunca le ponía atención, tantas veces me fue a botar a la niña, a la fecha le digo que se haga cargo de su hija, que yo ya me canso...”

Es entonces cuando se muestra la dificultad para recibir apoyo necesario para el cuidado de sus hijas, siendo ellas unas jóvenes, una de las razones por las que los conflictos se acentúan, evidenciándose un rechazo a la hijas; sumando además, las dificultades inherentes al proceso adolescente; como tener que interrumpir la búsqueda normal de su identidad, sentimientos de enojo, culpa, la consciencia de no estar brindando los cuidados necesarios; etc. (Deschamps, 1979).

En entrevista con la madre de Claudia, esta describe toda una serie de complicaciones en la relación entre ambas desde que Claudia era una niña porque comenta *“que el padre la ponía en su contra, además de que por ser hija única siempre quería hacer su voluntad”*. Cuando la madre describe la infancia de su hija, pareciera que lo hace desde un lugar en el que la niña hacía cosas que le complicaban a ella la vida: *“Lloraba mucho, tomaba mucha leche, peleaba con los compañeros en la escuela, se arrancaba las pestañas, y era uraña”*.

Por otro lado Claudia menciona por ejemplo, que siempre que lloraba se miraba al espejo pues quería darse cuenta de lo fea que se veía; *“desde chiquita me acuerdo, lloraba y mi mamá me decía; no llores, te ves fea llorando”*.

En el caso de Blanca, ella recuerda desde niña haber sido más cercana a su abuela, pues su mamá a veces no le hacía caso, además de sentirla enojada casi todo el tiempo.

Terapeuta: ¿Tu mamá te ha platicado de su embarazo, de esa parte de su vida?

Blanca: Pues nada más me platicaba que le hicieron sus xv años y que se fue, es que bien bien no me explicó, pero que se fue con mi papá y ya no volvió a la casa, que ya supo que estaba embarazada, que luego ya fue con mi abuelita, y que si ni modo que ya no podía hacer nada, que dice que mi abuelita se enojó y que no le hablo durante un rato, que se fue a vivir con mi papá a principio pero luego tuvieron problemas.

Terapeuta: ¿Qué dijo tu abuelita que, pues ni modo...?,

Blanca: Es que se enojó con mi mamá, que no era justo que con todo el apoyo saliera embarazada, y por una parte yo digo que ya no pudo disfrutar su adolescencia, yo hasta luego he pensado o no sé, le preguntaba que si siempre ha estado enojada conmigo pues no sé porque no pudo disfrutar su adolescencia, pero que tampoco es culpa mía, pero ella me decía que no era eso, pero yo digo que sí.

Terapeuta: ¿Tú piensas que tu mamá está molesta contigo por eso?

Blanca: Sí, porque ella siempre me dice, yo siempre quise tenerte, y yo le digo que si pero no se nota. Porque siempre llegaba enojada y me empezaba a regañar, entonces yo a veces siento que es eso.

Podemos pensar entonces cómo es que el deseo inconsciente de maternidad de ambas madres no era precisamente un “deseo de tener un hijo”, si no, por un lado, poder “independizarse” de la casa parental y por el otro “afianzar su dependencia” ante la misma. Tener también la posibilidad de que cediendo inconscientemente esas nietas a las abuelas, pudieran obtener algo independencia, pues ya habría otra hija a la cual regañar y de la cual hacerse cargo: Claudia y Blanca, sin embargo, se vuelven más dependientes, necesitan el apoyo de las abuelas para poder hacerse cargo de sus hijas.

1.2. “Eres *mi* y soy *tú*... único apoyo”. Obstaculizando el inicio de la separación y dificultando el proceso de independencia de Claudia y de Blanca.

Aunado a lo anterior, observamos la gran dificultad de separación entre madres e hijas. Como Freud (1931/2008) menciona, existe una mayor intensidad en la relación preedípica de la hija con la madre, refiere que este vínculo es distinto y mucho más intenso que con los hijos varones, pues con estos últimos existe la diferencia anatómica de los sexos, que permite poner distancia, buscar la separación; sin embargo con la hija no existe esa diferencia, y entonces el cuerpo de la hija, será mirado similar al suyo, incluso como si fuera un mismo cuerpo.

A este proceso constitutivo, se suma, en el caso de Claudia y Blanca, la poca diferencia de edad entre ellas y otras características específicas en la relación.

En sesiones, Claudia se ha quejado de que su madre entra al cuarto sin avisar y sin importarle que Claudia no esté vestida, toma prestada sus cosas, en otras ocasiones ha descrito como se miden la misma ropa cuando van de compras y ven a quien le queda mejor; frecuentemente la madre se muestra muy molesta cuando al “revisarle los mensajes del celular a su hija” sigue encontrando textos de contenido sexual.

Podemos pensar además como el padre de la paciente en vez de funcionar separando, parece haber fomentado la rivalidad; la madre menciona, *“su papá la rechazaba todo el tiempo, a veces llegaba con flores y me las daba enfrente de la niña, mi hija le preguntaba ¿Y las mías papi?, y él le decía cosas como, a ti no te traje nada”*. Por su parte la paciente externaba enojada: *“desde chiquita mi papá siempre prefirió a mi mamá, me corría del cuarto cuando iba con ellos a ver la tele, me decía que mi mamá estaba bonita y delgada y que yo estaba gorda, pero no sé porque siempre lo preferí a él”*.

Esto me remite a señalar también, que cuando la madre habla de su familia de origen menciona que su hermana pequeña era la consentida por sus padres; *“Yo tenía que ahorrar para comprarme ropa y cuando pedía un vestido, a mi hermana le regalaban sin necesidad de ahorrar uno igual”* la madre dice que ahora comprende a sus padres pues como ella era la hija madura y bien portada debía ser a quien le exigieran más; entonces se observa en la relación entre ambas una reproducción de la competencia de la madre con la hermana menor, figura con la cual Claudia se identifica *“me pongo igual de loca que mi tía”*. Con respecto a esto, se nota en el siguiente fragmento la forma en la que Claudia se ha identificado con la figura de su tía:

Claudia: ...Estaba triste y me puse toda loca

Terapeuta: Frecuentemente, cuando hablas de algo que te hizo sentir mal, que lloraste o estabas triste, dices que te pones toda loca.

Claudia: Bueno es que así dicen siempre en la casa...

Terapeuta: ¿Cuándo te pones triste te dicen que te pones toda loca?

Claudia: No, bueno si, osea es que por ejemplo con mi tía, que cuando se pelea con su esposo, la terminan llevando con el psiquiatra para que le de medicina, se pone así toda loca, luego hasta mi mamá la tiene que agarrar para que no se haga daño.

Terapeuta: ¿Daño? ¿Qué se hace?

Claudia: Pues luego se golpea, se lastima... Me acuerdo de chiquita que cuando terminaba con un novio o algo así, llegaba llorando al cuarto y hasta... a pues ella se hacía cortaditas en el brazo.

Pensaba entonces, en eso que ha formado parte del síntoma descrito por la madre sobre todo al inicio del tratamiento: pequeñas cortadas en el brazo, agresiones hacia su propio cuerpo. Por otro lado, cuando expreso que quería estudiar enfermería y le pregunte sobre las razones de su decisión ella comentó: *“Pues me gusta mucho, eso de cuidar a la gente, y bueno también es que mi tía y mi abuela son enfermeras...”*.

Situación que los abuelos refuerzan; *“Mis abuelos se la pasan cuidándome porque creen que voy a terminar haciendo lo que sus hijas, embarazándome a su edad”*; la madre además confirma esta situación mencionando, *“Mis papás cuando la cuidaban de chiquita que yo estaba estudiando, que iba en la primaria y no quería hacer su tarea, le decían que le echara ganas como yo, que fuera igual de estudiosa que su mamá”*. Posiblemente ésta se reafirma entonces en el lugar de la hija madura frente a sus padres, contra la hermana inmadura que se comporta mal (la paciente).

Madre e hija parecen ocupar frente a la mirada de los abuelos un lugar semejante, el de hijas a las que han de restringir y cuidar para que no hagan más *“tonterías”* con su vida. Ni Claudia ni su madre pueden llegar tarde, pues los abuelos son estrictos con los horarios, las actividades que realiza Claudia cuando su madre está trabajando, las personas que entran a su casa, y una serie de reglas que hay que acatar para vivir ahí. La madre menciona: *“es que si cerramos las cortinas, (porque cabe destacar que no hay puertas en la casa), ellos se molestan, piensan mal, y mi papá enojado me da tanto miedo como el que sentía de más pequeña”*.

En otra ocasión se evidencia la forma en la que Claudia se vive colocada en medio de la pareja parental, cómo si ella tuviera que reclamarle al padre desde lugar de esposa:

Claudia: Me molesta que mi mamá me hable mal de mi papá, que se queje conmigo de que no ha depositado, y luego antier me dijo que va a ir a su casa a cobrarle lo de mi mensualidad, pero a fuerza quiere que vaya con ella y yo no quiero ir

Terapeuta: ¿Y por qué no quieres ir?

Claudia: Porque seguramente se van a poner a pelear y van a querer que me ponga mi mamá de su lado y mi papá del suyo, mi mamá me va a decir, ándale dile a tu papá que necesitas tu dinero.

Terapeuta: ¿Y le has dicho a tu mamá que no quieres ir?

Claudia: Sí, pero me va a decir que esto me corresponde a mí, va querer que me ponga a pelearme con mi papá, que me ponga de su lado

Terapeuta: ¿Y eso te corresponde a ti?

Claudia: No, pero me va a llevar. Ya lo sé.

Terapeuta: Bueno y si te lleva, ¿tendrías que ponerte de lado de alguien?

Claudia: No, de ninguno, me voy a poner de mi lado. Que ellos se peleen si quieren, a mí que no me metan.

En el caso de Blanca la situación es similar en cuanto a la falta de diferenciación entre ellas, incluyendo la relación de su madre con la media hermana. Por un lado menciona: “*Es que mi mamá se pasa, luego me están hablando a mí y ella responde por mí, cómo si supiera lo que yo quiero decir*”. Por otro lado, la paciente externa todo el tiempo su molestia ante la necesidad de su mamá de contarle siempre a todos sus tíos, los problemas que tiene con ella. “*Nos acabamos de pelear y ahí va a contarle todo a los demás*”. Blanca también describe como su madre siempre está criticando a su tía, y viceversa, es decir, ella se queda en medio a recibir las quejas de ambas. “*Mi abuela luego me dice, hay ya ni les hagas caso, ya sabes que siempre se están peleando*”.

Al inicio del tratamiento escuchaba constantemente cómo, cuando Blanca sacaba bajas calificaciones, llegaba tarde, o tenía algún problema, ella era regañada sobre el mismo tema por su mamá, su abuela, su tía, la amiga de su mamá y la mejor amiga de su abuela, incluyendo algunas veces la llamada de atención del hermano de su abuela.

En otra ocasión se evidencia la forma en la que Blanca también se vive en medio de la relación de su madre con su ex esposo:

Blanca: Ahora si ya se fue su esposo de la casa, pero mi mamá está muy triste, se la pasa llorando encerrada en su cuarto, además esos días que se estaban peleando mi mamá me decía: habla con él, dile que no se vaya, convéncelo de que se quede

Terapeuta: ¿Que tú lo convencieras de quedarse?

Blanca: Sí, pero yo ni quiero que se quede, por mí que se vaya.

1.3.: “A veces parece que yo soy la mamá”: Confusión de roles en la relación madre e hija de Claudia y Blanca

Además de lo ya mencionado anteriormente; Gutton (1993) plantea que al mismo tiempo que en el púber irrumpe la sexualidad genital comienza a requerir en menor medida la intervención de los objetos primarios, por lo que es propio en este momento de la vida desinvertir parcialmente a estas figuras de amor e investirse narcisísticamente, como lo menciona Jeammet (1992). Asociado a lo anterior se evidencian los basamentos y las carencias narcisistas previas, las mismas, que si son importantes, promoverán a la vez la necesidad de la aceptación de objetos externos para el adolescente “*confiriéndoles un poder antinarcisista, aumentando su rol excitante y su sexuación*” (Jeammet, 1992, p.43). El sujeto entonces puede mostrarse frágil, brindándole un valor muy alto a la mirada del otro fomentando la dependencia, acortando así las distancias entre los objetos y el yo.

A partir de esto, pienso entonces las complicaciones que en Claudia y Blanca, hijas de madres que se encontraban en proceso de separación y búsqueda de independencia con

su propia madre, permean la infancia y emergen con más fuerza al iniciar su propia adolescencia.

Al principio del tratamiento, en algunas entrevistas, la madre de Claudia insistía en que su hija era más independiente cuando niña, que hacía sus cosas sola y que ahora de más grande tiene que estar detrás de ella. Claudia no sabe el porqué del cambio que la madre señala, pero constantemente refiere que su mamá no la ayuda con los problemas que tiene *“luego quiero hablar con ella de algo que me pasa y siempre está ocupada hablando del trabajo, otras veces, cuando me ve llorando me dice: porque lloras, ni que fuera para tanto lo que te pasó”*. También manifiesta un sentimiento de soledad, pues a pesar de que a su abuela y a los tíos los vivió cercanos, desde chiquita sintió ausencias de la madre y del padre, a quienes recuerda peleando. Quizás estas vivencias han favorecido la necesidad de tener siempre una pareja a su lado. Podemos pensar que quizás en la fantasía de que “la rescaten” de manera semejante a las que la madre tuvo con respecto a su pareja, el papá de Claudia.

Por otra parte, tanto la abuela como la madre de Blanca, han hecho referencia también a la posibilidad de Blanca de realizar sus tareas sola cuando era más pequeña, mostrando ahora, de más grande, una total apatía y desinterés, lo que según ellas la ha llevado a tener un desempeño académico muy bajo.

La paciente ha mencionado que su mamá casi no le pone atención, y eso la pone triste, inclusive menciona que a veces tiene que actuar como si ella fuera la mamá; retomando la cuestión anterior sobre la vez que se fue de la casa el esposo de su madre, podemos observar lo planteado:

Blanca: Es que se pone tan triste que hasta me dice mi mamá que se quiere dormir y no despertar, y entonces yo le digo, ¿y yo que?, pues te vas con tu abuelita, entonces siento que no le importa, me duele que se ponga tan mal por él y ni siquiera se preocupe por mi. Luego no quiere comer, le tengo que estar insistiendo para que coma, como si fuera su mamá...

Con respecto a la demanda y preocupación principal de la madre de cada una de las pacientes, cabe recalcar que:

Claudia comenzó su vida sexual a los 13 años con un amigo que tenía 19, posteriormente tuvo una relación de noviazgo con el hermano de este, quien no la reconocía como novia frente a sus amigos. La última relación que inició es con un chico que le lleva 5 años, sobre la cual menciona “*él ya me llevó a conocer a su familia, y quiero que mi mamá lo conozca para no seguir saliendo a escondidas*”. Ha tenido varias parejas amorosas y aunque dice cuidarse y manifiestamente no querer repetir la historia de su madre, esta última se muestra muy preocupada por la forma en que su hija está viviendo su sexualidad. Se muestra muy molesta, dice que no entiende y no acepta eso, que pareciera que Claudia se está autodestruyendo. Sobre la vida sexual de la madre, la señora relata que sufrió un abuso por parte de un primo cuando tenía 8 años, y otro por parte del amigo de su novio a los 15 años. “*Pero nadie sabe nada, yo me encargue de que nadie se enterara*”. También menciona que a la edad de su hija y ya cuando estaba casada con el padre de esta, tenían relaciones sólo de vez en cuando, y eso porque había motivos especiales como un aniversario o algo que celebrar. Actualmente la señora Claudia tiene una pareja con la que lleva 5 años de relación, reconociendo que tiene relaciones sexuales con él en su casa, cuando está su hija, a pesar de que no hay puertas entre los cuartos, lo anterior porque sus padres no la dejan faltar a dormir. Esto me ha llevado a pensar que el comienzo temprano de la actividad sexual-genital de Claudia pueda estar asociado a la exhibición de la sexualidad materna con la consiguiente excitación que puede generar en la paciente.

Por otro lado, Blanca no ha tenido relaciones sexuales, sin embargo comenzó a manifestar su curiosidad e interés dentro del proceso terapéutico. Expresa que ha tenido pocos novios, aunque la madre se mostraba principalmente preocupada por el joven con el cual se sucitó el problema que las trajo a entrevista. Tanto la señora Gabriela como la abuela Mónica, le comparten detalles de sus relaciones de pareja a mi paciente; Blanca describe que su madre sale con hombres casados, principalmente con el vecino quien menciona que cuando vivían en el otro departamento, siempre estaba al pendiente de la paciente, se asomaba para ver que estaba haciendo, porque su mamá la dejaba encargada con él. En una ocasión comenta:

“Luego hasta bromeamos que haber quien le gusta más al vecino, si ella o yo, pero ni al caso porque a mi ese señor me choca”

En una ocasión, Blanca comenta que una de las razones por las que no quiere conocer a su papá es porque teme a la reacción que la esposa de éste pueda tener ante su madre:

Blanca: Pues es que es miedo a que ella no sé, le vaya a hacer algo a mi mamá

Terapeuta: Ella ¿Por qué podría hacerle algo a tu mamá?

Blanca: Es que a mi mamá le han pasado tantas cosas...

Terapeuta: ¿Qué cosas?

Blanca: Pues es que hace mucho, una vez, mi mamá estaba saliendo con un señor, cuando ya no era casado, pero tenía hijos, y un día fueron a la casa, ahí con mi abuelita, y yo salí, y la señora esta me dijo que si no estaba mi mamá, le dije que sí, porque pensé que era una amiga de ella, y esta señora le empezó a decir que dejara a su marido, que hiciera su vida con otra persona, que él estaba casado todavía; mi mamá le dijo que era problema de ella y de este señor, pero se puso muy mal, se agarraron a golpes, luego el señor este que era pareja de mi mamá y luego mi tío, y las separaron, yo creo que me quede con eso ...

Se observa la falta de límites y diferenciación incluyendo la vida sexual de la abuela y la madre de Blanca, cuestión que Blanca fomentaba contándole también todo lo que le pasaba a su abuela, incluyendo cuestiones que estaban relacionadas con chicos que le llamaban la atención.

2. El proceso terapéutico, análisis transferencial y contratransferencial

Cuando en la formación y ejercicio como psicoterapeuta de adolescentes uno inicia la práctica clínica, inmediatamente se evidencia que la parte teórica resultará insuficiente, que la preparación es constante y la formación no llega a un punto final; cuestión que a mi parecer se vuelve una ventaja si se da cuenta de un interés genuino que permite comprometerse con el lugar elegido de terapeuta. Además se clarifica desde los comienzos, la importancia de abordar la clínica desde la consigna de que, apelando a la subjetividad, para cada paciente se tendrá que pensar una intervención distinta, se trabaja con particularidades, con un marco teórico y una técnica que respalda, pero con la posibilidad de crear algo nuevo con cada uno en el consultorio.

Sobre esto quisiera puntualizar, que a pesar de que en este trabajo de investigación abordo dos casos diferentes partiendo del mismo marco referencial, esto sólo se mantiene en la parte teórica, y con el énfasis en el supuesto planteado, pues aunque existen una serie de concordancias importantes, cada paciente habitaba el espacio terapéutico de forma distinta y produjo en mí diferentes afectos.

Aunque los lineamientos de intervención están preestablecidos, como la indispensabilidad del dispositivo: proceso terapéutico, análisis personal y supervisión; es hasta que se encuentra uno frente a lo cotidiano y al decir del paciente, que se enfrenta con las dudas, las dificultades, los aciertos, la amplia gama de afectos; es hasta ese momento en el que se encuentra expuesto a la transferencia y contratransferencia que la situación terapéutica genera; eso que permitirá en algunos casos clarificar la problemática del paciente, sumar herramientas de trabajo en el espacio, en otros momentos también dificultarlo, y que la supervisión permite esclarecer, analizar y en vez de actuarlo, poner al servicio del paciente y de la tarea.

Es por ello que a continuación expongo una serie de elementos contratransferenciales que aparecieron en el consultorio, señalo también mi función como terapeuta, y qué partiendo de un motivo manifiesto que dificulta el inicio de un proceso de

independencia, se generó la posibilidad de trabajar una demanda distinta, con Claudia de una forma y con Blanca de la otra.

Claudia. Quien fuera una de mis primeras pacientes, llegó al consultorio con una dificultad incluso para levantar el rostro y sostener la mirada ante su madre y ante mí, cuando nos quedamos solas en el espacio terapéutico y le pregunto sobre la serie de acusaciones y la muestra de preocupación que simultáneamente había externado su madre, empieza con dificultad y con un volumen apenas perceptible a hablar de su sentir, con mucho enojo y un dejo de tristeza que me conmovía y preocupaba bastante.

De pronto la madre me generaba cierto enojo, por un lado se mostraba preocupada por “la autoestima y el amor propio de su hija” y por otro, cuando hablaba de lo que ya sabía que le pasaba a su hija, como que a veces se cortaba o había pensado en tomar pastillas en un momento de desesperación, mostraba un temple enojado pero indiferente.

Pasaron las sesiones y Claudia apenas empezaba a hablar, apropiarse del espacio, apalabrar cosas distintas que no fueran en contra o en afirmación del decir de su madre, repitiendo el discurso de ella en la mayoría de las sesiones: “Otra vez me peleé con mi mamá, ahora me regañó porque..., mi mamá dice que soy..., a veces ya no la soporto, no soporto sus gritos..., mi abuela me acusó con mi mamá porque llegue tarde.... Simultáneamente, esta última, demandaba una parte del espacio para ella, algunas ocasiones me abordaba antes de iniciar la sesión de su hija para comentarme las cosas que había hecho y no le parecían; al respecto, me parece que lo primero que hice para salvaguardar el espacio de Claudia, fue proponerle a la madre espacios distintos en los cuales ella pudiera externar sus dudas, angustias y demandas, al mismo tiempo que se pudieran pensar formas distintas de dirigirse o relacionarse con su hija. Cabe destacar que inclusive tuve tres sesiones (fuera del horario de las sesiones con Claudia), en las cuales trabajé con las dos al mismo tiempo.

La madre respetaba el límite puesto, aunque algunas veces también me abordaba por el teléfono celular, cuestión que fue disminuyendo conforme ha avanzado el tratamiento, pues aunque al principio lo utilizaba para acordar sus citas, en otros momentos durante la

llamada aprovechaba para referirse a cosas que había hecho Claudia o para aclarar detalles de la sesión de su hija. Esto disminuyó en la medida en que la paciente fue asumiendo el lugar de responsabilidad ante su propio proceso terapéutico. Por otro lado, a pesar de estas dificultades en cuanto al establecimiento de los límites en el espacio físico, la madre siempre acompañó a su hija al tratamiento, llevándola puntualmente, sin faltar a sesión alguna, situación que en gran medida facilitó el trabajo. Posteriormente y hasta el final del tratamiento, Claudia asistió sola porque el horario de trabajo de la madre no permitió que siguiera acompañándola; con respecto al pago de las sesiones, las cuales al principio estaban a cargo de la madre, se convirtieron en responsabilidad de Claudia, y las pagaba con parte del depósito mensual que lleva a cabo su padre o sus abuelos paternos.

Ciertamente resulta complicado trabajar los límites en el espacio terapéutico, con una madre que consideraba adecuado y necesario revisar las cosas de su hija y leer sus mensajes telefónicos; madre que además seguía siendo regañada y amenazada por unos padres (abuelos de la paciente) que “controlan” su actuar; y con una paciente que dejaba a la vista de la madre el celular que contenía esos mensajes, sin embargo fue parte del proceso sostenerme en un lugar de tercera, que no toma partido, sino separa. Pues también al inicio del tratamiento, en las sesiones (por separado) me parecía de pronto que ambas estaban compitiendo por demostrarme quien era mejor que la otra, en las sesiones que se habían tenido con la madre, a veces me quedaba la sensación de que esta última se había dedicado a mostrar cómo es que ella hace lo posible por ser buena madre y su hija no responde antes esto: “se porta a veces como una niña caprichosa e inmadura” (como su hermana menor); en otras sesiones la paciente critica a la madre pues “de todo se enoja, nada le parece, no me entiende”. Ante esta situación, consideraba necesario mostrarles a ambas la forma en que el deseo de cambio que demandaban, se presentaba siempre en dependencia con el deseo de la otra.

En algunas sesiones, sobre todo cuando se hablaba de las dificultades escolares de Claudia, sobre lo cual ella aseguraba haber avanzado, me sentí molesta con ella, triste e incluso reconocí en mí cierta sensación de “madre decepcionada”, lo cual al trabajar tanto en supervisión como en análisis me permitió dar cuenta de la forma en la que me estaba

angustiando o tratando de hacer cargo de algo que le correspondía a ella, reiterando la importancia de que fuera su deseo el que hablara, no el de su madre, no el mío. Y de buscar las formas de posibilitar necesitar cada vez menos de los señalamientos de los otros a la hora de tomar decisiones importantes para ella y aceptar y aprender a pedir ayuda para muchas otras situaciones.

Por otro lado el enojo del que hablé al inicio, que sentí varias veces hacia la madre, ha sido pensado también como un elemento muy importante, primero en la posibilidad de enojarme yo ante cosas que le correspondían enojarse a la paciente, pero que se veían dificultadas por la culpa o el miedo a quedarse desprotegida, ese enojo que ella no podía expresar; pero también en esta obstaculización del tratamiento pudiendo tener de pronto una mirada que sostuviera un lugar de “víctima” para Claudia, lo que limita la acción y el trabajo en la asunción de su responsabilidad antes las situaciones que se presentan.

Aunado a ello, me encuentro también, durante el proceso terapéutico y el de planteamiento de esta investigación, con la posibilidad de empatía y entendimiento del lugar de la madre, misma que construyó su subjetividad con aquellos elementos que encontró, también sujeta a un deseo parental, de una historia personal; y que decide llevar a su hija a un proceso terapéutico, y decide también acompañarla a sostenerlo, buscar las formas, preguntar, trabajar y pensar junto conmigo formas distintas de relación con Claudia.

Durante el curso del proceso terapéutico, Claudia dejó de recurrir a autolesionar su cuerpo, se fue evidenciado una mejoría en su semblante y trabajamos también las formas en las que puede manifestar un deseo propio, pensar la manera en que se vincula con sus parejas y puede vivir su adolescencia “de modo distinto a lo que pasó con sus padres”. Pudo también, analizar las dificultades que vivió su madre al sumar un embarazo a su situación adolescente. La madre por otro lado, ha expresado: “ya sé por qué a Claudia le está costando tanto trabajo esto de independizarse como adolescente, es que ella no pudo depender adecuadamente de mi cuando era niña”.

Además de esto, otro paso que considero importante en este proceso, es la posibilidad de la madre de replantear su pasado y darse cuenta de lo sujeta que se encuentra a las decisiones de sus padres, expresando además el deseo de que su hija pueda plantear sus propias formas de vida. Al respecto, Claudia ha dado cuenta también de la dinámica de dependencia en la familia, misma que expresó estar dispuesta a seguir pensando y apalabrando para tener posibilidades distintas. A pesar de eso, se presentaron aún dificultades y quejas de la una hacia la otra, sin embargo ambas comenzaban a reconocer y asumir la parte que les corresponde, y el lugar de cada una en su relación y frente a los abuelos maternos también.

Blanca. Quien llegó al consultorio un poco menos de un año después de que había iniciado mi práctica clínica, se notaba muy avergonzada mientras su madre hablaba de las dificultades de su hija para hacerse cargo de las “únicas obligaciones que tiene: la escuela”, además de describir detalladamente la forma en la que la paciente se había metido a casa de un muchacho, y lo indignante que le parecía que su hija no le describiera lo que había ocurrido en ese lapso de tiempo. Al salir su madre, habla con cierta desesperación y desconocimiento de sí misma, y dice estar dispuesta a asistir a las sesiones para entender porque lo hizo y poder llevarse mejor con su madre. Me genera cierta tristeza ella. De la madre, la insistencia en saber que hizo su hija con el muchacho y la forma en cómo lo plantea, me deja la sensación de que me pide que pueda sacarle información a su hija, para que después podamos hablar de eso.

Desde que Blanca empieza a describir la relación que mantiene con su abuela, con su madre y con su tía materna y sobre el desconocimiento de su padre, empiezo a notar la confusión y dificultades que en ella genera el no tener claro quien de las tres mujeres con las que siempre vivió tiene derecho a regañarla, castigarla o “tenerla de su lado”. Llama mucho mi atención la dinámica familiar; su mamá la regaña por lo que pasó, le cuenta a su tía y abuela, quienes cada una por su lado también externan su opinión; y finalmente una amiga “más comprensiva” de su madre habla con ella. Cuestión que se vuelve una de las principales quejas de Blanca, que toda la familia, y amigas de la familia tengan que estar enteradas de lo que hizo. Después de estar en sesión con esta paciente, frecuentemente

quedaba en mí una sensación de confusión, misma que utilizo para entender y señalar en ella, para ir evidenciando esta falta de diferenciación del lugar de cada una.

La madre no puede continuar acompañando a su hija al tratamiento por cuestiones laborales, por lo que la que se encarga de eso es la abuela. Sin embargo, cuando le pido una cita, (a la madre), para elaborar historia clínica, ella accede, al escuchar su parte de la historia, se reitera la dificultad en la familia en cuanto al establecimiento de diferencias en los roles y límites, y el desdibujamiento de su lugar de madre frente a Blanca, no sólo con respecto a la conciencia de que su hija es más obediente, cercana y amorosa con su abuela, sino que, lo que sigo notando en sesiones posteriores, es la forma en la que se dirige hacia su hija comparándola todo el tiempo con su hermana y aprovechando cada oportunidad para comentarle como los otros piensan que su comportamiento es de una cualquiera. Aunado a ello, se evidencian también las muestras de competencia “en broma” que establecen Blanca y su madre cuando se trata de dar cuenta de quién es más atractiva para el vecino. En un principio me percaté del enojo tan grande que en este caso clínico también me genera la madre de mi paciente; pues me parece evidente la proyección que en su hija coloca de su sentir como mujer, en relación por ejemplo a lo que recibe ella por parte de la abuela “por salir con hombres casados”. Por otro lado, también me molesta que en algún punto percibo a Blanca en un peligro importante, pues algunos de los hombres con los que sale la madre están en contacto cercano con ella, inclusive, en el afán de “saber que está haciendo su hija” la madre ha proporcionado el número telefónico de Blanca a sus parejas.

La abuela, quien es la que lleva a Blanca a sesiones posteriores comienza a trasgredir el espacio de la sesión, pues varias veces trata de abordarme para contarme de los pleitos que ocurrieron entre su hija y nieta; nuevamente se me presenta la dificultad para establecer límites en este proceso terapéutico, ante una abuela-madre que descalifica todo el tiempo a su hija Gabriela y le cuenta a su nieta sobre sus problemas en su relación de pareja; una madre que mira a su hija (la paciente) como mujer antes que como hija, y mi paciente, que en esta lucha por sentirse acompañada de su abuela y tía, ante esto que vive como abandono por parte de su madre, les habla también de todos los problemas que se presentan en su casa. En este panorama, opto por señalar tanto a Blanca como a su abuela,

cómo es que se juega esta dificultad que yo también siento, y qué repercusiones tiene en la estabilidad de la paciente, por lo que se vuelve necesario pedirle que acuerden (abuela, madre y tía materna) quien será la encargada de disciplinar a Blanca, entre otras funciones.

Por otro lado, el enojo hacia la madre me permite empezar a trabajar con Blanca el dolor que puede sentir ante la agresividad e indiferencia de ésta, lo que puede ayudar a que la paciente pida respeto, de cuenta de ciertas situaciones de riesgo y empiece a establecer los límites que están borrados en su familia; por lo menos los que están directamente relacionados con ella.

Ante este enojo, que no tendría por qué ser mío, también se presenta la importancia de entender la historia de la madre; y trabajar entonces con Blanca la totalización del objeto, pues, de pronto sentí el riesgo de caer en un tipo de alianza con la abuela, en esta “campaña de desprestigio” hacia su hija Gabriela. Nuevamente se evidenciaba que lo que se podía trabajar con Blanca, además del enojo y el poner en palabra aquello que le dolía de la madre, es lo que ésta también a ratos podía hacer por ella, y la responsabilidad de Blanca de buscar formas más asertivas de pedir ayuda, de establecer límites y de negarse a la competencia absurda con su madre. Se trataba también de restablecer en el psiquismo de Blanca el lugar de cada una de ellas, apalabrar y tratar de esclarecer la confusión, y pensar juntas cómo también ella puede cuidarse.

Blanca dejó el tratamiento seis meses después de haberlo iniciado, no hubo oportunidad de tener una sesión de cierre puesto que no regresó ni respondió las llamadas que le hice para proponérselo, sin embargo, antes de irse, se había observado una notoria mejoría en su desempeño escolar, la cual parecía responder a que había dado cuenta que era una de las formas de desquitarse y hacer enojar a la madre, forma con la cual también se estaba perjudicando a ella y sosteniendo la posición infantil dependiente que dificultaba acceder a su deseo. En últimas sesiones en lugar de preguntarme que podía hacer ante los pleitos con su madre, comentaba cosas cómo, “ya le puse clave a mi celular para que mi mamá no vea mis cosas, se enojó, pero le dije que como era mío, yo tenía derecho a respetar mi privacidad” o, “le dije a mi mamá que me dolía que no confiara en mí”, “ya

estoy procurando no contarle todo a mi abuela”. Las últimas sesiones también analizamos la posibilidad de preguntar a su madre cosas sobre su padre; y finalmente, la madre estaba decidiendo si meter una demanda de pensión alimenticia para el padre de Blanca; el problema de esto, según la paciente, es que ella tenía que decidir si estaba dispuesta a presentarse en audiencias en las que estaría su padre, por lo cual hablamos del miedo y curiosidad que esto le generaba, ante el posible rechazo o aceptación de su padre.

Para finalizar esta parte planteo que las funciones psicoterapéuticas más importantes en estos dos procesos, han sido; el papel de tercera, para promover esta separación, reconstruir los límites entre ellas y también con la familia materna, validar el lugar de la madre como tal, promover la diferenciación. Aunado a ello, me parece que este espacio lo que también permitió a Blanca y Claudia es la posibilidad de expresar sus inquietudes adolescentes, en un lugar en el que no serían estigmatizadas o escuchadas desde el miedo a “repetir la historia”; además de una mirada distinta, que permitió también en ellas descubrir y ponerle nombre a sus capacidades y posibilidades; un reflejo que les permitiera saber que tenían un espacio seguro en el que pueden hablar y pensar lo que sienten.

Me parece importante recalcar, lo fundamental de mi propio proceso terapéutico y la supervisión ante la posibilidad de actuar mi deseo como terapeuta, de remover mis propios procesos adolescentes y lo que respecta a esta relación tan fuerte, ambivalente y trascendental con la figura materna; justamente para evitar actuar y hacer consciente que mis afectos o dificultades no son los de mis pacientes. Pues por ejemplo, de pronto me encontré comparando la forma en la que yo he vivido o viví mis relaciones personales con las de mis pacientes, desde ahí entonces, al hacerlo consciente, evitar repetir el lugar de “la madre que impone inconscientemente la repetición de su deseo en la hija” escucharlas a ellas desde un lugar distinto, pues no por ser mujeres, por ser hijas, por iniciar un proceso de independencia habrían de desear lo mismo que yo.

V. Conclusiones

En los procesos terapéuticos de Claudia y Blanca, se evidenció que además de la reestructuración inherente a la etapa adolescente, la poca contención y las carencias en el proceso independiente de sus madres ha añadido dificultades al inicio del proceso de separación e independencia en las pacientes. Sin embargo, el trabajo conjunto, y lo que se pudo generar en el espacio clínico, les brindo alternativas, promoviendo el cuestionamiento del discurso familiar, y la oportunidad de pensar un deseo propio, lo que tal vez permita construir una feminidad distinta a la de sus madres; o solamente la posibilidad de encontrar un espacio propio, en el que se construyeron límites, lugar en el que fueron escuchadas, acompañadas y miradas de forma distinta.

Por otro lado me parece importante recalcar como limitante de este trabajo el escaso abordaje del deseo paterno, por lo que considero necesario para futuras investigaciones, pensar más a fondo que sucede con estos hombres, estos padres que también con una historia, constituidos por un particular deseo materno, han decidido no estar con y para sus hijas. Lo que no implica que no se haya trabajado en el consultorio, ya que acompañé también a las pacientes a poder preguntarse por ellos, lo que permitió que Claudia volviera a verlo e intermitentemente recibir una manutención; y en Blanca, hasta antes de dejar el tratamiento, la posibilidad de expresar un deseo de conocerlo, de saber porque no la buscó y preguntó por ella.

Finalmente quisiera recalcar que con este trabajo no pretendemos hacer algún tipo de generalización o establecer un tipo de parámetro, pues partimos siempre de la posibilidad de escuchar “caso por caso”, a partir de la pregunta y de la claridad de que quien sabe de sí mismo es el paciente, a veces sólo habrá que acompañarlo a descubrirlo.

Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. y Knobel, M. (2012). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2003). *Como hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Aulagnier, P. (1994). *Una interprete en busca de sentido*. México: Siglo veintiuno editores.
- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Argentina: Amorrortu.
- Bion, W. R. (1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Barcelona: Paidós.
- Burin, M. (1992). *Subjetividad e identidad femenina en el actual debate: feminismo y postmodernismo*. Seminario dictado en el Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer. México: El Colegio de México.
- Carvajal, G. (1993). *Adolecer: la aventura de una metamorfosis. Una visión psicoanalítica de la adolescencia*. Colombia: Tiresias.
- Chodorow, N. (1984). *El ejercicio de la maternidad*. España: Gedisa
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de la investigación social*. México: Mc Graw Hill
- Deschamps, N. (1979). *Maternidad adolescente*. España: Gedisa
- Díaz-Franco, E. (2007). *Guía clínica de intervención psicológica del embarazo en la adolescencia*. México: Instituto Nacional de Perinatología
- Feinholz-Klip, D. y Ávila, H. (1996). El embarazo no deseado: el problema de la temporalidad. En: Lartigue, T y Ávila, H. (comp). *Sexualidad y reproducción humana en México*.
- Freud, S. (2008). A propósito de un caso de neurosis obsesiva. En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. X, pp. 119-249). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1909).
- Freud, S. (2008). Introducción del narcisismo. En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1914).
- Freud, S. (2008). El yo y el ello. En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1923a).

- Freud, S. (2008). El sepultamiento del complejo de Edipo. En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 177-187). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1924).
- Freud, S. (2008). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 259-276). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1925).
- Freud, S. (2008). Sobre la sexualidad femenina. En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 223-244). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1931).
- Freud, S. (2008). Proyecto de psicología. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. I, pp. 1-125). Buenos Aires: Amorrortu (Trabajo original publicado 1950).
- Gutton, P. (1994). *Nuevas aportaciones a los procesos puberales y de la adolescencia*. México: Grupo Teseo.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Jeammet, P. (1992). Lo que se pone en juego. Las identificaciones en la adolescencia. *Psicoanálisis con niños y adolescentes*, 2, 42-58.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. *Obras completas* (Vol. 3, p. 260). Buenos Aires: Paidós
- Langer, M. (1988). *Maternidad y sexo*. Buenos Aires: Paidós
- Latrigue, T. y Vives, J. (2004). La maternidad de las adolescentes y los avatares de la madre-niña: Perspectiva del problema en México. En Solis-Ponton (Comp.), *La parentalidad. Desafíos de tercer milenio*. México: Manual Moderno.
- Laplanche, J. (2001). *Vida y muerte en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu
- Lombardi, A. (1988). *Entre madres e hijas: Acerca de la presión psicológica*. Buenos Aires: Paidós.
- Marcelli, D. y Braconnier A, (2005). La sexualidad y sus trastornos. En Marcelli, D y Braconnier, *Manual de psicopatología del adolescente*. Editorial mansson.
- McDougall, J. (1989). *Teatros del cuerpo*. Madrid: Julian Yebenes.
- Meersohn, C. (2005). Introducción a Teun Van Dijk: Análisis de Discurso. *Cinta moebio*, 288-302.

- Perrotta, G. (2013). Embarazo y maternidad en la adolescencia. *Revista electrónica de la Facultad de Psicología de la UBA*. 3(9).
- Siquier, M. (2000). Introducción. En. Tubert, S, *Un extraño en el espejo. La crisis adolescente*. España: Ludus.
- Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En J. Beltrán (Traduc.), *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 405-413). España: Laia.