

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Propuesta de intervención preventiva de los trastornos del vínculo materno-infantil durante el proceso de gestación

Autoras: Erika Arguez Amor / Mayela Gómez Moreno

**Tesis presentada para obtener grado académico de:
Maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia**

**Nombre del asesor:
Manuel Guzmán Treviño**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





M.R.

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

PLANTEL LEÓN

MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

"PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA DE LOS TRASTORNOS DEL VÍNCULO MATERNO-INFANTIL DURANTE EL PROCESO DE GESTACIÓN"

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

C.C.T. 11PSU0173J

No. DE ACUERDO 116/2000

PRESENTAN:

**ERIKA ARGAEZ AMOR
MAYELA GÓMEZ MORENO**

DIRECTOR DE TESIS:

DR. MANUEL GUZMÁN TREVIÑO



TM822

LEÓN, GUANAJUATO.

MARZO DE 2007



M.R.

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA

UNIVERSIDAD VASCO DE QUIROGA
PLANTEL LEÓN
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

**"PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA DE LOS
TRASTORNOS DEL VÍNCULO MATERNO-INFANTIL
DURANTE EL PROCESO DE GESTACIÓN"**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA
DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA
C.C.T. 11PSU0173J
No. DE ACUERDO 116/2000

PRESENTAN:
ERIKA ARGAEZ AMOR
MAYELA GÓMEZ MORENO

DIRECTOR DE TESIS:
DR. MANUEL GUZMÁN TREVIÑO

A Gali, Diego Armando, Dayana, Vania, Diego,
Zari, Abraham Emmanuel, Isaac Emmanuel,
Julieta, Adrián y por supuesto... Kia,
los bebés que nacieron
con este proyecto.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Justificación	11
1.2 Planteamiento del problema	16
1.3 Objetivos	18
1.3.1 Objetivo general	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
1.4 Metodología	18
1.4.1 Método cualitativo	19
1.4.2 Estudio de caso	20
1.4.3 Marco conceptual	21
1.4.4 Instrumentos y técnicas	21
1.4.5 Sujetos	22
1.4.6 Delimitación espacial y temporal	22
1.4.7 Limitaciones de la investigación	23
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	24
2.1 La teoría del vínculo como marco de referencia	25
2.1.1 Vínculo materno-infantil	26
2.1.1.1 La formación del vínculo materno-infantil	27
2.1.2 El deseo por el hijo	34
2.1.3 Los trastornos del vínculo	36
2.2 La intervención	42
2.2.1 Antecedentes	42
2.2.2 Lo profiláctico y lo terapéutico	48
2.2.3 La teoría de los grupos	51
2.2.3.1 La intervención breve en grupos	55
2.2.3.2 Aplicación a grupos de mujeres embarazadas	57
A) El embarazo	57
B) La psicoterapia con embarazadas	61
2.2.3.3 Los fenómenos transferenciales y contratransferenciales en el embarazo	63
2.2.3.4 Identificación proyectiva y contraidentificación proyectiva en el embarazo	64
2.2.4 La psicoterapia de grupo en las instituciones	67
CAPÍTULO III. EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO	70
3.1 El grupo antecedente. El grupo 0	71
3.2 El grupo 1	73
3.2.1 Conclusiones del caso Eloísa	75
3.2.2 Conclusiones del caso Mari	76
3.2.3 Conclusiones del Grupo 1	77

3.3	El grupo 2	81
3.3.1	Conclusiones del caso Bethy	85
3.3.2	Conclusiones del caso Mariel	85
3.3.3	Conclusiones del Grupo 2	86
3.4	Conclusiones preliminares	87
CAPÍTULO IV. LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN		90
4.1	Programa de orientación a padres con mujeres embarazadas. Grupo 0	91
4.2	Curso Psicoprofiláctico: Un Bebé en camino. Higiene mental del embarazo. Grupos 1 y 2	91
4.3	Propuesta de intervención psicoterapéutica con mujeres en etapa de gestación. Grupo 3	92
4.3.1	Introducción	92
4.3.2	El encuadre de trabajo	94
4.3.3	Técnicas de intervención	96
4.3.4	Descripción del programa de trabajo	98
4.3.5	Análisis de las sesiones	106
4.3.6	Análisis de la carta al bebé	107
4.3.7	Análisis de la transferencia-contratransferencia	107
4.3.8	La preparación del terapeuta	108
4.3.9	Análisis personal del terapeuta	108
4.3.10	La supervisión	109
CAPÍTULO V. EL GRUPO 3 VIFAC		111
5.1	La institución	111
5.2	Las integrantes del grupo	114
5.3	El proceso	134
5.4	Discusión y análisis	150
5.4.1	El grupo	153
5.4.2	El grupo-Zarina	158
5.5	Análisis de la transferencia-contratransferencia	163
5.6	Conclusiones del Grupo 3 VIFAC	167
5.7	Propuestas	172
CONCLUSIONES GENERALES		177
ANEXOS		182
	Anexo 1 Cartas al bebé	182
	Anexo 2 Programa de orientación a padres con mujeres embarazadas. Grupo 0	187
	Anexo 3 Curso psicoprofiláctico: "Un bebé en camino", higiene mental del embarazo. Grupo1 y Grupo2	190
BIBLIOGRAFÍA		206

INTRODUCCIÓN

Los trabajos de investigación realizados por más de un investigador, como en nuestro caso, se encuentran matizados con múltiples dificultades durante todo el proceso. Conjuntar e integrar el pensamiento y el sentir de dos personas, es una tarea compleja.

Ese fue el claro señalamiento de nuestro asesor desde el inicio de este trabajo, que ratificó en la siguiente cita: *"...trabajar en colectivo no es tarea fácil, tampoco quiero parecer un ave de mal agüero, más hacer la observación y la puntualización de las adversidades que plantea el hecho de compartir una idea, un proyecto y un logro nos pone en una desgraciada disyuntiva narcisista y territorialista..."* (Guzmán Treviño, 2005).

Sin embargo, este proyecto de investigación vislumbraba un desarrollo tan amplio como se pretendiera y al mismo tiempo un gran aporte benéfico a la comunidad. Esto nos motivó para formar equipo y así emprender la investigación; ya que consideramos, que los alcances podrían ser mayores por trabajar en conjunto.

Entre las dificultades a las que nos enfrentamos, estuvieron la necesidad de "emparejamiento" como terapeutas coordinadoras de los procesos y de la investigación en sí, desde lo teórico hasta lo técnico, ya que procedemos de

formaciones distintas. Finalmente en el asunto de redactar el documento, la decisión de "quién piensa qué" y con el "estilo de quién" se plasma la idea. En ocasiones la redacción fue en conjunto y el avance se tornó lento, en otras, cada quién se encargaba de trabajar una parte con el "espejo" de la otra, esto nos dio mejores resultados en el avance de material escrito, pero requería la integración del enfoque de ambas. Lo que al final unificó fue "el deseo del nacimiento y crianza de este bebé". De esta propuesta en la que ambas creemos y hemos puesto toda nuestra energía. Una y otra, de forma diferente, asumimos este proyecto como propio, ya que vincula nuestra historia de vida y nuestras metas profesionales.

La idea de investigación se origina desde el interés particular de una de nosotras, quién después de una primera experiencia de trabajo con mujeres embarazadas, inicia con el desarrollo de este proyecto al que se suma la otra, formando un equipo que consolida finalmente esta propuesta. De aquí la importancia de describir cada una su proceso en la conformación y la integración de esta investigación.

Mayela:

El surgimiento de la idea de este proyecto, puede ubicarse durante el estudio de la Licenciatura con las lecturas de Mari Langer, Vives y Lartigue, donde de varias formas, los autores acentúan la importancia de un tratamiento psicoterapéutico en la etapa del embarazo y sugieren la continuidad de la investigación en esta línea. A nivel personal, por provenir de una familia de 14 hermanos, la mayor parte de ellos en etapa de nacimiento y crianza de los hijos, las vivencias y experiencias de la etapa del embarazo, eran y siguen siendo algo cotidiano.

Al salir de la Licenciatura, mi línea de trabajo estaba ya muy definida, la experiencia como educadora y observadora nata del desarrollo infantil, aunado a una especie de "misión en la vida" como defensora de los niños, me hizo inclinarme desde el principio al trabajo clínico con éstos.

Aquí comienza a impactarme, además de otras cosas, la importancia que tiene para la vida psíquica de un niño, el haber sido deseado por sus padres y los elementos que contiene ese deseo; además de la forma en que la madre manifiesta con el curso de su embarazo, la disposición o no disposición, al maternaje del hijo que ya espera.

Al principio de mi práctica clínica con niños, las historias clínicas me resultaban desgarradoras, y como nos pasa a muchos con la novatés, me era difícil entender la dinámica que ejercían los padres en su parte filicida. Gracias a mi análisis y a mis supervisores, poco a poco se ha ido saneando, esta parte en mi propia persona y con esto puliendo la práctica clínica con mis pacientes. Sin embargo, creí y sigo creyendo, que puede hacerse aún más, que tener únicamente las herramientas para tratar y curar el sufrimiento psíquico en los niños; y ese algo más es la prevención.

Con esta idea en la cabeza me reuní a trabajar con la maestra de la Universidad, la Psicoterapeuta Ma. del Socorro Reynoso, quién me ayudó a estructurar un plan de trabajo de orientación a padres con mujeres embarazadas. Este plan contenía temas que consideramos importante, debiera conocer una mujer embarazada para prepararse en el maternaje y cuidar su salud, tanto física como psicológica, de igual forma a la de su bebé.

Posteriormente, este plan de trabajo fue llevado a supervisión con el psicoterapeuta Jaime Sámano y con ayuda de éste, se reformuló el proyecto dando por resultado un Curso-Taller, al que se le denominó "Un bebé en camino, psicoprofilaxis del embarazo". La idea era impartir cursos como los denominados psicoprofilácticos, de preparación para el parto, con variantes donde el enfoque es predominantemente psicológico y la preparación es para el maternaje.

Este Curso-Taller, estaba conformado por doce sesiones de trabajo con temas de información, tanto del proceso biológico como psicológico en el embarazo, además de la inclusión de algunos ejercicios prenatales en la última parte de cada sesión, con la finalidad de brindar un apoyo más integral, aún cuando no se tuviera mucha preparación en este aspecto.

En ese tiempo, impartí la materia de Terapia de Juego, en la Licenciatura en Psicología de la UNIVA en la ciudad de Lagos de Moreno, Jal., donde conocí a Ofelia Guerra, una mujer de más de 40 años, madre de tres hijos adolescentes y estudiante del último cuatrimestre de la carrera; a quién invité a trabajar el taller. Con ella abrí un primer intento de grupo con dos chicas, que respondieron a una incipiente promoción a través de carteles informativos, distribuidos en clínicas y hospitales de la misma ciudad.

La experiencia de esta intervención, me llevó a repensar el tipo de tratamiento que debía realizarse. En un inicio esperaba únicamente a mujeres “sin grandes dificultades” y la llegada de una mujer con una severa conflictiva y una enorme necesidad de atención, me llevó a buscar una mayor especialización, dejando el proyecto por un tiempo en el cajón.

Un par de años después, ya establecida en la ciudad de León, Gto., ingresé a la Maestría de psicoterapia psicoanalítica de la infancia y la adolescencia. Ahí me reencuentro con Erika Arguez Amor. Habíamos ya coincidido anteriormente en un diplomado de Estimulación Temprana en la Universidad Iberoamericana León, pero ahora tengo la oportunidad de conocerla más de cerca. Me parece una chica comprometida y con empuje para el trabajo. Una de las compañeras con quién percibí mayor afinidad en el grupo de la maestría. Esto me lleva a invitarla a retomar y trabajar el proyecto “psicoprofilactico”, como lo denominé desde el principio.

Erika:

Mi interés por el tema de esta tesis, tiene su origen aún más atrás de mi deseo consciente de ser psicóloga. Me refiero al momento en que la preocupación muy temprana surgió en mí al conocer los fenómenos familiares, que ocurrían con los pequeños de "jardín de niños" al trabajar como maestra suplente, desde los dieciséis años, bajo la tutela de mi propia madre, quien fungía como directora de la institución. Es ahí como recibo de ella, la motivación y el interés por comprender la psicodinamia de los niños, con problemas escolares y emocionales, que los convierten en los "tremendos del salón", a quienes poco toleran compañeros y maestras.

Este acercamiento al trabajo con niños, me llevó a elegir como profesión la Psicología Educativa y es durante la universidad, que siento el deseo de complementar mi formación, especializándome en aspectos que me permitieran brindar mayor apoyo a los pequeños y sus familias.

Poco a poco, mi interés comienza a centrarse en la atención de bebés. Así que me acerco a la psicopatología del bebé desde la perspectiva de Lebovici. Más tarde, en esa misma línea de trabajo con bebés, conozco a Mayela en un diplomado de Estimulación Temprana. No imaginaba en ese momento, que el tiempo nos haría coincidir posteriormente.

Al estar estudiando la maestría en Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y Adolescencia, cuando en grupo se presentaron los temas y proyectos de investigación, hubo uno en particular que llamó mi atención. Ese año, yo deseaba realizar un sueño muy especial, que significaba un paso más en mi desarrollo como mujer: deseaba junto con mi esposo tener un bebé.

El proyecto de investigación que presentó Mayela, coincidía con mi proyecto de vida, así que le pedí me aceptara como participante en uno de sus grupos pero, en lugar de ello recibí su invitación a colaborar desde el diseño y la

aplicación. Acepté emocionada porque el tema me interesaba, pero aún más, porque el panorama que se abría ante mí, me brindaba la oportunidad de aprender y crecer.

El proyecto se conjugó con mi vida personal, tan íntimamente que gocé la oportunidad de vivir de una manera diferente esta investigación, pues apreciaba con más detalle la teoría y la intervención, al sentirla en mi propio ser. Estar embarazada y tener una hija al tiempo que desarrollamos nuestro proyecto, enriqueció mis conocimientos y experiencias, brindándome una ganancia mayor a la que hubiera podido imaginar.

El trabajo formal como equipo de investigación, inició con algunas reuniones casi con el único objetivo de conocernos mejor y probar nuestra afinidad para el trabajo. Comenzamos a repensar el proyecto con dos objetivos en mente, el primero tenía que ver con crear una fuente de trabajo y el segundo, realizar una investigación en la que pudiéramos titularnos con el grado de maestría.

Se realizaron modificaciones importantes a la carta descriptiva, incrementando el número de sesiones, las que llegaron a 15, incluyendo una entrevista psicológica inicial, temas como el análisis de las fantasías preconceptuales con el nombre del bebé y la carta dirigida a éste. Se elaboraron dípticos informativos, en los cuales se le denominó "Curso Psicoprofiláctico: Un bebé en camino, higiene mental del embarazo"

La idea fue proporcionar una contención emocional de las ansiedades que produce el embarazo, sensibilizando a las madres en la importancia de cuidar tanto el aspecto de la salud emocional, como el biológico de la etapa de gestación. Todo esto en el marco de la dinámica de un grupo de aprendizaje.

Con base en esto, iniciamos el proceso con un primer grupo, organizando el trabajo con funciones de coordinación y de observación en la parte clínica de la sesión,

invirtiendo los roles en la parte de los ejercicios. Nos apoyamos principalmente en una carta descriptiva, con una técnica todavía predominantemente psico-educativa.

Casi inmediatamente de terminado el primer grupo y sin hacer grandes modificaciones al programa de trabajo, comenzamos el proceso de un segundo grupo. Con mayor seguridad en nuestra función, nos fue posible ir tomando nota más objetivamente de todos los fenómenos acontecidos. Con esto, se reformuló el diseño de intervención, orientándolo a una perspectiva terapéutica, que permitiera profundizar en los conflictos psíquicos de las participantes. De esta forma se buscó asegurar, un mayor nivel de saneamiento en el vínculo materno-infantil.

Con todas estas observaciones en mano, nos dimos a la tarea de reestructurar la intervención planteándola esta vez en el plano psicoterapéutico. Conservando el diseño de intervención breve, con quince sesiones y sus respectivos temas. Se establece un objetivo terapéutico y una tarea para cada sesión.

Para la aplicación de un tercer proceso, se hace contacto con una institución especializada en la atención de mujeres embarazadas, en condición de desamparo. Las características de población se apegaron a los requerimiento de la investigación, además de contar con un grupo cautivo.

Al iniciar con las entrevistas individuales, nos percatamos de la severa problemática de personalidad y riesgo psico-social, de las candidatas a integrar el **grupo 3**, lo cual refleja el grado de dificultad e intensidad que acompañaría al proceso. Lo enriquecedor de la experiencia con este grupo, nos motiva a reportar los resultados del proceso en este documento, aún cuando la intención es continuar con la investigación para el perfeccionamiento de la propuesta de intervención.

Así pues, el presente documento de investigación, integra a detalle lo descrito anteriormente, a lo largo de los cinco capítulos que lo conforman.

En el capítulo I se despliega la descripción del proyecto de investigación, en la que se explica claramente los antecedentes y la justificación que dan sustento a la realización de este trabajo, así como los objetivos y la metodología que se siguió para la realización del estudio.

Por otra parte, el capítulo II integra los postulados teóricos que se tomaron como base, para el diseño del modelo de intervención y el análisis de los resultados de la investigación.

El capítulo III, corresponde al trabajo de investigación previo, cuyo valor radica en que brinda la experiencia para generar una propuesta de intervención plenamente psicoterapéutica, para el saneamiento del vínculo materno-infantil.

El modelo de intervención se detalla en el capítulo IV, integra la formulación de un encuadre de trabajo, las técnicas de intervención utilizadas, los elementos de análisis transferencial y contratransferencial, y define el programa de tareas para cada una de las sesiones que componen el proceso.

Finalmente, en el capítulo V se realiza un minucioso análisis de la tercera intervención, la cual ilustra los efectos terapéuticos y preventivos del proceso, al tiempo que permite elaborar nuevas propuestas y mejoras para enriquecer el modelo desarrollado.

Al final del documento se encontrarán, los anexos que clarifican aspectos mencionados a lo largo de este escrito.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

En este primer capítulo se describen los elementos que dan forma al proyecto de investigación realizado, del cual se deriva la propuesta de una intervención enfocada al saneamiento del vínculo materno-infantil durante el embarazo, con la finalidad de prevenir los trastornos de este vínculo.

1.1 JUSTIFICACIÓN

Para la justificación de esta investigación, hablaremos de las consecuencias de una defectuosa vinculación materno-infantil y de cómo específicamente, se manifiesta este fenómeno en la sociedad, para con ello dar sustento a la necesidad de una intervención psicoterapéutica, con fines profilácticos del vínculo materno-infantil, desde la etapa de gestación.

Las cifras que el Sector Salud proporciona en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, acerca de las muertes perinatales tanto de madres como de bebés, resultan

incomprensibles si se toma en cuenta el nivel de los avances de la medicina y es interesante ver, la forma parcializada como el gobierno enfrenta este problema.

En estas cifras, nos encontramos con el hecho, de que en la actualidad todavía es preocupante el número de muertes de madres y bebés, por causas multifactoriales como son los aspectos geográficos, económicos y culturales, que se presentan en nuestro país.

...durante la última década, la tasa de mortalidad materna ha mostrado una tendencia ligeramente a la baja. En 1990 se registraron 5.4 defunciones maternas por 10 000 nacidos vivos registrados; mientras que en el 2000 este indicador alcanzó el valor de 4.68. (Secretaría de Salud, 2002, p.21)

Diariamente se registran en México cuatro defunciones maternas y 110 muertes de niños y niñas menores de un año de edad, la mayoría por causas prevenibles mediante una buena atención médica. (O p. Cit., p.14)

Esta problemática apenas hasta hace poco, comienza a ser una prioridad para el gobierno federal, el cual se ha esforzado por enfrentarla con el objetivo de brindar mejores oportunidades de vida y de desarrollo a la población que menos recursos posee.

La atención durante el embarazo, ha sido impulsada por la Secretaría de Salud en el rubro de la salud reproductiva, estableciendo programas como: la obligatoriedad del control del embarazo; complementos alimenticios especiales para la etapa de gestación; información e inducción de las madres hacia retomar la lactancia materna y el control de la natalidad, entre otros. Con esto se observa el inicio de una conciencia nacional de la importancia de los cuidados materno-infantiles.

Dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006, la estrategia número dos es el reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, implementando como prioritario el Programa de acción "Arranque parejo en la vida"

...cuyo propósito es lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad, contribuyendo así a una auténtica igualdad de oportunidades. (Op. Cit., p. 14)

En el estado de Guanajuato, según se reporta en el cuarto informe del gobernador Romero Hicks, se está aplicando el programa "Arranque parejo en la vida" con cifras alentadoras en los logros de los objetivos propuestos. (Páez, 2004, p.21)

El mismo compromiso lo están adquiriendo el Instituto Mexicano del Seguro Social a través del programa "IMSS Oportunidades" (IMSS, 2004) y el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), al ofrecer a las madres el Seguro de enfermedades y maternidad. (ISSSTE, 2004)

Ahora se comienza a percibir la importancia de la salud física de las madres que crían a los futuros adultos. México es un país esencialmente de gente joven y se ha llegado a apreciar el importante papel de la mujer como educadora y guía central en las primeras etapas del desarrollo de los niños, por tal motivo, se requiere de madres sanas para tener niños sanos, sin embargo, la salud no se limita únicamente al aspecto físico.

Desde la perspectiva de esta investigación, es claro que no debería pasarse por alto la salud mental durante la gestación, ya que ésta permite que las mujeres puedan ser capaces de cuidar de su salud física y por ello de su embarazo con mayor responsabilidad y conciencia, al mismo tiempo que se adquiere un mejor pronóstico de salud emocional en el desarrollo del futuro hijo. Pero esto, como se ha podido analizar, no es aún una prioridad para nuestros gobernantes, ya lo mencionan Teresa Lartigue y Juan Vives, en su libro *Apego y vínculo materno infantil* en 1994.

...a pesar de que la atención materno-infantil es uno de los trece programas prioritarios del país y del importante esfuerzo que se ha realizado en el Sector Salud respecto de la nutrición y el bienestar de las madres y los niños mexicanos, no se ha prestado, a nuestro juicio, la suficiente atención a la importancia que tienen los factores emocionales y los cambios psíquicos que ocurren durante la gestación, así como sus interrelaciones con la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. (p. 64)

En esta y muchas otras investigaciones se observa, la forma en que los padres revisten de importancia muchos de los fenómenos acontecidos durante el embarazo

y el parto que repercuten en el futuro de sus hijos. El simple hecho de ser un hijo deseado y esperado con amor por parte de sus padres, brinda seguridad y calidad a la vida de ese nuevo ser.

...existe una gran diferencia cualitativa entre la vida de los sujetos venidos al mundo como consecuencia del deseo propositivo de sus padres y la de aquellos otros que, por el contrario, tuvieron acceso a la existencia desde una situación de negación de la gestación, de rechazo del embarazo o de disgusto por el nacimiento de un bebé no planeado ni deseado. (Vives y Lartigue, 1994, p. 244)

Como lo mencionan estos autores, las características de personalidad, la posibilidad de éxito personal y profesional, el bienestar integral, la capacidad para disfrutar de la vida y la calidad de la misma, son resultado de venir al mundo a ocupar un lugar especial, que los padres han preparado con amor cuando ese hijo es deseado; entonces ese hijo se percibirá a sí mismo "como predominantemente bueno, ...y proyectivamente tenderá a visualizar a su entorno social como un lugar aceptante y aceptable." (Op. Cit., p. 245)

Pero la contraparte ocurre cuando los padres no desean a su hijo y no tienen la oportunidad de reflexionar sobre ello. Por lo tanto se requiere analizar esta situación y la de ese bebé, en un proceso en el que durante el embarazo se busque la adopción emocional del producto, de tal forma que al nacer el bebé su ambiente, haya cambiado para recibirlo. De acuerdo con Vives y Lartigue, cuando el embarazo no es deseado puede llegar a repercutir socialmente

...la incorporación del rechazo de los padres activa intrapsíquicamente intensas y graves tendencias de carácter destructivo. Estas fuerzas destructivas, cuando se dirigen hacia el sujeto mismo, toman la forma de síntomas depresivos o melancólicos, de tendencia al suicidio y propensión a los accidentes y a las enfermedades; en forma semejante pueden manifestarse como conductas adictivas hacia el alcohol, drogas y otra clase de comportamientos dependientes. Por el contrario, cuando dichas tendencias destructivas son canalizadas hacia el mundo externo (al que tenderá a vivir, retaliativamente, como persecutorio e inhóspito), tomarán la forma de conductas hostiles, agresivas o antisociales... existe una situación común entre todos los sujetos no deseados, que es su propia dificultad para sentir aceptación y deseo por sus propios hijos, su torpeza para asumir funciones parentales y su limitación para ser, en su momento, madres y padres deseosos y amorosos con sus hijos... Dichas carencias se manifestarán no sólo en el terreno de lo emocional, sino también en el del desarrollo cognoscitivo y en el de la capacidad para utilizar a la madre como una base segura. (Op. Cit., p. 248)

Las necesidades de la población mexicana con respecto a la atención prenatal y perinatal, desde la perspectiva psicológica son apremiantes. Los riesgos que como sociedad se corren con las conductas de jóvenes y adultos que actúan de forma antisocial pueden ser atendidos de manera preventiva desde la gestación, si se trabaja para favorecer tipos de relación vincular sanos, entre bebé y mamá.

Como lo reportan Grinberg, Langer y Rodrigué (1977),

...si mencionamos, por ejemplo, la preparación psicoprofiláctica que suele emplearse últimamente para el parto sin dolor, resultaría innegable la enorme ventaja que representa realizarla por medio de los así llamados grupos de orientación. Es conocido desde hace tiempo, que la normalidad del embarazo, del parto y, por ende, de la personalidad del futuro hijo, dependen en alto grado de la constelación psicológica de la madre. (p. 202)

Por su parte Lourdes Arnaldo, citando a Pines enfatiza lo beneficioso que resultan los tratamientos psicoterapéuticos en mujeres embarazadas.

...de este modo el estado de gestación favorece el acceso a un nuevo nivel adaptativo al permitir una nueva elaboración derivada de los movimientos intrapsíquicos que ocurren en ella. Sin embargo, en muchas ocasiones es necesario brindar un apoyo psicoterapéutico, incluso analítico en aquellas áreas donde se detectan conflictos de importancia, aún no resueltos con el fin de facilitar el acceso a ellos. El tratamiento terapéutico realizado en estas condiciones toma la fuerza del momento crítico que vive la paciente, haciéndose así más efectiva la intervención. Esto hace que en este tipo de acción terapéutica... sin necesidad de movilizar ciertos extractos del psiquismo se produce un gran cambio debido al estado de "ebullición" en el que estos se encuentran. (Arnaldo, 1994, p. 123)

Hasta el momento son pocos los programas de atención psicológica o emocional a madres embarazadas, y las investigaciones a este respecto no son variadas, ya que se inició apenas hace unos años el interés por centrarse en ésta área.

La investigación aquí propuesta, forma parte de los estudios respecto de los inicios del establecimiento del vínculo materno-infantil y la adecuación de formas de intervención de nivel preventivo en esta población específica. Los resultados, si bien no son generalizables, sí aportan datos que enriquecen la teoría y la técnica existente hasta el momento, proporcionando también recomendaciones para futuros estudios.

La investigación arroja propuestas para un nuevo instrumento de intervención, que tiene la finalidad de prevenir trastornos del vínculo materno-infantil, desde el momento de la gestación, de manera que se pueden estudiar manifestaciones muy primarias del vínculo, lo que permite prever acciones futuras de apoyo familiar.

Finalmente, se pretende que con los resultados obtenidos de esta investigación, surjan apoyos para la creación de un "Centro de atención primaria de mujeres embarazadas y madres con sus bebés".

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo es un periodo en el que se presentan diversos estados de equilibrio y desequilibrio emocional, de manera normal se experimenta ambivalencia en el deseo por el bebé que se espera, miedos y ansiedades originados por los cambios fisiológicos, por la historia de vida personal y por el temor a la muerte, conectado con el dolor del parto.

Las distorsiones en la información y cultura reproductiva en la mujer mexicana, también pueden ser causa de ansiedades. Todo lo que escucha la mujer acerca del embarazo y la forma en que se transmite esta información, determina si un embarazo es para sufrirlo o para gozarlo, para temerlo o para buscarlo. De esta forma, tanto la identificación con la propia madre en sus funciones maternas, como las ideas que se tienen acerca del embarazo culturalmente, determinan en cierta medida la actitud hacia este estado.

Durante esta etapa de manera normal se originan estados regresivos, en los que se provoca la necesidad de sentirse apoyada, contenida especialmente por su pareja, pero también por su propia madre.

El periodo de embarazo, también es un tiempo en el que se prepara la creación del espacio emocional para el futuro bebé en el psiquismo de la gestante y el paulatino desarrollo de las funciones maternas propiamente dichas, además del acogimiento en el medio, del nuevo ser, por parte de los padres y la familia.

Todo esto se resuelve y se compensa en el mejor de los casos, al momento que el bebé nace y cumple la expectativa narcisista de sus padres, pero, cuando ese bebé con su llegada decepciona a los padres por un motivo cualquiera, es el origen de múltiples trastornos en las primeras relaciones, que pueden llegar a crear perturbaciones emocionales graves en el curso del desarrollo de los niños.

Por otra parte, Therese Benedek (1983), explica que durante la gestación, las mujeres sanas tienen una mayor capacidad integradora del yo, con lo cual pueden enfrentar las *pulsiones* que ponen a prueba sus reservas fisiológicas y psicológicas.

Únicamente si la organización psicosexual de la mujer está abrumada por conflictos vinculados con la maternidad pueden las condiciones reales activar conflictos más profundos y perturbar el equilibrio psicofisiológico del embarazo. (p. 146)

En investigaciones más recientes, se ha llegado a percibir un proceso de crisis normal incluso en mujeres embarazadas consideradas sanas, sobre todo cuando se trata del primer embarazo, como lo expone Lourdes Arnaldo citando a Pines.

... el embarazo representa una nueva crisis madurativa parecida a la que se da durante la adolescencia y la menopausia dados los cambios psicosomáticos, endocrinos y psicológicos que surgen durante ellas. Por lo tanto se producen una serie de importantes movimientos intrapsíquicos que reactualizan los conflictos no resueltos durante las diferentes etapas del desarrollo previo" (Vives y Lartigue, 1994, p. 123).

La necesidad de la intervención clínico-psicológica, está claramente fundamentada hasta este momento, por ello se plantea el siguiente problema:

¿Cómo instrumentar y aplicar una intervención psicoterapéutica con objetivos preventivos de los trastornos del vínculo materno-infantil durante el proceso de gestación?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Instrumentar y aplicar una propuesta de intervención psicoterapéutica durante el proceso de gestación, con el objetivo de prevenir trastornos del vínculo materno-infantil.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diseñar una intervención psicoterapéutica con objetivos profilácticos de la conformación del vínculo materno-infantil.
- Observar el proceso de la estructuración del vínculo materno-infantil durante la gestación.
- Detectar y analizar las formas defectuosas de vinculación de las gestantes.
- Generar formas sanas de vinculación.

1.4 METODOLOGÍA

Para efectos de esta investigación se ha utilizado el *paradigma cualitativo* y el *estudio de caso*, ya que resultan los más adecuados para el estudio de la estructuración del vínculo materno-infantil y sus vicisitudes durante el proceso de gestación.

1.4.1 MÉTODO CUALITATIVO

La presente investigación se considera cualitativa ya que cumple las características que describen Taylor y Bogdan citados por Alvarez-Gayou (2003) las cuales se aplicaron al estudio, de la siguiente manera:

Esta investigación lleva de forma inductiva al conocimiento de las manifestaciones del vínculo materno-infantil, puesto que al realizar el registro de la observación de las sesiones, se obtienen los datos, que permiten conformar conclusiones para la adecuación del manejo técnico de la profilaxis del embarazo.

El escenario en el que se llevó a cabo la investigación, es un grupo de mujeres en etapa de gestación, reunidas con la tarea del análisis personal de su embarazo, dentro de un proceso de grupo psicoterapéutico.

La función de las investigadoras, fue la de actuar como observadoras participantes con funciones de intervención terapéutica, reconociendo el impacto que las personas de las terapeutas generan en los miembros del grupo. Esto fue constantemente evaluado a través de la supervisión.

Se puso el acento en el marco de referencia de las participantes, para poder evaluar cómo cada una de ellas experimenta su propia realidad del proceso del embarazo.

En la investigación se cuidó exhaustivamente a través de la supervisión: la interferencia de creencias, perspectivas y predisposiciones de las investigadoras, con el objetivo de no alterar los datos que se obtuvieron.

De igual forma se valoró cada una de las perspectivas personales y se consideró la serie de creencias y mitos culturales que rodean el proceso del embarazo y que actúan en los sujetos de investigación.

El trabajar con este enfoque, nos brindó la oportunidad de conocer en lo individual y en lo grupal, las fortalezas y debilidades que como personas poseen los participantes ante la etapa del embarazo y su futura función como madres, tratando así de capturar la esencia humana de este proceso.

Mediante el registro de la observación, se obtuvieron datos válidos acerca de la vivencia del fenómeno del embarazo de cada uno de los participantes y los tipos de vínculo que establecen.

Se cuidó la autenticidad de la investigación, utilizando la triangulación de datos y de investigadores a través de la supervisión del proceso grupal.

1.4.2 ESTUDIO DE CASO

Se empleó el método de estudio de caso para realizar la presente investigación, ya que se realiza una descripción precisa de la realidad limitada, sobre una variedad de fenómenos, estructuras y procesos, en los que se hace resaltar sus características particulares.

El estudio de caso, es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes, porque se trata de objetos específicos y acotados.

El caso singular que se investigó, es la vivencia del embarazo en un grupo de mujeres en estado de gestación, con el que se trabajó mediante el enfoque de grupo psicoterapéutico.

1.4.3 MARCO CONCEPTUAL

La investigación realizada, tiene como base conceptual la teoría psicoanalítica que sustenta el análisis de los procesos grupales y personales, a lo largo del proceso vivido en el grupo de mujeres en estado gestacional.

Desde esta perspectiva psicoanalítica, se consideran: la teoría del vínculo; la formación del vínculo materno-infantil y los trastornos del vínculo.

Por otra parte se toman como modelo de intervención: la prevención primaria y la psicoterapia grupal breve y focalizada.

1.4.4 INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS

Entrevista psicológica a profundidad, para obtener los datos clínicos de la historia personal y familiar de la gestante, así como los antecedentes de su embarazo y los primeros signos del vínculo materno-infantil.

Grupo psicoterapéutico en la modalidad de intervención breve y focalizada.

Análisis de contenido, mediante el registro de la observación clínica de la sesiones de trabajo y la video-grabación de las mismas.

Análisis de texto, de la "Carta al bebé", escrita por cada participante. El análisis se realiza bajo las categorías de reacción contratransferencial de las terapeutas, modalidad de relaciones de objeto de la madre, manifestaciones del vínculo materno-infantil y detección de dificultades en el vínculo materno-infantil.

El programa de trabajo. Ver capítulo IV.

Supervisión y análisis personal de las terapeutas.

La supervisión se realizó en dos vertientes y con dos supervisores con similitud de formación.

- Supervisión del proceso grupal
- Supervisión del proceso de investigación en su conjunto.

Las observaciones de estas dos supervisiones se integran a las realizadas por las terapeutas en el proceso del grupo y en el análisis personal, esto proporciona los elementos necesarios para elaborar una triangulación de datos, cuyos resultados se reflejan en el reporte de la investigación.

1.4.5 SUJETOS

Se trata de un grupo abierto hasta la cuarta sesión, que fluctúa entre 6 y 8 personas femeninas en estado de gravidez, de diversas edades y gestas. En su mayoría asisten con el deseo de conocer más acerca de su embarazo y de calmar sus ansiedades.

1.4.6 DELIMITACIÓN ESPACIAL Y TEMPORAL

La investigación en su conjunto, cuenta con tres procesos de grupo en tres momentos diferentes. Los dos primeros se destacan como antecedentes del **grupo 3**, este último es el que se reporta ampliamente.

El tercer proceso grupal, se llevó a cabo en una institución de asistencia a mujeres embarazadas en condición de desamparo. Se trabajó en las instalaciones facilitadas para este fin particular, el grupo se conformó con gestantes que permanecían

internas en la institución y el proceso se efectuó en julio y agosto de 2005, de manera intensiva quince sesiones de dos horas, dos veces por semana.

1.4.7 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las limitaciones de esta investigación corresponden principalmente, al hecho de que la intervención diseñada especialmente para el trabajo con mujeres embarazadas, depende de un tiempo límite, ya que el mismo embarazo no se detiene al paso del tiempo; es así que la propuesta psicoterapéutica corresponde a una intervención breve, que se lleva a cabo en quince sesiones de trabajo grupal, en las que se focaliza el análisis de los conflictos específicos que ponen en riesgo la relación de la madre con su bebé.

Los objetivos de trabajo resultan limitados, al saneamiento del vínculo materno infantil desde la perspectiva de la psicoterapia breve, la cual no permite la profundización en la conflictiva personal de cada gestante; pero, si bien el proceso psicoterapéutico no ahonda en cada conflictiva particular, sí permite la sensibilización de las pacientes sobre los factores que cada una de ellas requiere continuar trabajando y se les exhorta a ello.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A lo largo de este capítulo, se expone el sustento teórico que permitió el análisis de los fenómenos acontecidos, durante las intervenciones que se reportan, en especial la del **grupo 3 VIFAC**.

En un primer momento, se presenta el desarrollo de los conceptos de la *teoría del vínculo*, que se desprende de los principios de *las relaciones de objeto*, surgida de los postulados del *psicoanálisis*, con lo que se pretende exponer la particularidad del vínculo materno-infantil y posteriormente fundamentar la posibilidad de la prevención de los trastornos del vínculo durante el embarazo.

En un segundo momento, se presentan los conceptos que fundamentan la propuesta de intervención, especificando las características psicológicas de nuestra población y la modalidad de intervención grupal.

2.1 LA TEORÍA DEL VÍNCULO COMO MARCO DE REFERENCIA

La propuesta de intervención que se plantea en este trabajo, fue diseñada con base en los postulados del psicoanálisis y dentro de éste, es la teoría del vínculo la que aporta mayores elementos para la explicación y el análisis de los fenómenos observables del vínculo materno-infantil.

La teoría del vínculo, surge con Pichón-Riviére dentro del llamado movimiento psicoanalítico argentino, en los años 60s a partir de los cursos que imparte en la *Primera Escuela Privada de Psiquiatría Dinámica*.

Con la Teoría del Vínculo - Pichón-Riviére - logra realizar el salto cualitativo de una teoría psicoanalítica predominantemente intrapsíquica a una psiquiatría social, que considera al individuo como una resultante dinámico-mecanicista no de la acción de los instintos y de los objetos internalizados sino del interjuego establecido entre el sujeto y los objetos internos y externos, en una predominante relación de interacción dialéctica, la cual se expresa a través de determinadas conductas. Esto le permite desarrollar una psiquiatría centrada en el estudio de las relaciones interpersonales, que denomina Psiquiatría del Vínculo, psiquiatría dinámica que construye con los postulados del psicoanálisis. (Pichon-Riviére, 1985, p. 10.)

Anterior a Pichón-Riviére, en el enfoque psicoanalítico, se desarrollan los conceptos de las Relaciones Objetales como una teoría predominantemente intrapsíquica, ahora con la *Teoría del Vínculo*, se accede a lo social a través de la interacción, con un concepto más concreto, que centra la atención en lo conductual de las relaciones que el sujeto establece con objetos externos, lo cual informa de las características del vínculo interno.

Relación de Objeto es la estructura interna del vínculo. Un vínculo es, entonces, un tipo particular de relación de objeto; la relación de objeto está constituida por una estructura que funciona de una determinada manera. Es una estructura dinámica en continuo movimiento, que funciona accionada o movida por factores instintivos, por motivaciones psicológicas... El vínculo es una cosa diferente que incluye la conducta. Podemos definir el vínculo como una relación particular con un objeto; de esta relación particular resulta una conducta más o menos fija con ese objeto, lo cual forma un pattern, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto. (Op. Cit., p. 35)

...Es lo que desde afuera estamos observando que sucede en Fulano de Tal, que establece vínculos con uno u otros de una manera particular. Cuando se habla de relación de objeto esto implica más la visión interna, es decir de adentro para afuera. En el trabajo psicoterápico uno de nuestros objetivos es captar el vínculo que el paciente establece con el terapeuta para poder inferir desde ahí el tipo de relación de objeto y la naturaleza de los procesos internos que funcionan dentro del paciente. (Op. Cit., p. 48)

Durante la intervención realizada con los grupos de mujeres embarazadas, se efectúa una observación clínica constante, de las formas de vinculación de las chicas, como uno de los objetivos centrales de esta propuesta, con la intención de identificar de manera temprana, posibles alteraciones en el vínculo materno-infantil.

...El vínculo es siempre un vínculo social, aunque sea con una persona; a través de la relación con esa persona se repite una historia de vínculos determinados en un tiempo y en espacios determinados. (Op. Cit., p. 47)

Nos manejamos bajo la premisa de que la historia y la forma de vincularse de una futura madre con sus objetos internos y externos, nos provee de los elementos para construir un pronóstico del vínculo con su bebé. Así, la historia clínica, su participación en el grupo, la relación establecida con las terapeutas, la manera en que se dirige a su bebé en la carta y su estancia en la institución, nos dio el conocimiento del *vínculo interno* en la madre, es decir, la forma de vinculación que ella posee y que internalizó a raíz de sus primeras relaciones, lo que nos lleva a deducir el pronóstico del vínculo que establecerá con su bebé.

2.1.1 VÍNCULO MATERNO INFANTIL

Queda de manifiesto que gran parte de la relevancia que esta investigación posee, se debe al enfoque que persigue con respecto al estudio del vínculo materno-infantil. La mayoría de los estudios existentes sobre la formación del vínculo entre la madre y su hijo, se refieren al inicio del mismo a partir del nacimiento del bebé; sólo unos cuantos han considerado importante estudiarlo desde el momento previo al nacimiento, es decir: durante el periodo de gestación, tomando en cuenta incluso eventos e información previa a éste.

A lo largo de esta investigación, se ha centrado especial atención a las manifestaciones de estructuración del vínculo, anteriores al momento del nacimiento, con el objetivo intrínseco de profundizar en el conocimiento de las mismas y enfocarlas hacia la prevención de los trastornos en el desarrollo del niño, que pudieran surgir, a consecuencia de deficiencias en el primer vínculo que establecen en su vida: el vínculo con su madre.

Apoya nuestra perspectiva, la propuesta de Michel Soulé, Janine Noël y Anne Frichet.

“El trabajo preventivo con la familia, antes e inmediatamente después del nacimiento del niño, parece esencial en toda política de prevención precoz. Con frecuencia hace posible que no se estructure una psicopatología en el lactante y que éste salvaguarde su salud mental...” (en Lebovici 1995, 441)

Lo que se pretende entonces, a lo largo de la intervención psicoterapéutica descrita en este documento, es apoyar a las mujeres durante la etapa de gestación, a reconocer su deseo por el hijo y a sanear los elementos con los que se está formando el vínculo materno-infantil.

Para entender el concepto de vínculo materno-infantil, tomaremos en cuenta las aportaciones de algunos teóricos con los que coincide nuestra propuesta de trabajo.

En palabras de Juan Vives (1994), al hablar de vínculo materno-infantil dice: *“es el cemento afectivo indispensable para la estructuración psíquica del recién nacido y su paulatina maduración”*. Para este psicoanalista, el vínculo materno-infantil se origina antes de que la madre se encuentre embarazada, *“en una forma totalmente fantasmática antes de que el futuro bebé fuese concebido”* (1994).

2.1.1.1 LA FORMACIÓN DEL VÍNCULO MATERNO-INFANTIL

Las ideas preconceptivas de los padres, son el antecedente del vínculo materno-infantil. El vínculo se inicia de forma imaginaria o fantasiosa, antes de que puedan

percibirse los movimientos del bebé dentro de la madre y va consolidándose de forma evolutiva, atravesando por varios estadios, iniciando con las fantasías tanto del padre como de la madre, hasta la revelación directa del bebé real.

Desde la perspectiva de Juan Vives (1994), quien coincide con Armando Córdova, la conformación del vínculo se establece en dos estadios: el primero de tipo anobjetal, el cual se caracteriza por representaciones mentales de la madre y el padre aún cuando no hay relación con el bebé, y el segundo que ya es del tipo objetal, corresponde al inicio, desarrollo y consolidación de la relación objetal. En éste estadio ya existe una conexión más directa entre las representaciones psíquicas y el bebé real.

El primer estadio llamado anobjetal, se divide a su vez en dos fases que estructuran los precursores vinculares: la fase del deseo, *“...el deseo previo a la concepción de un bebé será el principal ingrediente psicodinámico así como el motor primordial para que el hijo exista. Posteriormente, constituirá la fuerza afectiva que posibilitará el desarrollo del vínculo materno-infantil.”* (Vives y Lartigue, 1994, p. 32); y la fase de la fantasía *“...esta fase ocurre a partir del momento en el que la mujer sabe o sospecha estar embarazada y se extiende durante todo el primer cuatrimestre del embarazo, durante el cual la madre y su feto forman una sola unidad tanto biológica como psicológica...”* (Op. Cit., p. 37)

Posteriormente, el proceso continúa con el segundo estadio, llamado objetal, el cual se caracteriza por ser una fase de relación con un objeto externo interior *...partimos de la noción de que el vínculo entre el bebé y su madre se comienza a formar, de hecho a partir del momento en el que primero se manifiesta como un sujeto diferente de su madre; es decir, a partir del momento en el que, debido al inicio de los movimientos fetales, se rompe en la madre la sensación subjetiva de simbiosis biológica...* (Op. Cit., p. 29)

Y por último, una fase de relación con un objeto real *“...el vínculo que comenzó a formarse durante la etapa anterior se consolida y estructura definitivamente en el curso de la segunda fase que es cuando se establece la relación objetal con el bebé postnatal, real y concreto.”* (Op. Cit., p. 43)

Durante el proceso del **grupo 3 VIFAC**, las cartas que las chicas escribieron para la sesión del **Día 7**, dan cuenta de los procesos internos de estructuración del vínculo, mediante la expresión de sus expectativas, estos corresponden a las manifestaciones del vínculo materno-infantil que se inicia. En el caso de **Angélica**, los movimientos del bebé, aún no le son perceptibles en lo que lleva de embarazo, por eso se le dificulta aún más la conexión con su bebé.

El hecho de tener a chicas en diferentes momentos de la gestación, enriqueció el trabajo que se realizó, ya que, mientras que unas entendían perfectamente las sensaciones que producen los movimientos fetales, otras no tenían ni idea, lo que sumado a su resistencia, en un primer momento, daba la sensación de haber trabajado el punto a destiempo, sin embargo, se observó que la experiencia de las más avanzadas, prepara emocionalmente a las que llevan menos tiempo de embarazo.

Por su parte, Serge Lebovici, retoma la teoría de Bowlby, para señalar la importancia del apego en la relación entre el bebé y su madre, como uno de los primeros momentos en la estructuración del vínculo entre ambos, que en conjunto con las interacciones sociales, darán forma a lo que se conoce por otros autores, como relaciones objetales. Aclara también, que el apego es la parte manifiesta de la relación, mientras que el vínculo es la parte latente.

“La teoría del apego considera la propensión a establecer vínculos afectivamente fuertes con personas particulares, como un componente fundamental de la naturaleza humana, existente ya en forma embrionaria en el recién nacido, manteniéndose en la edad adulta hasta la vejez. En el transcurso de la primera infancia y de la infancia, los vínculos se hacen con los padres (o los sustitutos parentales), quienes son buscados con el afán de encontrar protección, consuelo y sostén. Estos vínculos persisten en el transcurso de una adolescencia y una vida adulta sanas, pero son completados por nuevos vínculos de naturaleza habitualmente heterosexual... Una de las principales características de la teoría del apego es la hipótesis según la cual el comportamiento de apego se organiza por medio de un sistema de control en el seno del sistema nervioso central, análogo a los sistemas centrales de regulación que mantienen entre ciertos límites, los datos fisiológicos, como la presión arterial o la temperatura del cuerpo. La teoría postula, por lo tanto, que de manera análoga a la homeostasis fisiológica, el sistema de control del apego mantiene la relación de una persona con su figura de apego entre ciertos límites de distancia y accesibilidad.” (John Bowlby en Lebovici, 1995, p. 67)

Lebovici describe dos aspectos del deseo de una madre por tener un hijo, por una parte se refiere al niño imaginario y por otra al niño fantasmático. El niño imaginario, es aquél que imagina, cuando se encuentra embarazada, a partir del segundo trimestre de gestación cuando siente la presencia del bebé dentro de ella y dura hasta el tercer trimestre

En el momento en que sobreviene el embarazo... la madre está pronto en presencia de un niño(a) que imagina; ...la madre puede imaginar las apariencias de este niño(a) que querría ver llegar pronto al mundo, aunque sólo fuera para estar segura de que tiene buena salud y está físicamente bien formado." (Lebovici, 1995, p. 112)

El niño fantasmático, es el producto de los antiguos deseos de maternidad que surgen desde la infancia como fantasmas edípicos y cuya identificación con la madre va a permanecer, sobre todo en el caso de que tenga una hija. De tal manera que para este autor, la madre desde las primeras representaciones mentales o protorrepresentaciones, va dando sentido anticipado a las características y capacidades de su bebé, al depositar en él, su propia historia de vida y de familia, en un vínculo intergeneracional.

Lo que le es transmitido a este niño fantasmático no son tanto los hechos conocidos u obscuramente repetidos como la alegoría, sino los conflictos conscientes y repetidos que se agravan cuando surgen dificultades familiares. (Op. Cit., p. 114)

Los Doctores López y León (1990), definen la formación de las fantasías preconceptivas como: "...las aspiraciones y deseos insatisfechos de los padres determinados durante el desarrollo de su ideal del yo, los cuales son proyectados en la prerrepresentación del hijo con el contenido representacional de que el hijo tampoco satisfará las demandas impuestas por el ideal del yo." (p. 20) Estrada Inda Lauro y Salinas Fernández J. Luis. Teoría Psicoanalítica de las relaciones de objeto: del individuo a la familia.

En relación con lo anterior, Miguel Foncerrada (2005) psiquiatra infantil plantea que *...todo ser humano durante las etapas más tempranas de su desarrollo, aún antes de nacer, corre el riesgo de no ser respetado en sus derechos, por ejemplo, en sus necesidades básicas de afecto, seguridad y estímulo. El rechazo de los padres a sus hijos es uno de los problemas más graves que contribuyen a producir trastornos en la personalidad del individuo, psicosis, fármaco-dependencia o conducta antisocial. Por esta razón es necesario comprender que el embarazo no es sólo una cuestión biológica, es una compleja realidad psíquica con grandes implicaciones emocionales,*

familiares, laborales y económicas. Por ello un embarazo no deseado afecta tanto a la mujer como al hijo por nacer, para el cual el rechazo emocional materno puede tener graves consecuencias. La peor de las condenas para cualquier ser humano es nacer y crecer sin ser deseado ni querido.

En el mismo sentido, Luis Féder (1994) desarrolla su teoría sobre el *Psicogenoma*, en la que propone que un hijo está determinado por información familiar que viene desde cinco generaciones antes del momento de su nacimiento, de ahí la preocupación por el trabajo preventivo a través del análisis transgeneracional antes de concebir un hijo.

He podido comprobar mediante la Preconceptología... que el conflicto preconceptivo ambivalente universal sugiere entre otras precauciones, mirar primero hacia adentro y embarazarse después. Esto sería un acto preventivo y moral por excelencia. (p. 29)

Sobre el papel que juegan las representaciones mentales de los padres en el desarrollo psicológico del niño, el Dr. López y la Dra. León (1992) nos hablan que primeramente surgen prerrepresentaciones, las cuales se modelan durante el embarazo y cuyos orígenes se encuentran en la historia temprana de ambos padres; para que más adelante, ya en el contacto real con el bebé, se cristaliza la representación de su hijo. La confrontación de la prerrepresentación con la realidad, da por resultado una representación unitaria del infante que le permite a este último, el desarrollo de sus funciones yoicas.

En este proceso se da, al decir de los doctores López y León (1990), *la transmisión transgeneracional de características psicológicas específicamente humanas. (p.14)*

Durante el embarazo se ponen en juego muchos factores provenientes de las historias de vida de ambos padres, que a su vez tienen determinantes transgeneracionales. Cuando el niño nace, los padres han de confrontar la prerrepresentación que han sintetizado en la imagen real del infante, y han de utilizar dicha prerrepresentación, para basar la relación con él.

La disponibilidad libidinal inicial de los padres, está relacionada con la prerrepresentación y el contacto real con el niño. Todos estos elementos en

interacción con la respuesta del niño, determinarán la solidez de la relación simbiótica y la calidad de la confianza básica, que implica la formación de las prerrepresentaciones ideales narcisistas (alucinatoria) que el niño desarrolla como primordium de su ideal del yo.

Armando Córdova (1994), expone al embarazo como una preparación para la maternidad y de no aprovecharse ésta, podría distorsionar la interacción postnatal de la madre y su hijo. Refiere que el trabajo psíquico de los padres durante el embarazo, puede verse como la necesidad de realizar cambios psíquicos y personales para adaptarse a “estar embarazados”, dicha adaptación se debe a que el embarazo genera muchos cambios fisiológicos en la mujer y a la necesidad de reconocer y concientizarse de la existencia de un nuevo ser, que pronto será una persona autónoma y separada de ella.

Córdova explica que las circunstancias en que una mujer se embaraza, determinan el tipo de vínculo que establece con su bebé. Así, una mujer que se embaraza sin saber que la relación sexual provoca el embarazo o sin tener presente que éste puede ser planeado, no pasa conscientemente por las etapas del deseo y la fantasía, precursores del vínculo.

Esa mujer es distinta a la que desea conscientemente y planea el nacimiento de su hijo. Ésta inicia el vínculo con el deseo y las ilusiones pre-conceptivas, que permiten que el deseo promueva la fantasía, los proyectos y la planeación del futuro embarazo, haciendo que el crecimiento del feto, se de paralelamente con el desarrollo vincular. En otras palabras, el tipo de relación fantasmática, junto con los afectos, determinan la modalidad de desarrollo del futuro bebé. La relación fantasmática se basa en la imaginación, expectativas y proyectos que los padres tienen para su hijo.

Las condiciones en que se dio el embarazo de las integrantes del **grupo 3 VIFAC**, no son alentadoras para el buen desarrollo del vínculo, estas chicas no contaban con

recursos psíquicos suficientes para planear conscientemente su embarazo, de manera que pusieron en riesgo la salud mental de los hijos por nacer. La intervención psicoterapéutica que se realizó con ellas, permitió en algunas, llevar a cabo una acercamiento a la *adopción emocional* de su propio bebé. Se espera entonces que ese hijo tenga una mejor oportunidad de adaptación a la sociedad.

Tomando en cuenta que para Pichón-Riviére el vínculo es “... la manera particular en que un sujeto se conecta o relaciona con el otro o los otros, creando una estructura que es particular para cada caso y para cada momento.” (Pichón-Riviére, 1985, p. 7), hablamos entonces de que la conducta más o menos fija que se tiene con el objeto, forma un patrón, tanto en su relación interna como en la externa.

Una de las líneas de investigación en el **grupo 3**, fue el análisis del vínculo establecido entre la gestante y su madre internalizada, a través de la identificación que se establece con ésta, es lo que determina en parte, su papel como futura madre.

... lo que lleva a la madre al rechazo de su hijo y a frustrarlo, a menudo cruelmente, proviene tanto de su identificación inconsciente con la imagen de su propia "madre mala" como de los impulsos infantiles ligados a esta imagen. (Langer, 1992, p. 65)

Las integrantes de este grupo, no presentaban un deseo real de crianza y no planearon su embarazo, factores que aunados a experiencias de abando no vivido, a consecuencia de vínculos defectuosos con sus madres, les resulta difícil establecer por sí mismas, un vínculo sano con su bebé.

... desde el punto de vista de la psiquiatría y del psicoanálisis lo que más nos interesa es el vínculo interno, es decir, la forma particular que tiene el yo de relacionarse con la imagen de un objeto colocado dentro de uno. Ese vínculo interno está entonces condicionando a aspectos externos y visibles del sujeto. (Pichón-Riviére, 1985, p. 35 y 36)

Las características particulares de esta población, hicieron que el vínculo entre terapeutas y pacientes, estuviera siempre oscilando con matices entre la voracidad y el retraimiento, dificultando por momentos la contención de las chicas, quienes necesitaban sentirse seguras durante el tratamiento.

...El paciente se pregunta a sí mismo si el analista aceptará lo que quiere depositarle. La actitud del terapeuta debe ser entonces la de un depositario desaprensivo, con poca ansiedad y capaz de aceptar en depósito cualquier cosa que el paciente requiera colocarle... Podemos decir que la fantasía última de lo que es la psicoterapia es la posibilidad de depositar confianza en el otro. Y ese depositar confianza tiene su expresión concreta en la vida mental del paciente a través de la depositación de determinados contenidos psicológicos. (Pichón-Riviére, 1985, p. 110)

2.1.2 EL DESEO POR EL HIJO

Se ha considerado comúnmente, una diferencia entre el deseo y la planeación de un hijo, especificando el deseo por el hijo, al hecho de que una mujer posea la disposición psicológica consciente o inconsciente para el embarazo; y a la planeación del embarazo, como el hecho consciente del deseo de un hijo, concretizado en un tiempo y espacio determinados.

Las observaciones y el análisis de los casos estudiados en el **grupo 3** durante la investigación, nos llevaron a considerar la imposibilidad de un "no deseo" de embarazo o de hijo. Aún cuando en ningún caso, el embarazo fue planeado; en todos fue deseado de forma consciente o inconsciente, pero con fines muy alejados de un deseo real de crianza, es decir: el deseo de poner en práctica sus capacidades de intimidad, cuidado y ternura en un ser indefenso y dependiente, por un lapso de tiempo considerable.

Lo anterior es mencionado por Féder, cuando se refiere a la importancia de analizar el deseo por el hijo antes de tenerlo, ya que de este deseo, depende la personalidad del hijo y su capacidad de relación y adaptación a la sociedad.

...los hijos concebidos sin amor, si se salvan del aborto, irán percibiendo su rechazo inicial, y procurarán no salvar a la humanidad del rencor que despiertan estos antecedentes de algún modo percibidos. A la inversa, los hijos más deseados estarán re-elaborando amor inicial, tendrán poca inclinación para dejarse atraer por redentores falsos, o admirar y dejarse hipnotizar por bastardos militaristas y sus compinches, posando como si fuesen redentores, a la vez que despliegan sus sádicas ideologías. O sea, por el contrario, que los hijos predominantemente bien deseados mantienen buenos objetos-introyectos y buenas relaciones de objeto externas... (Féder, 1994, p. 29-30)

Para Juan Vives (1994), existen varios tipos de deseo por el hijo: el narcisista, que se expresa como una fantasía de completud omnipotente; el de verse reflejado en su bebé, dando a la vida propia un sentido de inmortalidad y permanencia a lo largo del tiempo; al de tener un hijo, para que se realice lo que los padres no pudieron hacer; el de renovar viejos vínculos con el pasado y por lo tanto, invertir al bebé, con características de otra persona; también se presenta el deseo de reparar la imagen de la madre dañada en la fantasía. En general el tipo de deseo de la madre, es lo que determina el tipo de fantasías que ésta y el padre tengan del bebé.

En las integrantes del grupo analizado, el deseo que generó su embarazo tiene motivaciones que responden a necesidades narcisistas, así por ejemplo, como le ocurre a **Angélica**, al desear otorgar a su madre el hijo varón que nunca tuvo; o el deseo de procrear a quien más tarde deberá encargarse de cuidarla, como se observa con **Ana**; y el deseo de engendrar al hijo del padre, tan anhelado edípicamente como en **Zarina**.

Este bebé deseado no por un fin meramente de crianza, sino por motivaciones alternas, estará dentro de un vínculo que desencadenará dificultades de relación con la madre y posteriormente es probable que también con el mundo que le rodea.

La propuesta de intervención motivo de este trabajo se enfoca en hacer conciente a las gestantes su verdadero deseo por el hijo, las vicisitudes de su identificación con sus padres y la herencia familiar que tenderán a repetir, con el fin de apoyarlas a hacer higiene mental, en el vínculo con ese bebé que está por nacer

...para convertirse en progenitor es necesario haber trabajado previamente en sí mismo, y comprender primero que hay algo heredado de los propios padres. No hablo de la parte genética o programada como el apego, hablo de lo aportado por la transmisión intergeneracional. (Lebovici, 2002, p. 4)

Además como lo refieren Jessner, Weigert y Foy

La condición óptima de la parentalidad es... una unión (de pareja) compatible capaz de reducir a un mínimo tolerable las frustraciones, angustias y discordias de la vida cotidiana, y de proveer, al mismo tiempo, una reciprocidad creadora y una espontánea solidaridad. (En Anthony y Benedek, 1983, p. 243)

El grupo estudiado, se caracterizó por encontrarse en una situación muy alejada de lo óptimo, por ello la necesidad de apoyo era inminente. Con esta propuesta de intervención se ayuda a la futura madre a reconocer la ambivalencia del deseo por su hijo, reconociendo lo desagradable del embarazo y trabajándolo para que no lastime el vínculo con el hijo; y al mismo tiempo, resaltando lo agradable de ser madre para transmitirlo a su hijo, en cada etapa de su desarrollo.

2.1.3 LOS TRASTORNOS DEL VÍNCULO

Gran parte de la psicopatología infantil, actualmente puede encontrar su origen en el vínculo que las madres establecen con sus hijos, ya que no se presta la debida atención a las necesidades emocionales de la embarazada. La frustración impuesta de sus necesidades y la represión de sus temores y fantasías pueden ser también factores predisponentes de trastornos vinculares.

Entre los factores que representan riesgo de desencadenar psicopatología del embarazo (abortos o esterilidad), del vínculo (psicopatología del bebé), o trastornos psicológicos en la madre (depresión), por mencionar algunos, se consideran: la adaptación a un primer embarazo; la fatiga por el incesante trabajo materno cuando se tienen varios hijos; privaciones reales, frustraciones no aliviadas, desamparo y desolada angustia que las acompañan; ira extrema; ansiedades, frustraciones y pesares de la infancia; y vicisitudes de las identificaciones con la madre.

La ambivalencia materna hacia el bebé puede tomar un curso negativo en caso de que predomine la depresión postparto. Es común que la madre se muestre desde indiferente hasta agresiva con él, a quién siente como un extraño. La impresión de extrañeza se da, cuando la mamá no encuentra, en su bebé real lo imaginado en el embarazo. Es común que la madre experimente estos sentimientos, a su regreso al hogar, cuando con tristeza y soledad, siente la grave responsabilidad que la espera.

Vives, Lartigue y Córdoba (1995), enfatizan la importancia de tener en cuenta que la madre es quién organiza la estructura psíquica de su bebé, no obstante que trae consigo su propia constitución y comportamientos automatizados.

Los acontecimientos en la vida de la mujer, como los previamente descritos, alteran la relación que establece con su bebé, originando una psicopatología del vínculo, que siguiendo a Bowlby, se generan en la medida en que el tipo de apego entre la madre y su hijo, van alejándose de la salud mental. Tres son los esquemas que este autor maneja: apego seguro, apego angustiado o ambivalente y apego angustiado evitante.

En el apego seguro "*...el individuo tiene confianza en el hecho de que su madre-padre (o figura parental) está disponible, le responde y lo ayuda en el caso de verse enfrentado a situaciones adversas o que lo asustan. Con esta confianza se siente alentado en sus exploraciones del mundo. Este esquema es favorecido por un padre, y durante los primeros años, especialmente por una madre; cuando ésta se encuentra fácilmente disponible y acuda en ciertas ocasiones, es sensible a las señales del niño(a) y reacciona con amor cuando éste busca protección y/o consuelo.*" (John Bowlby en Lebovici y Halpern, 1995, p. 133)

Cuando se trata de un apego angustiado o ambivalente "*...el individuo no está seguro de que su progenitor(a) esté disponible y le responda o lo ayude si él llama. Debido a esta incertidumbre, siempre estará sujeto a esta angustia de separación, tenderá a pegarse a la progenitora y se mostrará angustiado al ir a explorar el mundo. Este esquema se ve favorecido por una madre-padre que esté disponible y acuda en ciertas ocasiones pero en otras no, por medio de separaciones y, particularmente, de amenazas de abandono como recurso disciplinario.*" (Op. Cit., p. 133)

La atención especial se requiere en el caso de que el apego sea de tipo angustiado evitante, ya que en este, "*...el individuo no tiene ninguna confianza en el hecho de que si busca cuidados se le responda de modo útil y, por el contrario, espera un rechazo. Intenta vivir su vida sin amor ni apoyo por parte de los demás. Trata de ser autosuficiente en el plano afectivo y puede ser diagnosticado como narcisista o con un falso self. Este esquema es consecuencia del rechazo de la madre hacia este individuo cuando se acerca a ella para buscar consuelo y protección. Los casos más extremos provienen de rechazos repetidos y de maltrato, o de estancias prolongadas en instituciones...*" (Op. Cit., p.133). Este tipo de niños se comportan retraídos y tienden a maltratar a los demás, serán propensos entonces a realizar conductas antisociales de riesgo para ellos y para la sociedad.

Estos diferentes esquemas de apego, son la base teórica en la que los investigadores posteriores a Bowlby, se han servido para proponer sus propios esquemas de clasificación del apego materno-infantil. En nuestro país, Teresa

Lartigue y Armando Córdova (1995), retoman dichas clasificaciones y utilizan cinco grandes categorías para englobar la patología en la relación materno-infantil: desapego, apego ansioso, apego interrumpido, apego desorganizado y trastorno reactivo del apego. (Op. Cit., p. 192).

Des-apego: se caracteriza por un vacío relacional que es generado por la privación materna, en la que el niño sufre la ausencia de diversos cuidados y la falta de estimulación, ya sea por ser criado en una institución o porque su madre o cuidador no tiene disponibilidad emocional, debido a una enfermedad mental o una adicción.

Apego ansioso: ocurre en el niño que establece una relación focalizada con la madre o cuidador y percibe de ellos algún conflicto en la disponibilidad emocional y física, como en el caso de ausencias de la madre, separaciones frecuentes, amenazas de abandono o suicidio efectuadas de los padres o peleas parentales violentas. Este tipo de apego puede tener diversas manifestaciones por parte del niño con respecto a su madre o cuidador, hacia quienes actúa evitante, resistente o incluso protector.

Apego interrumpido: se presenta ante eventos de separación temporal de la madre o por la pérdida de la misma, lo que la convierte en una separación definitiva. El impacto psicológico que provocan, varía dependiendo la intensidad del evento y la edad del niño.

Apego desorganizado: surge en los casos en que se tiene una madre caótica que actúa con cambios extremos, impidiendo anticipar reacciones congruentes y consistentes, que son vividos por el niño como traiciones que dificultan su adaptación. En la edad adulta se comportará de igual forma que su madre, con mecanismos defensivos como la disociación y la escisión.

Trastorno reactivo del apego: los niños que lo sufren, presentan gran dificultad para iniciar y responder a la mayoría de las interacciones sociales; además, su desarrollo físico es deficiente, corresponde con el trastorno *failure to thrive* identificado por los nutriólogos como un síndrome no orgánico, de detención del desarrollo.

De igual manera, se pueden considerar como trastornos del vínculo el rechazo, la sobreprotección y la perplejidad de la madre, definido por Ana Freud, David M. Levy y William Goldfarb respectivamente.

...Las expresiones rechazo materno y sobreprotección materna abarcan el espectro de actitudes parentales, desde las normales –o sea, adecuadas en lo biológico y lo psicológico- a las patógenas –esto es, nocivas para el hijo en diferentes grados-. En sí misma, ninguna de estas expresiones designa una efectiva condición patológica de la madre, sino sólo la tendencia a responder al hijo con arreglo a lo señalado por ellas. (En Anthony y Benedek, 1983, p. 378)

Ana Freud, refiere que la privación de compañía y cuidados maternos puede ser por razones externas, físicas y emocionales, o por ambas y se deben especificar los grados y tipos de la falta de amor materno hacia el bebé, para poder establecer el daño en el mismo. Con este fin, se establece la siguiente clasificación:

1. *Rechazo por contrariedad de la madre*: cuando la mujer nunca pensó en tener un hijo o no quería tenerlo en el momento de quedar embarazada. El trato al bebé se caracteriza por la contrariedad en la madre.
2. *Rechazo por anormalidad de la madre*: ocurre en mujeres con personalidad distorsionada por elementos psicóticos, o afectadas por una psicosis circunscripta.
3. *Rechazo por separación*: cualquier separación entre las madres y bebés es vivida por estos últimos como rechazo, no importando el motivo de la separación.
4. *Rechazo por inconstancia afectiva*: cuando la madre por tener "la cabeza en otro lado", pierde la retención afectiva de su hijo. Puede conducir al niño a apartarse, perderse o irse lejos afectivamente.

5. *Alternancia entre rechazo y aceptación*: una madre aceptante de su hijo, puede fluctuar hacia una forma rechazante, cuando la conducta del niño en cierta etapa del desarrollo le despierta viejos conflictos.
6. *Rechazo a pesar de la devoción*: la madre más amorosa es al mismo tiempo la más rechazante, debido a la responsabilidad que tiene, de imponer el principio de realidad a su hijo.

La sobreprotección materna tal como la define David M. Levy, es un cuidado excesivo de los hijos por la madre cuyas manifestaciones están en un *contacto excesivo; infantilización; estorbo de cualquier conducta independiente y la falta o el exceso de control materno*. El grado de afectación en el niño depende del grado y la intensidad de la sobreprotección.

...En cambio, la perplejidad parental, como aquí se presenta, es un síntoma bien definido del progenitor, que a su vez genera un síntoma definible en el hijo. (En Anthony y Benedek, 1983, p. 414)

Entendiendo *perplejidad parental*, cuando:

1. *En lo exterior, una notable ausencia de actividad parental organizada. Los padres son pasivos e inseguros en grado extremo. Se mimetizan con el ambiente y muestran insincera blandura.*
2. *Una falta de espontaneidad parental, así como de percatación directa de las necesidades del hijo. El progenitor realiza de manera mecánica las tareas parentales, sin aptitud alguna para hacer empatía con el hijo.*
3. *Acosado por la extravagancia o la naturaleza destructiva de los síntomas del hijo, el progenitor muestra evidentes signos de perplejidad. A menudo esto es verbalizado como "No se que hacer" o "Dígame qué debo hacer".*
4. *El hijo reacciona como si no hubiera límites externos ni internos. Se le observa confusión, una actividad incontrolada, reiterativa, carente de metas, y la no sofocada y permanente emergencia de respuestas de miedo y de rabia. (Goldfarb y col., 1983, p. 414 y 415)*

En el enfoque de Michel Soulé, Janine Noël y Anne Frichet son factores de riesgo en la mujer embarazada y para el vínculo que establecen con su bebé, los siguientes:

- *Antecedentes obstétricos, abortos espontáneos o provocados*
- *Antecedentes psiquiátricos (intento de suicidio, drogas, alcoholismo, etc.)*
- *Impedimento físico*
- *Antecedentes personales (familias disociadas, internamientos con ayuda social en la infancia)*

- Situación actual de la madre: mujer sola célibe, en trámite de divorcio o en ruptura con sus padres)
- Edad de la madre
- No tiene domicilio fijo u hotel, o malas condiciones de alojamiento
- Declaración tardía del embarazo
- Embarazos anteriores no vigilados
- Condiciones de vida con fatiga excesiva (trabajo, traslados, etc.)
- Antecedentes de rescate temporal (R.T.) u otros internamientos para otros niños
- Ningún proyecto futuro para el niño que va a nacer ni para su custodia
- No tiene seguro social (En Lebovici y Halpern, 1995, p. 448)

Bajo este enfoque, una de las preocupaciones centrales de las terapeutas fue la de atenuar la afectación que se pudiera estar gestando en el vínculo entre las integrantes del **grupo 3** y sus bebés, por que todas estas futuras madres sufrían más de tres de estos factores de riesgo. Esta idea se ve reforzada por Serge Lebovici (1995), al decir que:

Se puede ya afirmar que las perturbaciones funcionales del bebé tienen toda la probabilidad de ser una de las consecuencias de las dificultades maternas; cuando la madre sufre de depresión o ansiedad, estos estados repercuten en su comportamiento materno... la patología del bebé es la expresión del estado de aquellos que lo crían, pero también –algo que tiende a olvidarse–, que él mismo puede ayudar a estos últimos.

Por su parte el bebé puede desarrollarse de modo inarmónico o presentar impedimentos congénitos que amenazan con alterar el programa de las conductas maternas y producir en la madre reacciones depresivas. Éstas no pueden más que agravar las condiciones iniciales del pequeño. (p. 198)

La salud mental de estos bebés, requiere que la función materna ejercida hacia él, garantice el equilibrio psicosomático de calidad, a través de cualidades esenciales de la relación con su madre; los que son: plenitud, flexibilidad y estabilidad.

La plenitud es toda riqueza contenida en la interacción imaginaria y fantasmática. Fecunda las funciones biológicas con su infiltración libidinal, apuntala el apego con su carga afectiva e impulsa a desarrollar la anticipación de los proyectos de la madre contruidos por su bebé, contenido a la vez en su presencia actual y en su porvenir.

La flexibilidad designa la permeabilidad de la mutua adaptación a estas dependencias temporales y espaciales que son infinitas, armonía rítmica, balanceo del niño en los brazos de la madre mientras ésta camina, cantos y modulaciones vocales.

La estabilidad se funda, antes que nada, en la permanencia de la relación con el objeto comprometido –la madre o su sustituto– y, dentro de esta relación, en la coherencia de los cuidados maternos. (Op. Cit., p. 271)

De no existir estas condiciones necesarias para la salud mental del bebé, podría surgir en él, lo que se llama trastornos del vínculo, que es el objetivo de esta

investigación: prevenir. Se consideran trastornos del vínculo materno infantil, padecimientos como los que menciona Kreisler:

- *Modelo de la Neurosis Infantil: Fobia a una cara extraña*
- *Autismo de Kanner*
- *Psicosis infantil*
- *Expresión somática de la psicopatología: Asma y Eczema*
- *Problemas del dormir y del sueño*
- *Conductas alimentarias desviadas: Anorexia común precoz o anorexia de oposición, Anorexias neonatales, Mericismo y Vómitos psicógenos*
- *Colopatías funcionales: Síndrome de colon irritable* (En Lebovici y Halpern, 1995, p. 202 - 323)

Si a los factores de riesgo, se le suma un embarazo no planeado, con un claro *no deseo de crianza*, irremediamente llevan a producirse trastornos del vínculo materno-infantil; como lo estamos viendo, parecen ser el origen de patologías importantes en el infante, que sin tratamiento, degeneran en trastornos de la personalidad y sociopatías.

Los trastornos del vínculo, son frecuentemente el motivo del trabajo psicoterapéutico, que en consulta particular las investigadoras atendemos, situación que nos motivó directamente a proponer la intervención descrita en este documento, con el objetivo de prevenirlos desde un momento tan temprano como es la gestación, a través del trabajo con las mujeres durante su embarazo.

2.2 LA INTERVENCIÓN

2.2.1 ANTECEDENTES

Para explicar la relevancia de esta investigación, se ha considerado necesario partir de una perspectiva histórica de la atención que se ha brindado a la mujer embarazada en nuestro país, analizándola a través del tiempo hasta nuestros días.

El campo de la salud perinatal en México, es muy reciente si se le considera desde el aspecto científico, puesto que tiene menos de cien años, desde que se instituyeron

las condiciones necesarias para que la atención a la mujer durante el parto, se realice de forma higiénica y salubre.

Anteriormente se practicaba esta atención, en base a las experiencias que otras mujeres tenían sobre sus propios partos y eran ellas quienes se ayudaban entre sí. Esta situación generó una gran cantidad de mitos, creencias y ritos, los que continúan en cierta medida hasta nuestros días, caracterizando la actitud que las mujeres embarazadas toman con respecto a la reproducción y al maternaje.

Desde la época prehispánica, se conoce la manera en que las mujeres con mayor edad y experiencia, ayudan durante el parto a otras mujeres e indican la forma especial como debían cuidarse a lo largo del embarazo. Por otra parte, los rituales mágico religiosos siempre acompañaban el momento del parto, donde se reconocía la valentía de la parturienta a enfrentar tal hazaña, semejante a los momentos en que los guerreros luchaban contra el enemigo.

Las encargadas de realizar la atención y seguimiento del embarazo... eran las llamadas "comadronas"; mujeres generalmente adultas, que podían dedicarse a la medicina sólo después de la menopausia, es decir, cuando habían quedado limpias de menstruaciones y partos. Ellas contaban con la experiencia de sus propios embarazos y la herencia de un sin número de creencias al respecto, que aplicaban al cuidado de las mujeres gestantes hasta la atención del parto, evento que daba fin a sus servicios... A la mujer en el parto se le llamaba valiente y esforzada como águila y tigre, pues había usado varonilmente la rodela en la batalla, peleando contra la muerte; en ese trance, la partera animaba a la parturienta con gritos de guerra... (López, 2001, p. 18)

Los rituales se fueron modificando conforme avanzó el tiempo y nuevas costumbres se generaron entre la sociedad. En el tiempo de la colonia, con un nuevo tipo de creencias religiosas fuertemente marcadas, las "parteras" son quienes ayudadas por las "tenedoras" apoyaban los partos. Esto ocurre en condiciones antihigiénicas fuertemente criticadas por los primeros médicos de la época, quienes argumentan que de tal situación se derivan las innumerables muertes de neonatos y madres.

El esfuerzo de los médicos hacia una mejor atención durante el parto continuó, pero antes de lograr ofrecer estos servicios en un área especial de maternidad dentro de

los hospitales, tuvieron que enfrentarse a la arraigada costumbre de la gente de acudir con las parteras, con la diferencia de que para el año 1858, estas mujeres comenzaron a recibir enseñanza formal mediante manuales.

No es sino hasta 1929 (López, 2001) que el Dr. Isidro Espinoza de los Reyes, propone los lineamientos del servicio de higiene materno infantil, inicio de los cambios en esta práctica y surge seis años después en 1935, la primera Ley de maternidades y servicios de maternidad, que establece entre sus objetivos el control perinatal.

El enfoque de la atención perinatal, natal y postnatal de la madre y del bebé, se ha mantenido en mejora continua como lo demuestra la “*Norma oficial mexicana para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido*”, que la Secretaría de Salud emite en 1995.

El avance en otras partes del mundo como en el caso de Europa, no se queda en brindar el cuidado médico a las gestantes y sus hijos; de manera que se genera desde 1939 el enfoque educativo, para que las mujeres se preparen durante su embarazo, conociendo la información acerca del proceso biológico que están viviendo, de tal forma que comprendan la situación y cooperen con el personal médico que las atiende.

Surgen así los llamados cursos psicoprofilácticos, consistentes en la atención educativa durante el embarazo, teniendo su origen con el Dr. Read quien en Inglaterra en el año de 1939 propone el “*método de preparación para el parto*”. Siguió a esta propuesta Velvelosky y Platonov, en la antigua URSS, quienes basándose en los reflejos condicionados de Pavlov generaron su “*Método de psicoprofilaxis de los dolores del parto*”. Más tarde el Dr. Fernand Lamaze llevó ese método por toda Europa con el nombre de “*El parto sin dolor*”. En México fue introducido en 1958 y sigue transmitiéndose por las mismas mujeres que reciben sus beneficios. (López, 2001)

Este es el caso de los cursos impartidos por la Asociación Nacional de Instructoras de Psicoprofilaxis, que consisten en grupos de trabajo en los que se enfocan a la tarea de un entrenamiento principalmente físico-muscular para el momento del parto, con información teórica del proceso biológico del embarazo y el parto. En estos cursos se realiza cierto nivel de contención de ansiedades con el manejo de “consejos para ser buena mamá”.

Sin embargo, el aspecto emocional es manejado con deficiencias importantes, en primer lugar por el hecho de que quienes coordinan estos grupos no poseen la preparación de psicoterapeuta que se requiere, por lo tanto no se da espacio, entre otras cosas, a la expresión de las fantasías que manifiestan la ambivalencia del deseo por el hijo que se espera, esto puede llenar de ansiedad a quién coordina y a las demás mujeres del grupo, sin saber que hacer, por consecuencia se tiende a reprimir este tipo de expresiones, dando lugar a que sólo se fomente hablar del aspecto hermoso del embarazo.

Por otra parte, los médicos ginecólogos generalmente toman con recelo este tipo de preparación, ya que la “*mentalización*” que realizan con las mujeres, en ocasiones obstruye el manejo que necesitan ejecutar.

Otro tipo de trabajo realizado con mujeres embarazadas, es el que desempeña por su parte el Instituto Nacional de Perinatología (2001), el cual difunde materiales y entrenamiento teórico y práctico a educadores en salud perinatal, con la finalidad de intervenir con mujeres embarazadas, con un proceso en el que se pretende que éstas, aprendan a cuidar su salud durante el embarazo y la del bebé cuando nazca.

El enfoque de la intervención de este Instituto, está orientado básicamente al aspecto médico-biológico, aunque toman en consideración los elementos socioculturales y educativos, sin embargo, el aspecto emocional únicamente llega a mencionarse de forma superficial.

El diseño de estos métodos de enseñanza denuncian y se sustentan en la prevalencia del enfoque biologicista de la medicina, aún cuando pueden llegar a tomar en cuenta los aspectos sociales y culturales, no alcanza a vislumbrar la importancia real de los procesos psicológicos, que se presentan durante el embarazo y la repercusión que tienen en el nivel de salud.

Vives y Lartigue (1994), plantean las bases para la realización de una investigación de corte psicoanalítico con mujeres gestantes, cuyo interés se centra en:

...poder realizar intervenciones preventivas durante la gestación... para poder intervenir en las primerísimas etapas de la constitución de un nuevo ser, en el campo de la salud perinatal, que comprende también lo que se ha denominado Psicología fetal, desarrollo temprano y psiquiatría de la primera infancia: campo privilegiado de la prevención primaria y de las intervenciones en el nivel de atención primaria de la salud. (p. 65)

Las investigaciones del vínculo entre madre e hijo, tiene más historia, cuando se estudia observando la interacción entre ambos, que aquellas investigaciones realizadas durante la gestación, empleando como premisa, lo que sucederá cuando el bebé nazca.

Entre las primeras exploraciones al respecto, se encuentra la realizada en 1991 por Fonagy, Steele y Steele; ellos entrevistaron a 100 mujeres primigestas durante su embarazo y volvieron a contactarlas al año para observar el vínculo que establecieron con sus pequeños. Los resultados arrojan que se pudo predecir el tipo de relación madre e hijo en el 75% de los casos. (En Vives y Lartigue, 1994, p. 11).

Por otra parte, en el mencionado Instituto Nacional de Perinatología se ha venido realizando una serie de investigaciones durante el proceso del embarazo, entre las que podemos mencionar aquellas relacionadas con el estudio de las consecuencias de la buena nutrición; el embarazo en adolescentes; el seguimiento prenatal tanto de la madre como del bebé; y se ha llegado a brindar psicoterapia a las mujeres, que se detectan con pronóstico de dificultad para establecer un vínculo sano con su bebé. Dicho tratamiento, se ofrece de manera individual y se extiende en ocasiones hasta

el primer año de vida del bebé, realizando observaciones de la interacción entre ambos.

En 1991, se realizó una investigación interdisciplinaria e interinstitucional con la colaboración del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), la Universidad Iberoamericana y la Asociación Psicoanalítica Mexicana, donde se estudió a 64 mujeres embarazadas, 42 eran adolescentes y las 22 restantes adultas, con el objetivo de documentar el impacto del apoyo psicológico brindado a largo de la gestación, sobre la ganancia materna de peso y el peso al nacer del producto.

Se les realizó una entrevista y les aplicaron pruebas psicológicas, con la intención de detectar aquellas con posibilidades de presentar conflictos en el vínculo afectivo con su bebé. Al grupo que requería intervención, se le canalizó a recibir psicoterapia semanal durante una hora. A todas las participantes se les midió la ganancia de peso que conseguían durante el embarazo, llegando a la conclusión, que las adolescentes que no recibieron el apoyo de la psicoterapia, no consiguieron el aumento significativo que conseguían las adultas y las adolescentes en tratamiento. (Vives y Lartigue, 1991)

En base a esta misma investigación, en 1992, Juan Vives y Teresa Lartigue psicoanalistas e investigadores mexicanos, realizaron un estudio sobre la Formación del vínculo materno infantil, con pacientes que asistían a control perinatal desde la semana dieciséis de gestación; el trabajo realizado con ellas, estaba centrado en la psicoterapia breve focalizada en el vínculo. Se estableció un contrato de trabajo por veinte sesiones antes del parto, mismo que podía renegociarse por otras veinte sesiones más. El tratamiento ofrecido a estas pacientes, fue individual y basado en temas como: la identificación con la propia madre, el origen del deseo, los antecedentes del embarazo, la situación de pareja, el sexo deseado para el bebé y los conflictos edípicos. (Vives y Lartigue, 1994, p. 28.)

Otras investigaciones que se realizan actualmente son las de la Organización Cero a Tres, en Kansas EUA, con mujeres que acuden a la clínica de salud mental perinatal. Esta organización se propone detectar de forma temprana, los conflictos emocionales y psicosociales que los padres puedan tener durante el embarazo e intervenir con la finalidad de favorecer en el bebé mayores oportunidades de desarrollarse sanamente. (Maldonado-Durán, 2000)

Las intervenciones que se proponen van en relación a las problemáticas que más frecuentemente se presentan en dicha clínica, que son: tensiones y problemas con el embarazo normal, tensión y ansiedad excesivas durante el embarazo, negación del embarazo, no aumento de peso durante el embarazo, depresión durante la gestación, patología de destino y síntomas somáticos repetidos e inexplicables. Aquí se proponen manejos específicos para cada situación, a manera de sugerencia sin una sistematización del tratamiento.

Uno de los productos de la investigación anteriormente citada de Juan Vives y Teresa Lartigue (1994), psicoanalistas mexicanos, es la publicación de un *Manual de Psicoterapia Breve durante el Embarazo y la Lactancia*. En este manual se realizan las especificaciones para un tratamiento psicoterapéutico con mujeres embarazadas y ha funcionado como eje central de nuestra propuesta.

2.2.2 LO PROFILÁCTICO Y LO TERAPÉUTICO

Como se ha mencionado anteriormente, este proyecto nace como un curso de orientación a padres, con la finalidad de que mujeres embarazadas estén bien informadas del proceso del embarazo, de la importancia de su función como futuras madres y por otra parte, ocuparnos de la prevención de trastornos emocionales en los niños.

Al inicio de este trabajo, nos toma por sorpresa, los altos niveles de ansiedad que presentan nuestras estudiadas y más se ve la necesidad de un tratamiento psicoterapéutico, que la de una educación; sin embargo no deseamos perder el sentido profiláctico, con el que nace esta propuesta y para ello nos vemos en el requerimiento de establecer, que lo profiláctico muchas veces llega a ser terapéutico y lo terapéutico siempre es profiláctico.

El mismo Freud en *Análisis terminable e interminable*, hace referencia a la importancia que tiene el tratamiento psicoanalítico como motor preventivo de otros conflictos, que también forman parte del psiquismo de los pacientes.

...Las dos cuestiones deben trabajarse juntas – si durante el tratamiento de un conflicto pulsional, uno puede proteger al paciente de conflictos futuros, y si es realizable y acorde al fin despertar con fines profilácticos un conflicto pulsional no manifiesto por el momento – deben tratarse juntas, pues es evidente que la primera tarea sólo se puede solucionar si se resuelve la segunda, vale decir, si uno muda en conflicto actual, y somete a un influjo, el conflicto posible en el futuro. (Freud, 1937, p. 211)

En el caso de esta intervención, el conflicto futuro no se relacionará únicamente con la madre, sino que repercutirá directamente en el hijo, de ahí la importancia de tratar a la madre y prevenir al mismo tiempo los trastornos en los hijos.

Por su parte José Bleger (1966), en su libro *Psicohigiene y psicología institucional*, resalta la importancia de la labor preventiva del psicólogo, anteponiéndola a la del tratamiento de la enfermedad misma.

...La función social del Psicólogo clínico no debe de ser básicamente la terapia, sino la salud pública, y dentro de ella, la higiene mental. El Psicólogo clínico debe intervenir intensamente en todos los aspectos y los problemas concernientes a la Psicohigiene y no esperar que la gente enferme para recién poder intervenir... (p. 27)

Y propone como objetivos de la higiene mental: la posibilidad de una mayor proporción de curaciones; el diagnóstico precoz de las enfermedades mentales; la prevención de éstas y por último atender la rehabilitación, sin dejar de ver los efectos profilácticos de los tratamientos psicoterapéuticos.

...la terapéutica –por ejemplo- rinde beneficios directos a la profilaxis en cuanto que curar a un sujeto puede significar que él no gravite patológicamente sobre sus hijos, y, por otra parte, si actuamos en el nivel de la profilaxis, ello es inseparable del

mejoramiento del nivel de la salud de la comunidad. Además, no deja de ser cierto que, en buena medida los conocimientos necesarios para actuar en la profilaxis, en la rehabilitación y en la promoción de la salud derivan del campo de la patología y de la terapéutica... (Op. Cit., p. 30-31).

Señalando como eje central de la profilaxis, la promoción de mejores condiciones de vida, esto situado en el área de la salud mental y emocional, deja ver un trabajo inmenso por hacer.

...La profilaxis, como posibilidad concreta, llega muy tarde en el campo de la psiquiatría por el hecho de que para desarrollarla se requiere conocer las causas de la enfermedad, lo cual -en forma científicamente rigurosa - queda todavía como una perspectiva del futuro. ...de tal manera, la profilaxis específica -atacar una causa para evitar una enfermedad dada- sólo resulta actualmente posible en muy pocos casos... de tal manera que nuestra arma profiláctica más poderosa es de carácter inespecífico: la protección de la salud y, con ello, la promoción de mejores condiciones de vida.- (Op. Cit., 1966; 30 y 31)

Según la Organización Mundial de la Salud, citado por Ruiz (2004) la prevención primaria...

Incluye todos aquellos actos que ayuden a disminuir la incidencia de una enfermedad en una determinada categoría y por tanto reducir el riesgo de aparición de casos nuevos, trabajando de forma individual o colectiva. (p. 79)

La prevención secundaria...

Incluye todos los actos destinados a disminuir la preeminencia de una enfermedad en una determinada categoría y por lo tanto a que se reduzca la duración de la evolución de la enfermedad por lo que tendrá que tomar en cuenta el tratamiento de los primeros daños que se están presentando. (Op. Cit., p. 79)

Y la prevención terciaria...

Incluye todos los actos que están destinados a disminuir la preeminencia de las incapacidades crónicas o de las reincidencias en una determinada categoría, para así reducir al mínimo las limitaciones consecutivas a la enfermedad. Busca favorecer la reinserción social y profesional. (Op. Cit., p. 79)

Como psicoterapeutas de la infancia y la adolescencia, nos preocupa y nos ocupa la investigación de nuevas formas de prevención de los trastornos y alteraciones en el desarrollo emocional de los niños. Así explorando las causas de la enfermedad como lo refiere Bleger, nos encontramos que en una de las etapas más tempranas, en las que podemos intervenir con una labor preventiva, es durante el embarazo; cuando apenas se encuentra en formación el Ser del que nos interesa cuidar su salud

emocional, por lo que, con nuestra propuesta estaríamos actuando preventivamente en un nivel primario, de acuerdo con lo antes descrito.

2.2.3 LA TEORÍA DE LOS GRUPOS

La propuesta de la intervención en grupo, implicó una revisión cautelosa de los principales conceptos teóricos y técnicos acerca de la *Psicoterapia de grupo*, con autores como Grinberg, Langer, Rodrigué, Bauleo, Bión y Anzieu entre otros.

Se tomó como base, en primer lugar, los ya clásicos planteamientos de Grinberg, Langer y Rodrigué (1977), para quienes el grupo terapéutico es un conjunto de personas reunidas de común acuerdo, que comparten una serie de normas con el fin de la curación, y en el que cada integrante desempeña una función, consciente o inconsciente, en estrecha interdependencia con las demás. Diferenciándose del grupo social, por la figura del terapeuta y su función: la interpretación.

...Dado que el terapeuta no se encuentra involucrado en ese círculo vicioso de odio-destrucción-culpa-angustia y nuevamente odio, puede ver con mayor claridad el contenido latente de la situación tras el manifiesto. Hace partícipe de su conocimiento a los integrantes, permitiéndoles así adquirir un mayor insight. Es decir, comprensión de sí mismos y de su culpa, en un plano vivencial. (p. 50)

Al considerar al grupo como una totalidad, se asume que los problemas expresados por cualquier integrante contienen, en forma latente o manifiesta, los del resto de los participantes.

Por ello, la interpretación en el grupo terapéutico, se apoya esencialmente en dos elementos de acuerdo con estos autores:

...a) considerar lo expresado en el grupo como producto de la interacción de las fantasías y vivencias individuales y tener en cuenta que cada uno intenta colocar a los demás en los roles que corresponden a sus fantasías inconscientes, precaviéndose de no caer en el "juego"; b) considerar al grupo como una totalidad, un solo yo dividido en "yos" parciales, puesto que cada integrante actúa en función de los demás. (Op. Cit., p.50)

De esta forma, la curación se logra a través de manejos interpretativos tendientes a la integración del grupo, enfocado como una totalidad, lo cual lleva a la integración de la persona.

En el plano individual, los distintos miembros del grupo se modifican cuando, después de haber proyectado lo dañado, introyectan algo nuevo, menos destruido. (Op. Cit., p.50)

Los beneficios del grupo terapéutico depende al decir de los autores citados, de la capacidad de cada uno de dar y recibir.

El sentimiento de culpa edípico y la envidia son universales, pero pueden estar resueltos en mayor o menor grado. Este complejo forma el núcleo tanto de nuestros sufrimientos neuróticos como de nuestras actividades más sublimes. (Op. Cit., p.51)

Así pues, el terapeuta es el líder formal del grupo, su función específica es interpretativa; y su propósito, es lograr un fin terapéutico a través de la comprensión de lo que sucede en el grupo. Su instrumento básico, la interpretación, que se realiza a través de la comprensión y el manejo de la transferencia y la resistencia.

Con respecto a la estructura del grupo estudiado, los planteamientos de Bauleo (1983), nos proporciona una guía para la descripción y análisis de elementos como los integrantes, el contexto, la tarea, el espacio y el tiempo determinados, además de la interacción entre estos.

En el análisis del funcionamiento del **grupo 3 VIFAC**, fueron de gran ayuda los conceptos de Bion, acerca del Grupo de Supuesto Básico y el Grupo de Trabajo, para comprender los ciclos de trabajo y resistencia al mismo, que presentaron las chicas en el desarrollo del proceso.

El término grupo bajo determinado supuesto básico se refiere a la particular estructura y organización adoptada por el grupo en función del supuesto básico de actividad... Su existencia determina en parte, la organización que el grupo adopta y el modo en que encara la tarea que debe realizar... expresan algo así como fantasías grupales, de tipo omnipotente y mágico, acerca del modo de obtener sus fines o satisfacer sus deseos. Estos impulsos, se caracterizan por lo irracional de su contenido, tienen una fuerza y realidad que se manifiesta en la conducta del grupo... son inconscientes y muchas veces opuestas a las opiniones concientes y racionales de los miembros que componen el grupo. (Grinberg y cols., 1976, p. 22)

El concepto de supuesto básico, permite entender los fenómenos emocionales ocurridos en los grupos, al representar la mentalidad del grupo en un momento determinado. Bion jerarquiza los supuestos básicos en tres, tomando como apoyo las emociones internas básicas...

En el supuesto básico de dependencia... el grupo sustenta la convicción de que está reunido para que alguien, de quien el grupo depende en forma absoluta, provea la satisfacción de todas sus necesidades y deseos...

El supuesto básico de ataque-fuga consiste en la convicción grupal de que existe un enemigo, y que es necesario atacarlo o huir de él...

El supuesto básico de apareamiento es, ...la creencia colectiva e inconsciente de que, cualesquiera sean los problemas y necesidades actuales del grupo, un hecho futuro o un ser no nacido los resolverá; es decir, hay esperanza de tipo mesiánico. Esta esperanza irracional y primitiva es fundamental... Lo importante en este estado emocional es la idea de futuro, y no la resolución en el presente... (Op. Cit., p. 23)

Bion expone también que los supuestos básicos son fantasías omnipotentes, que surgen en el grupo como esperanza para resolver los conflictos, evitando la frustración que acompaña al aprendizaje por experiencia, ya que éste implica esfuerzo, dolor y contacto con la realidad. Se entiende así, porque la estructura de *Grupo de Supuesto Básico* es opuesta a la de *Grupo de Trabajo*.

El grupo de trabajo requiere de sus miembros capacidad de cooperación y esfuerzo; no se da por valencia sino por una cierta madurez y entrenamiento para participar en él. Es un estado mental que implica contacto con la realidad, tolerancia a la frustración, control de emociones; es análogo, en sus características, al Yo como instancia psíquica descrito por Freud.

...En este nivel de funcionamiento del grupo de trabajo, la tarea realizada por el grupo supone la utilización de métodos racionales y científicos en su abordaje... La tarea, que puede ser dolorosa, promueve crecimiento y maduración en el grupo y en sus miembros... el terapeuta es un líder en esta función. (Op. Cit., p. 29)

Sin embargo, dentro de un grupo, la actividad siempre va a estar oscilando entre el grupo de trabajo y el grupo de supuesto básico. El terapeuta como líder del grupo requiere interpretar los supuestos básicos, con el fin de ayudar al grupo al logro de sus objetivos.

La coexistencia del grupo de supuesto básico y del grupo de trabajo determinan un conflicto permanentemente planteado y siempre recurrente dentro del grupo. La actividad del grupo de trabajo es perturbada por el grupo de supuesto básico; la

tendencia a la diferenciación del individuo se contrapone a su tendencia regresiva a no hacerlo. (Op. cit., p. 29)

Otros conceptos de importancia, que ayudaron a comprender lo dimensionado de la reacción de las chicas por la terminación del tratamiento y la separación, fueron los de *organizador grupal*, *ilusión grupal* y *fantasía de rotura* de Didier Anzieu (1998).

Con el concepto de *organizador grupal*, plantea que dentro del panorama de la vida inconsciente del grupo, los organizadores grupales son elementos de movilización del proceso, uno de estos es la fantasía individual, que deja de ser individual para convertirse en fantasía grupal, al interactuar entre sí.

...la fantasía individual... es un guión imaginario representado por algunas personas; el sujeto generalmente está presente en la escena como espectador y no como actor. De ello deriva que la fantasía tiene una organización grupal interna. ...la homologación del aparato psíquico grupal con el aparato psíquico individual es reversible. (p. 204)

Son cinco los organizadores grupales: la fantasía individual; la imago; las profantasías; el complejo de Edipo; y la imagen del cuerpo propio y la envoltura psíquica del aparato grupal.

Con *ilusión grupal*, se refiere a un estado psíquico experimentado por los integrantes del grupo, que permite que éste exista y se mantenga unido en busca del objetivo para el que fue creado. Es una fantasía de autocreación, en la que cada uno, se vive como si estuviera dentro de una matriz, que es el grupo, ilusión creada por sí mismo, en donde se siente feliz y de donde no desea salir. Esta fantasía aporta a la permanencia del grupo, al tiempo que niega la existencia de las profantasías.

La ilusión grupal... es el sentimiento de euforia que los grupos en general y los grupos de formación en particular, experimentan en determinados momentos y que expresan en el discurso de los participantes de la siguiente forma: «estamos bien juntos», «somos un buen grupo»... supone que el grupo se establezca como objeto libidinal. (Op. Cit., p. 191)

La ilusión grupal en la que el objeto-grupo es masivamente cargado por las pulsiones libidinales tiene como contrapartida las fantasías de rotura en las que este objeto-grupo está cargado por las pulsiones de muerte bajo sus diferentes formas. La pareja ilusión grupal-fantasías de rotura gobierna las oscilaciones «primarias» (en el sentido psicoanalítico) observables en los grupos. (Op. Cit., p. 192)

La *fantasía de rotura* que Guzmán (1996), interpreta como...

...polo emocional imaginario que dinamiza el proceso del grupo y lo pone de frente a su finiquitud, a su vulnerabilidad y con ello la opción de elaborar el momento de terminación de una experiencia que en un principio era pura ilusión y omnipotencia.
(p.38)

De la misma forma que lo refiere Anzieu (1998), en el **grupo 3 VIFAC**, se manifiesta desde el inicio, una fantasía grupal originada por las líderes del grupo que hace alusión a una vida intrauterina, en la que el grupo desarrolla una especie de viaje en el interior de un cuerpo, que es la figuración del cuerpo de la madre; unificando las angustias personales en un nivel pregenital, como una angustia de separación.

...El niño que ha crecido reprocha a su madre su dependencia de ella y proyecta sobre ella su deseo de eliminarla; la fantasea como mala madre, deseosa de rechazar a sus hijos, convertidos para ella en malos objetos, o dejándoles matarse entre ellos. La rotura es aquí el rompimiento entre el niño y su madre a la que hasta ahora había estado simbióticamente unido. (p. 144)

De esta manera, las chicas vivenciaron la inminente terminación del tratamiento, reaccionando con movilizaciones violentas de mecanismos de defensa, contra la fantasía de separación o rotura entre terapeutas y pacientes, que reviven la rotura con su propia madre y dificultan el cierre del proceso. Resultando esta una experiencia de gran valor para realizar ajustes técnicos a la propuesta de intervención.

2.2.3.1 LA INTERVENCIÓN BREVE EN GRUPOS

El modelo de intervención diseñado, corresponde a un enfoque de psicoterapia, con efectos preventivos sobre el vínculo formado entre la madre y su bebé. Para este trabajo, se opta por la psicoterapia grupal breve, previendo el tiempo real que se puede trabajar durante la gestación.

... La meta de la psicoterapia rápida se limita a quitar o a reducir un síntoma determinado; no se propone la reconstitución de la personalidad excepto hasta cierto punto, autónomamente conductor a alguna forma de reestructuración. En su orientación dirigida al síntoma, la psicoterapia rápida intenta mejorar la situación psicodinámica individual lo suficientemente como para permitir a la persona que continúe funcionando, permitiendo a la naturaleza que continúe el proceso de curación,... (Bellak y Small, 1990, p. 14)

El objetivo específico de esta intervención es el de sanear los elementos que están conformando el vínculo materno-infantil durante el proceso del embarazo, con la intención profiláctica de la salud mental del niño por nacer. En el caso del grupo que se reporta en esta investigación, los elementos del vínculo materno-infantil se encuentran ensombrecidos por factores de riesgo como: la vivencia de abandono de la madre, desintegración familiar, adolescencia, desempleo y dependencia económica entre los de mayor peso.

Poey, K. (1985, citado en Salles, 2001) especifica las ventajas de la psicoterapia breve de grupo:

- *La conceptualización de metas terapéuticas limitadas, que se enfocan a una o dos áreas problemáticas como blanco.*
- *La utilización de técnicas terapéuticas activas para explorar y sanar estas áreas.*
- *La actitud de expectación optimista de que sí puede ocurrir un cambio en un tiempo breve.*
- *La interpretación transferencial temprana, la cual es analizada en relación con los problemas ya focalizados. (p. 458)*

Además expone los principios generales de este tipo de psicoterapia, la cual puede durar entre diez y veinte sesiones.

- *Composición del grupo y filtro del grupo. Una vez hecho este filtro realizado según las expectativas del terapeuta, ya sea que se vaya a formar un grupo terapéutico o de investigación; los que son seleccionados deberán tener: a) la habilidad de verbalizar una queja, b) un nivel significativo de visión psicológica, c) deseo de explorar y crecer, d) deseo de entrar a terapia breve, e) expectativas realistas del grupo, f) un deseo de relacionarse y de ser influenciado por otros. Pacientes con patologías serias o cuyas patologías tienen un origen pregenital son referidos a grupos no breves.*
- *Hacer metas concretas que se puedan alcanzar. Como los grupos se forman con pacientes de la misma edad, todos tienden a compartir problemas comunes de desarrollo.*
- *Cohesión rápida.*
- *En la terapia breve se manejan cuatro estadios del desarrollo grupal: a) en el primero, introducción de todos; cuáles son las metas, técnicas de trabajo y tiempo límite, b) establecer la cohesión grupal; se da la responsabilidad al grupo, los líderes se callan más, se interpreta la transferencia, c) se maneja el aquí y ahora; ante la terminación eminente, verbalizar dichos sentimientos, d) se cierra; qué se consiguió y qué no. Se maneja también el aquí y ahora.*
- *Construir una atmósfera de grupo de trabajo.*
- *Estilo de líder y técnicas. El terapeuta debe ser flexible y muy activo. Hay que dar sugerencias o aún, dejar tareas específicas. Hay que forzar conexiones con el pasado*

genético de cada uno y luego mantenerlos en el aquí y el ahora. En las primeras fases, el terapeuta es activo, luego no y al final es nuevamente activo.

- *Niveles estructurales de la "focalización" de problemas. Hay que ser realista, qué material sí se hace consciente y cuál no, ya que no habrá tiempo de manejarlo. Trabajar más con el Yo que con el Ello.*
- *Lidiando con la transferencia-contratransferencia. Tratar de mantener una transferencia positiva.*
- *La relación con el coterapeuta. Éstos se deben llevar bien, discutir abiertamente lo que está pasando en el grupo antes y después de cada sesión. Para este tipo de terapia no se es maestro y alumno. Más bien se recomienda un nivel horizontal de experiencia entre ellos.*
- *Los factores curativos. Hay cuatro áreas generales de mejoría: a) aprendizaje interpersonal, b) cohesión, pertenencia al grupo, c) catarsis y d) insight. (Op. Cit., p. 458 y 459)*

Siguiendo estos lineamientos, se establecen los límites del tratamiento a través de focos previamente determinados y acordes a los objetivos planteados, así la propuesta para esta investigación incluye además del objetivo general de la intervención, tareas para cada sesión, que permiten al mismo tiempo la flexibilidad de manejar los focos emergentes durante el proceso grupal.

2.2.3.2 APLICACIÓN A GRUPOS DE MUJERES EMBARAZADAS

A) EL EMBARAZO

Emocionalmente, el embarazo es una etapa de gran complejidad, en la que pueden observarse de manera normal ciclos de equilibrio y desequilibrio a la par de los cambios somáticos que sufre el cuerpo.

...el embarazo representa una nueva crisis madurativa, parecida a la que se da durante la adolescencia y la menopausia, dados los cambios somáticos, endocrinos y psicológicos que surgen durante ella. Por lo tanto, se produce una serie de importantes movimientos intrapsíquicos que reactualizan los conflictos no resueltos durante las diferentes etapas del desarrollo previo. (Arnaldo, 1994, p. 123)

Therese Benedek (1983), describe una interrelación del proceso biológico del embarazo con el proceso psíquico que se desarrolla a la vez. Comienza con una exposición de las correlaciones psicológicas, de las etapas del ciclo sexual de la

mujer, en la que queda en evidencia la conexión que existe en la mujer, entre los procesos procreativos biológicos y los emocionales.

...la ovulación va acompañada de reacciones en el sistema... una sensación de relajación y bienestar parece inundar a la mujer de libido, como si el aparato psíquico hubiera registrado la preparación somática para el embarazo, la preocupación emocional se desplaza hacia el cuerpo y su bienestar. La respuesta emocional (manifiestamente narcisista) a la ovulación coincide con el apogeo del ciclo hormonal y expresa la disposición psicológica para la concepción. (p. 147)

Describe que: en la fase luteínica del ciclo sexual, cuatro a seis días después de la ovulación, se da la preparación de la mucosa uterina para la nidación, al mismo tiempo que emocionalmente hay una disposición receptiva.

...paralelamente... las manifestaciones emocionales de esas tendencias receptivo-retentivas intensificadas representan la preparación psicológica para el embarazo... los sueños y fantasías revelan el deseo de recibir y retener ---o las defensas contra tal deseo, si la mujer, por alguna razón conciente o inconscientemente, teme el embarazo. (Op. Cit., p. 148)

Benedek describe al embarazo, como un periodo biológicamente normal, pero a la vez excepcional en la vida de la mujer, dónde los procesos fisiológicos de la madre y el feto, hacen que el cuerpo de la embarazada abunde en sentimientos libidinosos, aumentando el placer de portar al hijo, estimulando las fantasías de esperanza y disminuyendo su ansiedad.

Observa que aún en los embarazos producidos en situaciones adversas para el desarrollo del mismo, estos son elegidos conciente o inconscientemente debido a su gratificación pulsional. Hecho que pudimos constatar en casi todos los casos del **grupo 3 VIFAC**.

...Únicamente si la organización psicosexual de la mujer está abrumada por conflictos vinculados con la maternidad pueden las condiciones reales activar conflictos más profundos y perturbar el equilibrio psicofisiológico del embarazo... (Benedek, 1983, p. 151)

Sin embargo, los trastornos del embarazo se observan cada vez con más frecuencia y este incremento alarmante, se llega a aceptar como si fuera algo normal.

...El embarazo y parto constituyen un episodio normal de la vida procreativa femenina, por lo que podría suponerse que transcurren en la mujer sana sin mayores molestias. Pero, en realidad, en nuestra sociedad hasta hace poco no ocurría así, sino por el contrario, los trastornos del embarazo, los dolores, dificultades y angustias del parto son tan frecuentes que se los consideraba como fenómenos normales y casi inevitables. Sin embargo, un examen psicológico más profundo nos revela que estos trastornos provienen de conflictos psicológicos y de identificaciones con otras mujeres ya trastornadas en su feminidad... (Langer, 1992, p. 180)

En acuerdo con otros de los autores mencionados, Benedek también observa, que en ocasiones los procesos psicodinámicos inherentes al embarazo, reavivan la ambivalencia infantil hacia la madre, reactivan las ansiedades, frustraciones y pesares que remiten a la infancia de la embarazada y a su fase oral de desarrollo.

Refiere que en el desarrollo infantil de la niña, si las identificaciones con su madre no se hayan cargadas de intensa hostilidad, la mujer acepta sus deseos heterosexuales sin angustia y la maternidad como una meta. En el caso contrario, surge un exagerado temor al embarazo y a la maternidad.

Así mismo, otras mujeres con similares conflictos primarios, pero con una constitución que les permite concebir fácilmente, pueden aun protegerse de su angustia por medio de la esterilidad, abortos espontáneos o síntomas psicósomáticos, que apartan la angustia de su fuente (el embarazo) y de su objeto (el feto).

En otros casos que describe, la hostilidad hacia el feto está más cerca de la conciencia como causa de muerte: las mujeres fantasean que albergan un tumor canceroso, un animal que las muerde o hasta un monstruo. Tales fantasías activan una grave angustia, frecuentemente vivenciada como pérdida del juicio. Habiendo cobrado dolorosa conciencia de su hostilidad hacia su hijo nonato, la angustia puede llevarla a crear graves defensas fóbicas, contra el sentimiento de ineptitud para su función maternal.

Desde nuestra perspectiva, tanto las mujeres psíquicamente sanas que pasan por esta etapa de crisis normal, como las que ya con anterioridad sufren de trastornos emocionales, se ven enormemente favorecidas con la contención que proporciona un tratamiento psicoterapéutico y con intervenciones que contienen elementos de saneamiento del vínculo con el bebé que esperan, preventivos de los trastornos emocionales en éste.

Agrupar a mujeres embarazadas ha sido una experiencia además de innovadora y pocas veces reportada en investigaciones, de alto grado de aprendizaje para nosotras en la psicoterapia de grupo. Los antecedentes que podemos encontrar son únicamente los grupos terapéuticos o no, de mujeres.

Patricia Doherty y Pamela Enders en su artículo *Mujeres en psicoterapia de grupo* (1995), tratan sobre los grupos de *Movilización de la Conciencia*, conocidos como grupos MC, que surgen a finales de los años sesentas, como parte del movimiento feminista. Son el inicio del trabajo con grupos de mujeres y persiguen el objetivo de reconocer los sentimientos de depresión, imperfección y soledad que experimentan con frecuencia, ante la situación de devaluación de su rol femenino en la sociedad de esa época.

Estos grupos evolucionaron a los grupos conocidos como de discusión, de apoyo o de charla, que son parte de los grupos operativos, pero tienen una tarea preventiva, al ser un espacio, en donde se cuestiona lo "obvio" para crear conciencia acerca de su propia condición de mujer y los factores que la producen como lo menciona Clara Coria (1991).

Un aspecto de la especificidad de los grupos de reflexión de mujeres consiste en que allí se cuestionan aspectos de la condición femenina, develándose las condiciones de producción de dicha "condición".

Los grupos de reflexión son espacios privilegiados para posibilitar esas resignificaciones que permiten reacomodar la vida y encontrar nuevos objetivos. (p. 139)

Posteriormente, surgen los grupos psicoterapéuticos de mujeres con terapeutas del mismo sexo, mismos que a decir de Doherty y Enders (Op. Cit., 1995), favorecen el tratamiento sobre todo con adolescentes y mujeres jóvenes. Estas dos autoras afirman que en el caso de mujeres víctimas de incesto, violación y maltrato, es especialmente recomendable los grupos no mixtos; lo mismo que en el caso de mujeres, que se encuentran en puntos clave de transición en su vida.

B) LA PSICOTERAPIA CON EMBARAZADAS

Desde su origen y a lo largo de la historia del psicoanálisis, se han presentado comentarios que no reconocen la pertinencia de la psicoterapia para embarazadas e incluso la consideran contraindicada, pero con el tiempo, el concepto de la feminidad y del embarazo han cambiado, al grado de reconocer no sólo la importancia, sino la necesidad de brindar apoyo psicoterapéutico a las gestantes, respondiendo precisamente a la variedad de cambios psíquicos y biológicos que dicho proceso conlleva.

Vives y Lartigue en su Manual de 1994, revisan los tres argumentos que anteriormente servían de base para contraindicar el psicoanálisis y la psicoterapia en embarazadas, para rebatirlos con una propuesta de intervención durante la gestación.

El primer argumento, menciona la imposibilidad de la gestante para establecer la transferencia, dada la retracción narcisista de su libido hacia el self. El segundo argumento, se sustenta en que la sensación de plenitud experimentada durante el embarazo, genera en la mujer un estado de calma y sosiego que llega a percibirse como intensa pasividad. Finalmente, el último de los argumentos defiende que no se puede trabajar analíticamente con la situación regresiva y de movilidad catéctica que presentan las gestantes.

Contrario a esta línea de pensamiento, estos autores proponen aprovechar dichas circunstancias como facilitadoras del proceso analítico, a través de un adecuado manejo técnico, resaltando la importancia del apoyo psicoterapéutico durante el proceso del embarazo y los innumerables beneficios que resultan, incluso aquellos que mejoran la salud física de las gestantes.

En este mismo sentido nos encontramos con el planteamiento de Lourdes Arnaldo (1994), en su artículo *El vínculo materno-infantil. Un caso clínico*, que citando a Pines (1972), enfatiza lo beneficioso que resultan los tratamientos psicoterapéuticos, en esta singular etapa de la vida de las mujeres.

...De este modo el estado de gestación favorece el acceso a un nuevo nivel adaptativo al permitir una nueva elaboración derivada de los movimientos intrapsíquicos que ocurren en ella. Sin embargo, en muchas ocasiones es necesario brindar un apoyo psicoterapéutico, incluso analítico en aquellas áreas donde se detectan conflictos de importancia, aún no resueltos con el fin de facilitar el acceso a ellos. El tratamiento terapéutico realizado en estas condiciones toma la fuerza del momento crítico que vive la paciente, haciéndose así más efectiva la intervención. Esto hace que en este tipo de acción terapéutica... sin necesidad de movilizar ciertos extractos del psiquismo se produce un gran cambio debido al estado de "ebullición" en el que estos se encuentran. (En Vives y Lartigue, 1994, p. 123)

Vives y Lartigue (1994), proponen en su *Manual de Psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia*, el trabajo de objetivos muy específicos en los tratamientos psicoterapéuticos individuales, con mujeres en estado de gestación:

- a) *Las ansiedades y fantasías despertadas durante la gestación.*
- b) *La ambivalencia.*
- c) *Los mitos y distorsiones en la información previa al proceso mismo y sus vicisitudes.*
- d) *El favorecimiento de la creación del vínculo (cuando éste aún no se ha establecido), enfocando particularmente las áreas de resistencia y los elementos fantasmáticos.*
- e) *La creación de un espacio afectivo para el bebé, en el psiquismo de la gestante, lo que se conoce como el nicho psicológico o la disponibilidad emocional (p. 87)*

De acuerdo con estos autores, el diseño de una intervención durante el embarazo debe favorecer el desarrollo de las funciones maternas y la consolidación de la identidad femenina, a través de favorecer la identificación con la propia madre,

asegurando que la intervención psicoterapéutica con mujeres embarazadas posee el patrocinio de la prevención de la salud en los hijos de éstas.

...poder realizar intervenciones preventivas durante la gestación... para poder intervenir en la primerísimas etapas de la constitución de un nuevo ser, en el campo de la salud perinatal... campo privilegiado de la prevención primaria y de las intervenciones en el nivel de atención primaria de la salud. (Op. Cit., p. 65)

2.2.3.3 LOS FENÓMENOS TRANSFERENCIALES Y CONTRATRANSFERENCIALES EN EL EMBARAZO

En la relación terapéutica, el estado de embarazo del paciente, tiene su impacto en la transferencia y la contratransferencia. Como lo señalan Vives y Lartigue (1991), se genera en los dos participantes del proceso: en el paciente, con las condiciones psicológicas particulares por las que atraviesa una mujer embarazada y en el terapeuta, con la situación de experiencia personal con respecto al tema del embarazo, ya sea al engendrar a sus hijos; o el proceso de su propia gestación.

...Este impacto provoca una fuerte regresión en la –o él – psicoterapeuta, con la revivencia de sus propios embarazos (si se trata de una mujer con hijos) o la reemergencia de las fantasías conectadas con su propio nacimiento...

... por los afectos, estados y sensaciones despertados en la –o el – terapeuta por las fluctuaciones regresivas de la gestante, tanto a modos de funcionamiento, características del proceso primario (pensamiento mágico, omnipotencia, etc.); la regresión a estados simbióticos que despiertan intensas ansiedades contratransferenciales de tipo confusional; la regresión libidinal a una posición narcisista que provoca que el –o la terapeuta experimente sensaciones de estar excluido como interlocutor, y finalmente, como consecuencias de la regresión de las estructuras superyoicas, en función con la cual se depositan partes primitivas y sádicas de dicha instancia (vía de identificación proyectiva) sobre la- o el – terapeuta. (p. 161)

La transferencia en las mujeres gestantes, está basada en la identificación con el hijo que lleva en el vientre y la identificación con su propia madre internalizada; escenario que le propicia reeditar situaciones tempranas ocurridas en su vida.

La situación grupal obviamente presenta estas manifestaciones con un grado mayor de complejidad tomando en cuenta que en un grupo se establecen cuatro tipos diferentes de transferencia: a) *transferencia central*, de los pacientes con el

terapeuta, b) *transferencia lateral*, la que se establece entre los miembros del grupo, c) *transferencia al grupo*, que es la que se deposita en el grupo mismo, y d) *transferencia al afuera*, que es la relación de responsabilidad del afuera, que hace el paciente de todo lo que le sucede. (Guzmán 1996, citando a Bejarano 1978)

Durante el proceso del **grupo 3 VIFAC**, las mujeres embarazadas, en varios momentos nos colocaron en el rol de madres, y nos demandaron constantemente la contención y el apoyo emocional. Mediante la transferencia, las gestantes actuaron regresivas, al comportarse de manera voraz, dependiente, demandante, pero también ausentes y pareciera, poco receptivas. Las pacientes tomaron dos vertientes opuestas en su comportamiento, ya que podían pegarse intensamente a alguna de las terapeutas o parecer ignorarnos.

2.2.3.4 IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA Y CONTRAIDENTIFICACIÓN PROYECTIVA EN EL EMBARAZO

El **grupo 3 VIFAC**, posee dos características que lo particularizaron: 1) las chicas embarazadas, no poseen un *deseo real de crianza*; y 2) las conflictivas psíquicas de cada una, van desde neurosis severas, hasta personalidades francamente limítrofes. Estas características dieron lugar a un campo fecundo para el surgimiento de *identificaciones proyectivas* y sus respectivas *contraidentificaciones proyectivas*, resultando en ocasiones confuso definir entre el remitente y el destinatario.

La *identificación proyectiva* es un mecanismo de defensa primitivo que al principio del desarrollo es vital, al ayudar al bebé a colocar su ansiedad fuera de él, pero con el tiempo y el abuso de su empleo, se deteriora; de esta forma sus funciones originales sólo pueden realizarse de forma patológica.

Laplanche (1994), define la Identificación proyectiva de la siguiente manera:

...mecanismo que se traduce por fantasías en las que el sujeto induce su propia persona (his self), en su totalidad o en parte, en el interior del objeto para dañarlo, poseerlo y controlarlo. (p. 189)

Melanie Klein (citada en Grinberg, 1978), describe que en los primeros meses de vida del niño, la identificación proyectiva:

...consiste en la fantasía omnipotente de que partes no deseadas de la personalidad y de los objetos internos pueden ser disociadas, proyectadas y controladas en el objeto en el cual se han proyectado... describe los ataques dirigidos contra el pecho y el cuerpo de la madre, basados en impulsos anales y uretrales. La fantasía inconsciente subyacente es que los excrementos y las partes malas del self son proyectados dentro de la madre no sólo para dañarla, sino también para controlarla y tomar posesión de sus contenidos...

Este mecanismo de identificación es muy primitivo y funciona en su máxima expresión en los primeros instantes de la vida cuando aún no está totalmente definida la diferenciación ni la relación del yo con los objetos; es decir que es utilizado en los momentos más regresivos. (p. 50).

Como se mencionó anteriormente, aún cuando surge como un mecanismo de defensa dentro del desarrollo normal, si no existen las condiciones adecuadas para su funcionamiento, se promueve desde etapas muy tempranas, el uso de la identificación proyectiva patológica.

...El resultado del funcionamiento extremo de la identificación proyectiva conduce, por otra parte, a un debilitamiento o empobrecimiento del yo, por los aspectos que se sienten perdidos al quedar atrapados en el objeto. Una de las consecuencias puede ser el estado de confusión mental con incapacidad de discriminación entre el sujeto y el objeto... Las ansiedades paranoides resultantes de la identificación proyectiva pueden perturbar los mecanismos introyectivos ya que estos últimos pueden ser vividos como violentas reintroyecciones forzadas desde el exterior como represalia por violentas proyecciones previas...

...Sin duda la calidad de la relación con los objetos primarios, principalmente con la madre, determinará la calidad del funcionamiento de la identificación proyectiva en los ulteriores vínculos objetales. Si los primeros objetos demostraron tener serias perturbaciones en su personalidad, inhibirán el funcionamiento normal de la identificación proyectiva, promoviendo la tendencia al uso de la identificación proyectiva patológica. Ello ocurre cuando los objetos se rehusan a recibir las partes del self con contenidos angustiantes que el niño procura proyectar en ellos. La situación se agrava más aún, cuando dichos objetos hacen al niño blanco de sus propias identificaciones proyectivas violentas y cargadas de sadismo. (Op. Cit., p. 50-52).

Esta misma identificación proyectiva en un proceso normal de la vida psíquica, interviene en el vínculo de empatía del objeto, cuando se proyectan las partes buenas del self en los objetos externos.

En condiciones normales, la identificación proyectiva determina la relación de empatía con el objeto, no sólo porque permite poder situarse en el lugar del otro y comprender mejor sus sentimientos, sino también por lo que evoca en él. El sujeto produce siempre alguna resonancia emocional en el objeto, por la actitud con que se presenta ante él, la forma en que lo mira o le habla, por el contenido de lo que dice o de sus gestos, etc. Quiere decir que siempre están funcionando identificaciones proyectivas que emanan de las distintas fuentes que las originan y despiertan las respuestas emocionales correspondientes: simpatía, enojo, pena, hostilidad, aburrimiento, etc. Esto suele ocurrir dentro de ciertos límites en toda relación humana y forma la base de la comunicación. El objeto, a su vez, también funciona con sus respectivas identificaciones, produciéndose así un intercambio en ambas direcciones (Op. Cit., p. 76).

En un proceso psicoterapéutico de grupo, se presentan de manera regular identificaciones proyectivas patológicas y no patológicas. Por las características del grupo estudiado, fueron nutridas las identificaciones proyectivas del tipo patológico, esto requirió enfrentar el análisis de nuestra reacción ante las mismas.

La *contraidentificación proyectiva* es un término acuñado por León Grinberg, para denominar la reacción específica del analista, ante las perturbaciones provocadas en la técnica analítica, por el excesivo juego de identificaciones proyectivas del analizado.

En la mujer embarazada se establece de manera natural, un mecanismo de defensa, a la manera de identificación proyectiva, que provoca en las personas a su alrededor realizar acciones de protección para con ella y su producto, como una función de conservación de la especie.

Durante el trabajo realizado en el **grupo 3 VIFAC**, se observa que la condición de las chicas con un embarazo no planeado e inconcientemente cargado de fantasías filicidas, produce en las terapeutas, un efecto de contraidentificación proyectiva con fantasías de daño a la mujer embarazada, si se le enfrenta a sus conflictos mediante la interpretación y el señalamiento, originando la tendencia a no tocarlas y a enfocarnos al reforzamiento de la parte positiva, en la ambivalencia por el deseo del hijo.

2.2.4 LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LAS INSTITUCIONES

La psicoterapia de grupo resulta ser el método terapéutico más práctico en las instituciones de asistencia social, porque brinda la posibilidad de atender a un mayor número de personas en forma simultánea con el ahorro de tiempos del terapeuta. Sin embargo, esta práctica requiere además de terapeutas especializados, de encuadres de trabajo rigurosos para asegurar el éxito de los procesos.

En cuanto a la preparación del terapeuta de grupo Alejo Dellarossa (1979), asevera:

...en esta disciplina científica ocurre como en todas: el nivel de entrenamiento guarda relación directa con el desempeño en la tarea. En nuestro caso particular se puede observar muy directamente cómo actúa ampliando la capacidad mental para abrirse y así recibir y descifrar la numerosísima cantidad de mensajes emitidos por un grupo. El menor entrenamiento, entonces, se refleja en que el terapeuta permite sólo la entrada de algunos de los mensajes, y se ve compelido a devolver en interpretaciones mensajes parciales. Aún más: en los casos más extremos se ve compelido a interpretar sobre la base de una línea ideológica o temática derivada de la ideología o preocupación en que se encuentre sumergido el terapeuta, y que bien puede estar disociada de la problemática del grupo. Al ocurrir esto, se "cruzan" los mensajes del grupo hacia el terapeuta y viceversa, pero no se "encuentran" cada uno habla al otro de lo suyo con una verdadera sordera psicológica, en un circuito en el que los mensajes se emiten pero la recepción es baja o nula... (p. 34)

En nuestro caso, la incursión en la psicoterapia de grupo ha sido paulatina, desde los **gupos 0, 1 y 2**, los cuales fueron reducidos en número de integrantes y en los que se intervino desde una perspectiva de *grupo de aprendizaje*, con un objetivo psicoeducativo; hemos llevado un proceso de aprendizaje de los fenómenos grupales, a la par de las lecturas de los contenidos teóricos de los mismos y de la supervisión de dichos procesos. Todo esto nos proporciona cada vez más herramientas para la intervención en el grupo estudiado, el cuál forma parte aún de nuestro proceso de aprendizaje, pero que contó con los controles debidos de la supervisión.

Conforme avanzamos de un grupo a otro, indudablemente incrementó la comprensión de lo que ocurría en éstos y del fenómeno de nuestro interés: las manifestaciones del vínculo materno-infantil. Aprender de grupos, trabajando grupos

ha sido nuestra línea de pensamiento, sin dejar de tener presente la importancia de un adiestramiento formal.

Este proceso de aprendizaje no ha estado exento de descabros por nuestra parte. Uno de estos sucedió en relación a la dificultad que presentamos para establecer de manera clara, el encuadre con la Institución, lo cual condujo a una serie de resistencias institucionales que interfirieron en el proceso del grupo.

José Bleger (1964), al hablar de *Psicología Institucional*, establece los lineamientos a seguir del psicólogo en sus intervenciones dentro de una institución. Entre estos resalta la importancia de que el psicólogo realice el análisis y la planeación de tres elementos: la estructura y dinámica institucional; la Psicología Institucional y; las estrategias de trabajo en Psicología Institucional, esto es el encuadre de la tarea.

...nuestra definición de institución... conjunto de organismos de existencia física concreta, que tiene un cierto grado de permanencia en algún campo o sector específico de la actividad humana o la vida humana, para estudiar en ellos todos los fenómenos humanos que se dan en relación con la estructura, la dinámica, funciones y objetivos de la institución... (p. 52)

En cuanto a la estructura y dinámica institucional, refiere entre otras cosas, que es importante centrar la atención en la actividad humana que en ella tiene lugar y el efecto de la misma para los que en ella desenvuelven dicha actividad. Para esto sugiere analizar elementos como: la finalidad u objetivo de la institución; instalaciones y procedimientos con los que satisface su objetivo; ubicación geográfica y relaciones con la comunidad; relaciones con otras instituciones; origen y formación; evolución, historia, crecimiento, cambios, fluctuaciones, tradiciones; organización y normas que la rigen; continente humano que en ella interviene: su estratificación de tareas; y evaluación de los resultados de su funcionamiento.

El análisis de estos elementos aunado al de la Psicología de la institución en cuestión, proporcionan las bases para el establecimiento de las estrategias de intervención.

...Por Psicología de las instituciones se entiende el estudio de los factores psicológicos que se hallan en juego en la institución, por el mero hecho de que en ella participan seres humanos y por el hecho de la mediación imprescindible del ser humano para que dichas instituciones existan... (Op. Cit., p. 79).

El ser humano pasa la vida en las instituciones y para este autor, cada individuo tiene comprometida su personalidad en las instituciones sociales y se conduce con respecto a las mismas en calidad de precipitados de relaciones humanas y en calidad de depositarias de partes de su propia personalidad.

...Cuanto más integrada la personalidad, menos depende del soporte que le presta una institución dada; cuanto más inmadura, más dependiente es la relación con la institución y tanto más difícil todo cambio de la misma o toda separación de ella. De esta manera, toda institución no es sólo un instrumento de organización, regulación y control social, sino que al mismo tiempo es un instrumento de regulación y de equilibrio de la personalidad, y de la misma manera en que la personalidad tiene organizadas dinámicamente sus defensas, parte de estas se hallan cristalizadas en las instituciones; en las mismas se dan los procesos de reparación tanto como los de defensa contra las ansiedades psicóticas... (Op. Cit., p. 81).

Por último, para el encuadre de trabajo Bleger establece las siguientes consignas al psicólogo que interviene en instituciones:

...No dejar implícita ninguna situación de tensión o de rumor, ya que toda disociación es siempre un foco activo y desconocido de nuevas tensiones;...no dejar tampoco problemas y situaciones conocidas permanentemente pendientes sin que sean al menos efectiva y realmente encaradas... toda explicación y esclarecimiento no debe ser hecho en cualquier momento ni en cualquier lugar, sino dentro del marco que para ello debe tener institucionalizado el equipo... (Op. Cit., p.100).

Como se verá más adelante en el análisis de la Institución de VIFAC, muchos de estos elementos fueron favorecedores para la realización del proceso psicoterapéutico, pero muchos otros también actuaron como resistencias al mismo y fue algo a lo que nos enfrentamos constantemente.

CAPÍTULO III

EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO

En este espacio se presenta una breve exposición, de lo que abarca el trabajo de investigación previo al **Grupo 3 VIFAC**, que consistió en los procesos de tres grupos, con el análisis del tratamiento de ocho personas y el registro de setenta y seis horas de trabajo grupal.

A través de esta descripción, se muestra cómo la intervención inicial, es en el plano psico-educativo, dónde las participantes ejercen un rol más que de pacientes, de alumnas que llegan a asimilar conocimientos y nosotras, un rol de instructoras que de forma académica tratamos de orientarlas, sin embargo en realidad lo que se necesita es curar su ansiedad. Esto obligó a replantear la intervención y dar un giro hacia otra propuesta, en el plano psicoterapéutico.

La forma inicial de intervención, está matizada por la inexperiencia en el trabajo grupal con mujeres embarazadas. Además de las dudas, incertidumbres y miedos de nuestra parte al introducirnos en un aspecto de la vida que ninguna de las dos había experimentado hasta ese momento, como es la maternidad, igualmente deseada y temida por nosotras, como lo observábamos en nuestras pacientes.

3.1 EL GRUPO ANTECEDENTE. *El grupo 0.*

Como ya se ha descrito anteriormente, la primera vez que se trabajó este proyecto fue de forma particular en la ciudad de Lagos de Moreno, posterior a la preparación de un programa de trabajo psico-educativo y promocionando una atención psicoprofiláctica de la etapa del embarazo.

Este primer proceso sólo contó con dos integrantes, Galilea, una chica de 26 años, recién casada y en su primer gesta con 28 semanas. Galilea aún cuando no había planeado a su bebé, fue concebido muy probablemente en la noche de bodas, veía su embarazo como una consecuencia lógica de la vida. Después de haber pasado por varias relaciones a su punto de vista fallidas, por no haber culminado en matrimonio, ahora se sentía feliz, con un esposo algunos años y centímetros menor que ella. El embarazo le representaba la plenitud de la vida, ya que menciona, *"había estado esperando con ansia cumplir mi función como mujer, casarme y tener hijos"*.

Susana, nuestra segunda integrante, una mujer de 28 años, cuenta en el momento del inicio del grupo con 30 semanas de gestación, con un trastorno de ansiedad bastante severo. Era su segunda gesta. El primer bebé lo perdió estando aún en su vientre a las 38 semanas, de muerte fulminante. Los médicos nunca supieron dar una explicación clara a Susana, sumiéndose ésta en una severa depresión. Mucho antes de poder elaborar el duelo y sin tratamiento psicológico, vuelve a embarazarse como en un intento de revivir al primer bebé pero, conforme avanza el embarazo, su ansiedad se incrementa con la fantasía de la muerte del nuevo bebé.

Con estas polaridades se inicia el trabajo grupal. En la primera sesión, ambas chicas se perciben como de mundos totalmente diferentes. Galilea representa el impulso de vida, la felicidad, la etapa rosa de la vida y Susana muestra un mundo oscuro, de depresión y muerte; de negación a la vida que trae en su vientre, como una forma de protegerla de la muerte.

A Susana le resulta imposible poder verbalizar esto en el grupo, su angustia la tiene paralizada y está en la creencia mágica de que hablar sus fantasías, induce a que éstas se cumplan. Ella busca una especie de contención en la que sin decir, ni pensar, o sentir nada, pueda pasar esta última etapa de su embarazo y despertar un día, con la noticia de que ya todo está bien.

Al terminar la sesión, Susana muy ansiosa, pide hablar con la terapeuta a solas, donde expresa estas ideas. Se le explicó el beneficio que pudiera obtener para ella y para el bebé, por el hecho de que continuara con el trabajo en el grupo y se le ofrece apoyarla individualmente cada vez que sea necesario; pero ella se niega a continuar con el grupo, abandonándolo definitivamente y negándose a las llamadas que se realizaron con la intención de rescatarla.

El proyecto continuó únicamente con Galilea, quién mostró siempre la mejor disposición, habló confiada y abiertamente de sus miedos y ansiedades, pero más de su felicidad y placer por el embarazo. El trabajo se realizó sin contingencias de importancia hasta la octava sesión. La semana siguiente Galilea dio a luz una niña preciosa, sana y sin ninguna dificultad. El plan de trabajo quedó sin conclusión por obvias razones.

La experiencia de esta intervención, lleva a repensar en el tipo de tratamiento que debía realizarse. En un inicio se esperaba únicamente a mujeres como Galilea, “sin grandes dificultades”, pero la llegada de Susana, con una conflictiva tan severa y al mismo tiempo una enorme necesidad de atención, requirió la necesidad de buscar una mayor especialización, dejando el proyecto en el cajón por un tiempo.

Un par de años después, en esta ciudad de León, Gto., formando equipo las investigadoras que reportamos este trabajo, se retomó el proyecto “psicoprofilactico”, como se denominó desde el principio. Se realizaron modificaciones en la ampliación del tiempo de la intervención y en la técnica, auxiliándonos de los nuevos

conocimientos teóricos, que la maestría estaba proporcionando. Dando inicio con esto al denominado **Grupo 1**.

3.2 EL GRUPO 1

Para la apertura de este grupo, se comienza con una promoción anticipada de dos meses, apoyados en dípticos informativos; artículos en la revista “Bebé y mamá”, que edita el periódico a.m.; y con un anuncio en la sección amarilla. Se estableció el inicio para el día 13 de octubre de 2004.

Con una lista de diez personas que habían solicitado informes, a la fecha de apertura únicamente se encontraban inscritas y confirmadas dos parejas. Esta vez el trabajo comenzó con entrevistas iniciales, en las que se recopiló la información básica, acerca de los antecedentes emocionales del embarazo y una detallada historia clínica del curso de éste. No se realizaron entrevistas a profundidad, ya que el enfoque del tratamiento en este momento giraba en torno al área psico-educativa.

El arranque del proceso se presentó angustiante, por la falta de gente para integrar el grupo. A pesar de que un buen número de personas había mostrado interés, no se concretaron más que dos inscripciones y con estas, se puso en marcha el proceso.

La primer sesión se inició únicamente con **Eloísa y Elmer**. Eloísa es una mujer sumamente ansiosa, de 33 años, ejecutiva en fábrica y casada hace siete años. Es su segundo embarazo de 24 semanas, considerado de alto riesgo. Su primer embarazo lo perdió por un aborto espontáneo, dos años antes.

La noticia del embarazo, aún cuando era esperada por parte de Eloísa, fue recibida con mucha angustia y fuertes temores de perder al bebé. Elmer el esposo la recibe

con una actitud de negación: “*ni me emociono, hasta no ver que nazca*”, expresa en un intento de controlar su ansiedad, que es obvio.

Eloísa con personalidad de rasgos obsesivos, tiene en su historia, episodios importantes de depresión y ansiedad. Se perciben serias dificultades en la relación con su madre: “*una madre que nunca estaba*” y un padre alcohólico, siendo ella la que ejerce funciones parentales con sus hermanos, y tal vez decepcionada de la vida familiar.

Eloísa se muestra con excelente disposición todo el tiempo, llega para quedarse hasta el final, aunque muestra en todo momento, su ansiedad por el temor de que este hijo tampoco nazca o que se adelante el parto. Elmer por el contrario, se muestra evasivo al trabajo del grupo y no asiste a la mayor parte del proceso.

En la segunda sesión, se contó con una persona más: **Rosita**, una chica de 20 años, estudiante de la carrera de diseño gráfico, próximamente madre soltera y dependiente económica y emocionalmente de la madre. Este es su primer gesta y tiene 24 semanas sin contratiempos en el curso del embarazo.

Es la primera hija de una familia de tres. Los padres están divorciados desde hace varios años. Ella vive con la madre, su hermana de 17 años y un hermano de 15. Aún cuando es mayor de edad, su condición y su funcionalidad en la familia, es la de una adolescente.

Rosita mantuvo una relación de noviazgo con el padre de su hijo durante dos años. Él con problemas de adicción a las drogas y ella adicionalmente con anorexia nerviosa. Esta relación sentimental la termina por percibir el desinterés de su pareja para con el embarazo, aparentando no tener problemas de duelo.

Con personalidad de rasgos narcisistas, sus conflictos parecen estar en estado latente, sobresaltando el estado narcisista propio del embarazo. Se notan sin

embargo, conflictivas adolescentes en relación a los padres; relación patológica con la pareja; y estrés psico-social por la situación económica. Únicamente asiste a esta sesión, con una actitud cuestionadora y con poca disposición.

La tercera sesión se trabajó solamente con Eloísa. En la cuarta sesión hubo una pareja adicional interesada en integrarse al grupo: **Mari y Rey**, Mari una mujer de 27 años, estudiante de maestría en publicidad, recién casada y con 24 semanas de gestación. La noticia del embarazo la recibieron ambos con mucho gusto y se dedicaron a prepararse para el nacimiento del bebé. El embarazo es normo-evolutivo y la mayor preocupación de Mari es perder la figura. Sueña con un bebé hermoso: "*parecido al papá*". También refiere soñar que se parece a ella, lo cual expresa con un dejo de resignación.

Mari es la segunda hija de tres, tiene una relación muy cercana con su madre, en ocasiones simbiótica. Planea ponerle a su hija el nombre de Mari Diana para seguir con la tradición, ya que sería la tercera Mari en la familia; pero si el bebé es niño, desea ponerle el nombre de Rey como su esposo.

Rey asistió a la mayoría de las sesiones del proceso, mostrando interés y empatía con el grupo. A Mari se le dificulta expresar sus sentimientos y emociones, se mantiene controlada mediante la racionalización y la intelectualización. En varias ocasiones se apoya de Rey para que interprete su sentir.

El proceso termina con la participación de Eloísa, Mari y Rey. Elmer se caracteriza por su inasistencia y resistencia al trabajo.

3.2.1 Conclusiones del caso Eloísa

Eloísa logra a conciencia neutralizar los impulsos agresivos y de muerte, por ese bebé tan deseado y tan temido al mismo tiempo, dando cabida a la posibilidad de su

nacimiento, a pesar de las insistentes fantasías en relación a “un parto que se adelanta”.

Al nacer el bebé, el vínculo que finalmente establece con éste, es con la “distancia tolerable a su persona”. La ansiedad que le provoca la presencia del bebé real, despierta nuevamente sus impulsos filicidas, manifestados éstos en su sensación de “*casi matar a su bebé*” por contagiarlo de tosferina en las primeras semanas, los cuales resuelve alejándose de él, al decidir volver al trabajo.

Elmer muestra un repentino acercamiento, muy probablemente debido a que se mantenía alejado mientras existía la amenaza de muerte, sintiéndose incapaz de contener las cargas de ansiedad provocadas por el embarazo, vivido en una situación de incertidumbre por la vida.

La contención del proceso, la conciencia de su conflictiva y el tener la posibilidad de desahogar los pensamientos obsesivos, casi delirantes que rondaban su cabeza, le permitió a Eloísa la higiene mental necesaria, para que se produjera el nacimiento de este bebé. Aún tendrá que enfrentar su dificultad para mantenerse cerca de las personas que ama. En este caso su bebé.

3.2.2 Conclusiones del caso Mari

En Mari el proceso que se observa es el de una niña consentida, resignada al crecimiento, ya que cuenta con todos los apoyos deseables para el mismo, pero no deja de sentirse resistente a enfrentarlo.

Mari tiene un excelente sostén emocional en Rey, su pareja. Aún cuando son recién casados, hay claridad y aceptación de roles y funciones. Rey es quien finalmente decide y quien se muestra sensible a lo que ocurre en su nueva familia. La relación que Mari tiene con sus padres es de buena calidad y el apoyo que recibe de ellos, le hace sentirse segura y capaz en su función como madre.

Con la bebé, parece haber tardado un poco el inicio de su vinculación. Al principio del embarazo, no concibe la idea de que algo biológico pueda convertirse en un "alguien". La percepción de los movimientos fetales hasta el quinto mes de gestación y las fantasías que crea en relación a un bebé varón-hermoso, vuelven ahora a obstruir, el proceso de la relación inicial mamá-hija real.

El motivo por el que deseaba un varón, parece tener relación con el temor a sentirse desplazada de su pareja. Ella desea un Rey igual al que ya tiene y no una Mari que le quite las atenciones de "niña consentida" que tiene con su pareja. Aún cuando Diana no es el bebé tan hermoso que Mari fantaseaba, trata de adaptarse a esta decepción.

Las dificultades en el vínculo que puedan presentarse, estarán puestas en la rivalidad y celos infantiles de Mari mamá, para con su hija Diana. Por otro lado, podría tomarse esta experiencia en Mari, como de crecimiento y madurez, al estar dispuesta a dar el sostenimiento necesario a la niña para su crecimiento, tal vez tratando de apresurar el crecimiento, para obtener nuevamente mayor independencia.

Mari va a tener que dejar a un lado sus demandas infantiles, para dar sostén a las necesidades de su bebé, lo que muy probablemente, sea más o menos satisfactorio, sin faltar algunas frustraciones propias de la etapa que ahora enfrentará.

3.2.3 CONCLUSIONES DEL GRUPO 1

Desde la primer sesión, el manejo clínico-pedagógico que se realiza, nos hace sentir limitantes en nuestra actuación, ya que por un lado, está la preocupación de cumplir con los objetivos planeados, abarcar los contenidos teóricos y por el otro, se observa la falta de tiempo para la reflexión y análisis de los mismos, dando lugar a la duda, en

la adecuación del uso de las herramientas de interpretación, señalamiento, clarificación y confrontación.

La dinámica que se trabajó fue: exposición del tema, espacio para comentarios y reflexiones, pero la segunda parte, no se dio como se esperaba; se llevó a cabo la dinámica expositiva planeada, las asistentes escuchan, no hay comentarios, no hay resonancia en las chicas de lo que se habla, es demasiada la intervención por parte de las coordinadoras. Ellas están realmente en el plan de alumnas pasivas.

Para la sesión del **Día 4**, se comienza a observar claramente los fenómenos de la estructuración del vínculo materno infantil y los polos de la ambivalencia por el deseo del hijo, pero aún, no estábamos muy seguras, de qué hacer con esto. Es decir que tipo de manejo realizar, informativo-explicativo; terapéutico, interpretando; o únicamente de contención, escuchándolas. Mientras se investigó, optamos por ésta última.

La inclusión de especialistas en las sesiones de los **Días 5 y 12** en el proceso, obedeció en primer término, a la inseguridad de nuestra parte de sentirnos con el conocimiento necesario, principalmente porque ninguna de las dos había sido madre hasta ese momento y requeríamos de una validación externa.

Sin embargo la participación de externos, restaba al mismo tiempo jerarquía a nuestro papel de especialistas y credibilidad en el trabajo que se realizaba. Por otra parte, se percibió una dificultad en el control de las variables de la dinámica grupal, ya que la transferencia debía tener movimientos hacia estas personas. Aún así, esta planeación la mantuvimos sin modificación en el siguiente proceso, pero se comenzó a considerar la supresión de estos personajes y asumir la dirección del proceso en su totalidad.

Durante este proceso, se presentaron momentos en los que el incremento de angustia fue excesivo, motivado principalmente por la ansiedad de Eloísa, quién

desde el principio se mostró con dificultades importantes para la conservación de su embarazo. Estos avasallamientos de ansiedad, dieron pie, a reflexionar sobre la fortaleza que se requiere para ser terapeutas de mujeres embarazadas, para poder contener y manejar las excesivas cargas de ansiedad que se nos depositan y evitar desbordarse junto con la paciente.

La vulnerabilidad e hipersensibilidad propias del estado de embarazo, provocaba la fantasía en las terapeutas, de daño irreparable cuando se tenía que hacer algún señalamiento, induciendo a evitar tocarlas, en un efecto de identificación proyectiva.

La sesión del **Día 7** a partir de este grupo, comienza a vislumbrarse como una sesión eje del proceso. La tarea principal de esta sesión, se centró en la lectura de una carta escrita por las mamás para el hijo que esperan. El análisis de esta carta da cuenta de las características de la vinculación de la madre con el bebé y su lectura en el grupo causó un efecto de percepción de realidad, de la existencia de ese bebé y del vínculo con el mismo.

Al momento de la lectura, las cartas resultaron muy emotivas y esa emoción en un primer momento no permitió el análisis, sólo la clarificación del lazo emocional establecido con el bebé en camino.

A esta altura del proceso, se observa mayor integración y participación de los asistentes al grupo. Se advierte cómo el grupo requiere de un tiempo para adaptarse y aprender la mecánica del trabajo grupal, para luego comenzar a analizar.

La contención efectuada en la sesión del **Día 8** sobre los temores y fantasías de muerte alrededor del parto, les dio resultados claros al pasar una noche más tranquila y dormir como hacía tiempo no podían hacerlo.

En la sesión del **Día 10**, se programó la asistencia con las abuelas, con el objetivo de trabajar en el fortalecimiento de la identificación con la madre y sus funciones. Durante la sesión, interactuaron las abuelas comentando sus experiencias

personales durante sus embarazos y partos. Las chicas se muestran atentas al discurso de las madres con experiencia. Se observa como esta sesión es tomada como una especie de formalización del permiso, que las madres deben dar a sus hijas para también ser madres, sin culpas ni temores de ataques envidiosos.

El día 13, se realiza una sesión de planeación de la intervención, para que las chicas puedan planificar su intervención y su rol en la sesión.

Sin embargo, la planeación de esta sesión, no considera los casos especiales en los que no existe una buena relación de la mujer embarazada con su madre, como el caso de Eloísa, de manera que es preciso repensar la conveniencia de esta forma de intervención.

El día 14, se realiza una sesión de estimulación temprana simulada, para que las chicas puedan practicar su intervención y su rol en la sesión.

Otra situación que nos obliga a tomar nota, es lo beneficioso o perjudicial que resulta la asistencia de la pareja. Existen parejas muy interesadas en asistir y otras muy resistentes a lo mismo, que llegan a la sesión, a boicotear el trabajo y a evidenciar dificultades de relación de pareja. En este grupo, se optó por dejar abierta la asistencia de éstas, evaluar la situación que se presente, y tomar en consideración los resultados para el próximo proceso que se realice.

El **Día 14**, se realiza una sesión de estimulación temprana simulada, para que interactúen las mamás y analicen las ventajas de la estimulación afectiva al bebé. El interactuar con un muñeco-bebé, les provoca una sensación de extrañeza e incluso Eloísa habla de sentirse ridícula, un muñeco no despierta absolutamente nada de lo que las coordinadoras hablan. Este manejo deja una sensación de insatisfacción, ya que el análisis que se produce es mínimo.

El día 15, se realiza una sesión de evaluación de la intervención, para que las chicas puedan evaluar su intervención y su rol en la sesión.

En la sesión de cierre, se realiza la evaluación de cada sesión con los comentarios y aportaciones de los participantes. Esta retroalimentación que nos hacen las chicas, da un índice de lo beneficioso que resulta el proceso, a pesar de todas las dudas que aún se tenían en ese momento, sobre la forma de intervenir.

El día 16, se realiza una sesión de cierre, para que las chicas puedan despedirse de las madres y de las coordinadoras.

El día 17, se realiza una sesión de cierre, para que las chicas puedan despedirse de las madres y de las coordinadoras.

3.3 EL GRUPO 2

El trabajo con este segundo grupo, se inicia casi sin modificación del plan de trabajo utilizado en el proceso anterior. Se realiza una junta de información acerca del tratamiento que se ofrece, con las personas que hasta entonces habían solicitado informes. A esta junta asisten, dos de las parejas que se inscribieron y una más que se inscribió al día siguiente, contando en total con tres parejas para iniciar el proceso.

En la primera sesión asistieron las tres parejas y se dan las indicaciones de la metodología a seguir, se realizó el encuadre para dejar claro los compromisos y las responsabilidades, tanto de participantes como de coordinadoras. Las parejas presentes fueron Bethy - Pablo; Mariel - Salvador y Margarita - Ernesto.

Bethy de 23 años, gerente administrativa, con estudios de licenciatura en relaciones industriales y recién casada, cuenta con un embarazo normoevolutivo de 23 semanas.

En su historia personal y familiar, es la segunda hija de tres, de una familia integrada y funcional. La relación que tiene con su mamá es de mucho apego, pero con el papá lo es aún más. Con la familia extensa, la relación es estrecha.

Bethy y Pablo tuvieron un noviazgo de cinco años y se embarazaron al mes de casarse, aún cuando planeaban esperarse por lo menos un año. Después del primer impacto, por el cambio de planes, la noticia del bebé fue recibida con gusto, tanto por la pareja como por las familias de ellos.

La relación de pareja es estable, Bethy tiende a depender emocionalmente y mostrarse demandante con Pablo para el cuidado y la atención de su embarazo, mostrándose éste siempre dispuesto, pero al mismo tiempo ansioso por cuidar que todo vaya bien.

Ambos en la pareja, se describen deseosos de ser padres. Pablo dice que lo desea "*para no ser egoísta y tener descendencia*". Por su parte Bethy dice siempre haberse imaginado que será una mamá muy entregada, sin tiempo para divertirse. Hasta esta fecha no hay registro de sueños sobre el bebé.

Bethy se muestra un tanto insegura de su función que como madre debe desempeñar. Dice sentir angustia por los cuidados al recién nacido, asegurando que Pablo sabe más de eso. Asiste al grupo ya que refiere que siempre "*le ha gustado saber a fondo sobre las cosas y que ésta es la mejor forma de enfrentar una situación en la vida*". Su participación en el grupo se caracteriza por ser constante y comprometida hasta el final.

La segunda integrante de este grupo, **Mariel** de 28 años, es ama de casa, su nivel de estudios es de ingeniería. Casada hace cuatro años, con 22 semanas de gestación de un tercer embarazo. Se encontraba en tratamiento de hormonas para embarazarse y ya tenían más de un año buscando el embarazo. Menciona lo angustiante y decepcionante que resultaba hacer la prueba de embarazo y que saliera negativo, dos embarazos fallidos (abortos).

Se enteran del embarazo con una prueba casera que resulta positiva, pero no la consideran confiable, "*...esperaba que fuera una falsa alarma...*" hasta que consultaron al médico. Comentan que al mismo tiempo que se sintieron felices, también iniciaron unos meses de gran angustia, debido a que desde el principio el embarazo era de alto riesgo. Durante el primer trimestre se presentaron dos amenazas de aborto, por lo que se prescribe reposo absoluto en la segunda y sexta semana. En el segundo trimestre, no hay ya molestias, sin embargo, Mariel menciona que han sido cinco meses de tensión.

En su historia personal y familiar, Mariel es la cuarta hija de seis, de una familia de padres divorciados. Menciona que nunca estuvo en sus planes el formar una familia.

Llama la atención su preocupación por el hecho de mencionar que en su familia los partos son regularmente prematuros y que ella misma fue un bebé prematuro.

Se menciona un periodo de crisis y depresión cuando ella tenía 15 años, por la separación de sus padres. Con el padre dejó de tener contacto a partir de este tiempo y con la madre parece haber una relación de frialdad afectiva.

Mariel muestra demandas infantiles excesivas para con Salvador, quién realiza funciones de madre contenedora para con ésta. Mariel refiere el siguiente sueño con respecto al bebé, “...sueño que nace el bebé y no tengo nada para cubrirlo, ni una cobijita ni nada...” Y Salvador, “...lo sueño ya grande como de 3 años, no puedo verlo chiquito, recién nacido...”

Mariel de personalidad infantil, vive su embarazo como si fuera responsabilidad de todos los demás, especialmente de Salvador, y los demás están obligados a tratarla bien para que todo vaya bien con el mismo. Es preocupante la “predisposición” que presenta hacia los partos prematuros, que son tan comunes en su familia de origen.

A lo largo del proceso, Mariel sufrió de constantes amenazas de parto prematuro lo que originaba sus ausencias y acorde a estos antecedentes se adelantó su fecha de parto un mes, por lo que dejaron de asistir al grupo, aún cuando se integraron en la última sesión ya con su bebé, para el cierre.

Y la tercera de nuestras protagonistas es **Margarita** de 29 años, maneja un negocio propio, una florería. Su nivel de estudios es licenciatura en diseño ambiental. Recién casada con cinco meses de gestación de su primer embarazo.

La noticia del embarazo se recibió con agrado por parte de la pareja y de la familia extensa de ambas partes, sobre todo en la familia de Margarita, quienes tienen gran expectativa por el primer nieto o nieta.

En el curso del embarazo, Margarita detectó distintos estados de ánimo, el embarazo fue sin síntomas hasta el segundo mes, donde recibió tratamiento médico por un cuadro gástrico, que se complicó con colitis nerviosa.

En su historia personal, es hija única, situación que la hace percibirse como responsable de cumplir con todas las expectativas de sus padres y no deja espacio para sus propios deseos. La relación de Margarita con su padre es muy estrecha, él padece cáncer terminal lo que la angustia intensamente, complicando su estado emocional de hipersensibilidad y regresión propio del embarazo.

Margarita y Ernesto tienen poco menos de un año casados, a últimas fechas han surgido dificultades de pareja porque Margarita siente que no es atendida por su esposo y tanto la enfermedad del padre de ella, como el infarto sufrido por el padre de él, han incrementado el estrés en ambos.

La pareja expresa su deseo de ser padres, pero tienen dudas de hacerlo bien, Margarita se imagina que será “*super chiqueona pero exigente*”, y teme que su bebé no tenga sus valores bien arraigados. Por su parte Ernesto, tiene miedo de no dejar que desarrolle su propia personalidad y tratar de hacerlo a imagen y semejanza suya. A la fecha no hay registro sobre sueños con el bebé en ninguno de los dos.

Margarita asiste únicamente hasta la sesión del **día 3**, en el que expresó desbordando sus emociones, sus dificultades de pareja y su sentir de que el grupo no le está ayudando con esto. La siguiente sesión no asiste y se niega al llamado telefónico. Por sus características de personalidad Margarita se muestra excesivamente demandante con todas las personas a su alrededor, no siendo nosotras la excepción. Al señalarle tal situación, parece haber desidealizado el trabajo en el grupo.

A partir de aquí, el proceso se continúa con las otras dos parejas, prescindiendo en más de una ocasión de Mariel, a quién debido a sus constantes amenazas de parto

prematureo, se le prescribía reposo absoluto, sin embargo, Salvador su pareja se mostró siempre dispuesto a asistir aún cuando fuera solo.

En la sesión del **día 11** nos enteramos del nacimiento prematuro, de ocho meses del bebé de Mariel y Salvador, situación que obligó a continuar con el trabajo únicamente con Bethy y Pablo.

Para la última sesión, el bebé de Mariel ya contaba con tres semanas y fue factible su asistencia a esta sesión, trabajando el cierre con las dos parejas.

3.3.1 Conclusiones del caso Bethy

Bethy se mostró muy contenta por el cambio que Pablo tuvo gracias al proceso, permitiéndose acercarse más a Bethy y compartir con ella el embarazo, con cuidados, apoyo y compañía.

La pareja se integró mucho más con el proceso vivido; a pesar de ser recién casados, empiezan a organizarse en funciones y tareas para recibir a la bebé. Bethy se percibe aún temerosa para satisfacer las necesidades de un recién nacido, pero sabe que cuenta con Pablo y él sabe cómo hacer las cosas ya que dice tener experiencia con sus sobrinos. A pesar de esto, falta que Bethy se enfrente a sus temores y logre hacerse cargo de su bebé sin depender tanto de Pablo.

La relación de Bethy y Pablo con sus familias es buena, se puede percibir que tienen un soporte efectivo que les permitirá establecer un vínculo familiar estable.

3.3.2 Conclusiones del caso Mariel

Con Mariel el proceso fue angustiante de principio a fin, a la coordinación nos mantuvo en constante alerta y preocupación especial por ella, ya que la amenaza de parto prematuro fue una constante, así la reacción transferencial que producía en las

demás personas con su embarazo "de alto riesgo", también tiene afectación en nosotras.

Sin embargo fue claro que el proceso vivido en el grupo, dio la oportunidad a Mariel de caer en la cuenta de que la causa de su ansiedad era tener al bebé dentro de su cuerpo y la sensación de "cargarlo" ella sola, demandando excesivos cuidados de los demás. Al reconocer parte de esto, se da lugar a un compromiso de mantener más tiempo el embarazo y logra llegar al octavo mes, a pesar de todos los contratiempos surgidos.

Por las características de su personalidad, se tiene la preocupación de que Mariel no aproveche esta experiencia como impulso al crecimiento y la madurez. Ella requiere más trabajo personal para lograr este objetivo.

En cuanto a su función como madre, existe el riesgo de manifestarse con formas infantiles, sacando a flote sus propias carencias y tal vez en algún momento anteponiéndolas a las necesidades de su bebé. Una influencia positiva es el apoyo y cercanía de Salvador quién puede ayudar en la neutralización de las tendencias filicidas inconscientes para con el bebé.

3.3.3 CONCLUSIONES DEL GRUPO N° 2

Con este segundo grupo, se comenzó a tener una perspectiva más clara del conflicto emocional en cada una de las integrantes del grupo, dejando un poco de lado, el aspecto pedagógico de la intervención.

En la experiencia de este proceso, hubo que enfrentar situaciones de crisis agudas, especialmente en el caso de Mariel, con su predisposición al parto prematuro, la que requirió intervenciones de emergencia para tratar de contener la angustia que se producía en ella, conforme avanzaba su embarazo. Esto requirió repensar el modelo

de intervención y las estrategias, cuando se presentan casos con alguna conflictiva especial.

Durante este proceso se observó una mayor participación de la pareja. También aparece la constante, de que uno de los miembros de la pareja, acude al tratamiento con la finalidad de jalar al otro a participar más, del proceso del embarazo.

A las mujeres parece interesarles mejorar el vínculo con su pareja, para obtener el apoyo y contención emocional, esperando que esto se traduzca más tarde en cuidados afectivos para el bebé. En los hombres, más bien parece una preocupación por jalar a su mujer al proceso, para que se convierta "mágicamente" en una buena madre para su hijo.

Se deberá reconsidera el programa de trabajo establecido, retomando los aspectos que han sido de gran utilidad y dejando de lado los contenidos pedagógicos, con la finalidad de perfilar esta intervención en la perspectiva psicoterapéutica.

3.4 CONCLUSIONES PRELIMINARES

Durante el primer proceso grupal realizado, se define la necesidad de orientar el manejo más hacia lo terapéutico, debido a la aparición frecuente de emergentes, que requieren de un manejo fuera del foco programado. Sin embargo, creemos que el foco de cada sesión debe conservarse por la característica de la intervención breve.

Aún cuando la intervención sea terapéutica para la mujer embarazada, llega a ser preventiva de los trastornos del vínculo materno-infantil, al sanear los elementos que van conformando este vínculo.

Es importante la creación de un instrumento lo suficientemente flexible, para adaptarse a situaciones de “poblaciones especiales” como lo son las mujeres que presentan un embarazo de alto riesgo.

Se requiere de un entrenamiento por parte del terapeuta: a) en el manejo de los fenómenos grupales, b) en la detección oportuna de las situaciones resistenciales, transferenciales y contratransferenciales, ya que, impactan con una intensidad importante en el proceso.

Con todas estas observaciones en mano, se procederá a la reestructuración de la propuesta de intervención que se ha manejado hasta este momento.

CAPÍTULO IV

LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A lo largo de este cuarto capítulo, se presenta de forma detallada los cambios y transformaciones que se han realizado, a la propuesta de intervención diseñada para el trabajo psicoterapéutico con mujeres en etapa de gestación, el cual tiene el objetivo de sanear el vínculo materno infantil en sus primeras etapas.

La evolución de la propuesta, se muestra desde la primerísima aplicación, como un programa de orientación a padres, del cual se presenta el programa diseñado y las modificaciones surgidas luego de su supervisión, hasta la reestructuración de la carta descriptiva, realizada para la aplicación al **grupo 1** y **grupo 2**, y finalmente la propuesta de intervención tal como se aplicó al **grupo 3**.

Este último apartado incluye: una introducción; el encuadre de trabajo; las técnicas de intervención aplicadas durante el proceso psicoterapéutico; la descripción del programa de trabajo, indicando en cada una de las sesiones el tema a trabajar, la tarea que el grupo realizará y el foco que guiará el trabajo en cada sesión; y finalmente los apoyos de supervisión y de análisis personal de las investigadoras. Esta información se presenta a manera de propuesta ideal, más adelante en el capítulo V se pondrán de manifiesto las experiencias reales acontecidas al aplicarla.

4.1 PROGRAMA DE ORIENTACIÓN A PADRES CON MUJERES EMBARAZADAS *Grupo 0*

El primer grupo, con el que se aplicó la intervención durante la gestación para sanear la relación entre el bebé y su mamá, es un grupo piloto que se trabajó bajo el enfoque psicoeducativo. Del proceso de dicho grupo, se obtuvieron las primeras observaciones de la propuesta, analizando la pertinencia de cada una de las quince sesiones, el objetivo particular y los temas específicos. El programa de trabajo de este primer grupo, se encuentra en el apartado de Anexos (Véase Anexo 2).

4.2 CURSO PSICOPROFILÁCTICO: UN BEBÉ EN CAMINO, HIGIENE MENTAL DEL EMBARAZO. Modelo aplicado en *Grupo1 y Grupo2*

Después del trabajo con el **grupo 0**, se realizaron modificaciones a la propuesta, se decidió disminuir la intervención psicoeducativa, para ir dando paso a la psicoterapéutica. Se detallan aún más los objetivos específicos de cada sesión, así como las estrategias que se utilizaron para alcanzar el objetivo planteado para cada día. Dichos cambios se aplicaron a dos grupos, en donde las mujeres participantes acudieron acompañadas de sus esposos. Las observaciones y registros puntuales de cada sesión permitieron un análisis detallado de la intervención, dando paso a nuevas modificaciones sobre todo en la técnica aplicada. Se sugiere revisar el anexo 3 que contiene la carta descriptiva, la cual permite conocer más a fondo el programa de trabajo.

4.3 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA CON MUJERES EN ETAPA DE GESTACIÓN. *Grupo 3*

4.3.1 INTRODUCCIÓN

El programa de trabajo en el que se basa esta intervención, tiene por objetivo general el saneamiento del vínculo materno-infantil, que ayudará a la madre, a sensibilizarse sobre la necesidad de realizar adecuadamente las funciones del maternaje y la prevención de alteraciones en el vínculo, generadores de trastornos psicológicos en los hijos.

Una de las premisas consideradas en esta investigación, como antecedente, de un vínculo sano entre la madre y su hijo, es la capacidad de ella para el disfrute de su embarazo, con lo cual estará preparando el espacio psicológico para recibir a su bebé.

Pero la realidad, es que no todas las mujeres tienen la salud mental necesaria, para lograr atravesar la crisis del embarazo con éxito y disfrutar del mismo. La intervención psicoterapéutica propuesta aquí, es una alternativa para la solución triunfante de dicha crisis, salvaguardando la formación del vínculo afectivo que la madre realiza con su bebé en esta etapa.

Es mayor la necesidad de una intervención, si se trata de un embarazo de alto riesgo, que en ocasiones pudiera estar propiciado por un rechazo consciente o inconsciente hacia el bebé o la negación del embarazo, así como en el caso de que las fantasías rebasen cierto nivel de angustia y los temores se intensifiquen.

De igual forma, es importante tomar en cuenta la conveniencia de la psicoterapia en gestantes adolescentes, ya que ellas, aunque logren un embarazo a término y

alcancen el posterior desarrollo de su bebé, ambos logros serán en detrimento de su propio desarrollo, coartando una de las etapas más críticas de la vida.

En estos últimos casos, el trabajo que se realiza enfocado al vínculo materno-infantil, conlleva la labor de lograr en la madre, una *adopción emocional* de su producto, tal como se infiere de Françoise Dolto (1998), cuando habla de los niños que no son concebidos conscientemente y de la necesidad de que sean adoptados desde la vida intrauterina, por su madre y por su padre, y después del nacimiento, por el grupo familiar ya que esto lo humanizará y sostendrá su deseo de alcanzar un nivel simbólico de humanización total.

Los objetivos específicos a cubrir durante el proceso, se mencionan a continuación y forman parte del fundamento de análisis, en cada una de las diferentes sesiones que conforman el proceso:

1. Abordar los mitos y las distorsiones en la información y la cultura reproductiva de la embarazada, con la finalidad de bajar los niveles de ansiedad que se generan por este motivo.
2. Contener las ansiedades y fantasías despertadas durante la gestación, originadas por estados regresivos normales de esta etapa.
3. Enfrentar con naturalidad, la ambivalencia del deseo y la concepción del hijo, analizando lo que se gana y lo que se pierde al traer a un hijo al mundo, así como lo que se goza y lo que se sufre.
4. Ofrecer la posibilidad de trabajar con la angustia que produce la ambivalencia cuando se manifiesta bajo la forma de fantasías aterradoras. Enfocando el trabajo en aquellos elementos fantasmáticos, que pudieran bloquear la adecuada vinculación del producto en formación, desde el psiquismo de la madre.
5. Favorecer la creación del espacio emocional, para el futuro bebé en el psiquismo de la gestante, es decir, el paulatino desarrollo de las funciones maternas propiamente dichas.
6. Favorecer la identificación de la mujer embarazada con las partes buenas de su propia madre.

7. Propiciar la valoración de la nueva función a la que se accede: la maternidad, además de la puesta en juego de las funciones maternas, dando a conocer la importancia de adecuadas formas de maternaje y crianza para los niños.

4.3.2 EL ENCUADRE DE TRABAJO

El proceso de psicoterapia grupal con mujeres en estado de gestación, al igual que cualquier tipo de psicoterapia, necesita un encuadre claro y preciso, que permita contener y manejar los fenómenos que ocurrirán a lo largo de la intervención,

“... adoptemos el término situación psicoanalítica para la totalidad de los fenómenos incluidos en la relación terapéutica entre el analista y el paciente. Esta situación abarca fenómenos que constituyen un proceso, que es el que estudiamos, analizamos e interpretamos; pero incluye también un encuadre, es decir un no-proceso en el sentido de que son las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso.” (Bleger, 1997, p. 237)

Considerando la importancia de manejar un encuadre claro, se describe a continuación lo que se requiere para llevar a cabo la intervención propuesta en esta investigación.

La propuesta está constituida por quince sesiones de trabajo, de dos horas cada una. La duración total es de dos meses, asistiendo a la sesión, dos veces por semana.

El grupo se mantiene abierto hasta la cuarta sesión, para permitir que se integren más pacientes, hasta llegar al límite de ocho participantes por grupo; después de esa sesión, el grupo seguirá hasta la última como grupo cerrado, sujeto únicamente a las bajas que pudieran presentarse por partos prematuros o de término, dentro de las semanas que dura el proceso, ya que el requisito de ingreso para las pacientes es contar con más de tres meses de gestación y someterse a una entrevista psicológica a profundidad.

Ya iniciado el proceso, no se permiten sesiones individuales hasta que éste termine; en el entendido de que todo lo que ocurra pertenece al grupo y es material de análisis del mismo.

La tarea general del grupo a trabajar, durante las quince sesiones que dura el proceso, es el saneamiento del vínculo materno-infantil. Cada sesión se divide en dos partes: corresponde al trabajo clínico la primera hora y media; y al trabajo corporal la última media hora.

Dentro de las sesiones, es necesario que cada paciente cumpla con el encuadre en lo referente a su puntualidad, ya que deberá estar desde el inicio de la sesión para comprender la tarea del día. De la misma forma, tiene que asistir todo el tiempo y a todas las sesiones, puesto que el tratamiento es breve y secuencial, así que una ausencia afectaría el proceso personal y grupal, de lo contrario debe comunicar al grupo la razón de su inasistencia, para ser analizada junto con las reacciones, que produjo en las demás participantes.

A las pacientes les corresponde la función de participar con sus propios conflictos y experiencias para ser analizados, analizando ellas mismas lo propio y lo de las demás, expresando toda clase de emociones que las acompañen.

La confidencialidad es pieza clave del funcionamiento grupal, la confianza debe establecerse bajo la base de que todo lo comentado y analizado en el grupo, debe quedarse ahí mismo. El compromiso es no comentar fuera del grupo, lo ocurrido ni lo hablado, si algo llegara a salir, deberá ser analizado grupalmente.

Las terapeutas tienen dentro de sus funciones, realizar señalamientos, aclaraciones, información, consejo y guía; así como interpretaciones que permitan al grupo la elaboración de conflictos intrapsíquicos y la concientización de su psicodinamia, analizando fenómenos de la dinámica grupal presentados durante el proceso.

Las dos partes en que se divide cada sesión, requieren del espacio específico para llevarlas a cabo, respondiendo a las necesidades de confort, confidencialidad, tranquilidad y espacialidad, el cual deberá ser un espacio respetado y cuidado por las mismas participantes del grupo.

Las sesiones son videograbadas y se toman notas simultáneamente por las mismas terapeutas, para su posterior análisis e integración de resultados de investigación.

Por tratarse de una investigación, se solicita el consentimiento informado de las participantes, quienes expresan su aceptación de integrarse al grupo y ser videograbadas para efectos de análisis del proceso, y posteriormente ser parte de los reportes de la investigación.

4.3.3 TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Puesto que cada sesión tiene un tema y un objetivo terapéutico en particular, se inicia el trabajo grupal haciendo una introducción que explique a las participantes la tarea a desarrollar ese día. Es necesario que les quede claro el contenido que deberán analizar desde su perspectiva personal, para compartirlo con el grupo y contribuir al cumplimiento de la tarea.

El primer momento requiere de la introspección personal de las participantes, durante la cual, ellas mismas, acceden paulatinamente a su inconsciente, esto da paso a la siguiente fase de reflexión grupal, en la que se manifiesta el conflicto intrapsíquico del grupo y poco a poco se abarca el tema de la sesión. Los procesos de transferencia grupal se van entretrejiendo, tanto hacia sus pares como hacia las terapeutas.

La dinámica de grupo se intensifica y se repiten en el actuar grupal, situaciones regresivas, que señalan al mismo tiempo las conflictivas personales y familiares de las integrantes. Así es como dentro del grupo, se ponen de manifiesto los tipos de

relaciones objetales primarias, se reviven los conflictos infantiles hacia sus objetos y se revelan los mecanismos de defensa, que comúnmente emplean las integrantes del grupo en su proceder cotidiano.

El grupo actúa como una “casa de espejos” donde las pacientes pueden verse reflejadas, en las otras mujeres que conforman el grupo.

Por tratarse de mujeres embarazadas, las terapeutas desempeñan claramente la función de madres de las pacientes. Constantemente requieren actuar de manera contenedora, pero en otras ocasiones, deben ser guías y consejeras a la par de realizar funciones interpretativas, así como señalar los conflictos manifestados en el grupo, ayudando al análisis y concientización de los mismos, lo que corresponde a la fase final del trabajo clínico de la sesión.

En esta última fase, las terapeutas devuelven al grupo lo observado durante la sesión y se realiza el cierre de la misma, conteniendo las ansiedades que pudieran haber emergido durante la sesión.

Después de este tiempo de trabajo clínico, el grupo pasa a la parte de trabajo corporal, que brinda principalmente la oportunidad de concientizar las sensaciones que les ayudan a las pacientes, a clarificar su esquema corporal y a manejar las ansiedades que, como resultado de los cambios en el mismo, se incrementan durante el embarazo. Este espacio es muy útil, sobre todo en ocasiones en que las gestantes presentan una excesiva preocupación narcisista, por su esquema corporal y no toleran los cambios propios del embarazo.

Así mismo, permite la contención de ansiedades, temores y desconocimiento que las gestantes presentan sobre el propio proceso del embarazo, con un enfoque más de tipo biológico que se concentra e incrementa a nivel psicológico y emocional. Se trata así de apoyarlas en la integración mente-cuerpo-emociones.

4.3.4 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Se ha manifestado con anterioridad, que el programa de trabajo está dividido en quince sesiones, cada una de las cuales tiene una tarea específica a trabajar y un objetivo terapéutico que cubrir. Se expone de manera aproximada la asignación de la tarea de cada una de las sesiones, para ofrecer una idea general del trabajo a realizar en el grupo.

Sesión: Día 1

Tema: *Introducción a la psicoprofilaxis.* -

Tarea: *Encuadre terapéutico y definición de la tarea.*

Foco: *Clarificar la tarea y la forma de trabajo del grupo.*

Asignación de la tarea: *...Somos un grupo de personas, reunidas con la finalidad de analizar y sanear el vínculo, que se está estableciendo entre ustedes como mamás y el bebé que esperan. El vínculo es el tipo de relación entre ustedes y su hijo, que ya contiene los elementos de los problemas que las trajo a esta institución.*

Al mismo tiempo que trabajamos el vínculo, vamos a trabajar psicoprofilaxis, Esto quiere decir que se va a buscar prevención e higiene mental.

Para lograr el objetivo de este programa, se requiere trabajar el encuadre terapéutico y comprometernos a respetarlo hasta el final. (ver Encuadre de Trabajo)

Ahora es momento de hablar sobre el motivo por el que están aquí, que es su embarazo y la forma como recibieron la primera noticia de que estaban embarazadas...

Sesión : Día 2

Tema: *Condiciones biológicas para el embarazo.*

Tarea: *Reconocimiento del cuerpo y su función reproductiva.*

Foco: *Realzar la condición de la feminidad.*

Asignación de la tarea: *...Para la tarea de esta sesión, es necesario que analicemos las experiencias y los conocimientos que ustedes tienen acerca de su*

cuerpo y las condiciones físicas, que nos hacen ser mujeres biológicamente hablando.

Es importante que reflexionemos, sobre lo que le ocurre a nuestro cuerpo, para que podamos posteriormente comprender lo que pasa con nuestra mente y nuestras emociones.

Recuerden la información que ustedes recibieron sobre su desarrollo como mujeres, la fecundación y el embarazo...

La tarea debe fluir desde lo físico hasta lo social y entender el papel de las mujeres según la sociedad y la cultura a la que pertenecemos...

Sesión: Día 3

Tema: *La disposición psicológica hacia el embarazo.*

Tarea: *Relación embarazo-sexualidad.*

Foco: *Vincular la sexualidad con la feminidad.*

Asignación de la tarea: *...El tema de hoy es Sexualidad y su relación con el embarazo. En la mujer hay ciertos eventos biológicos, que marcan en mucho la idea que cada una poseemos de la sexualidad y de la condición de ser mujer. El primer evento, es la primera menstruación, el cómo se vive este acontecimiento, la información que poseemos, la emoción que le acompaña.*

Otro evento es la vivencia de la primera relación sexual, las ideas previas que se tienen acerca de la relación sexual, tal vez matizadas de las historias de los cuentos de hadas, donde se fantasea con un momento maravilloso, casi mágico; contrastado con la realidad de esa primera vez, ¿qué concepto queda acerca del papel que juega una mujer durante la relación sexual? y ¿cómo es que nos vivimos mujeres a partir de ese momento?.

El tercer evento es el embarazo, la función biológica exclusiva de la mujer, la emoción que produce el estar embarazada, satisfacción-insatisfacción, gozo-sufrimiento, ¿qué nos enseñaron a sentir en esta situación y qué es lo que realmente sentimos por estar esperando un bebé?

El objetivo es poder analizar las circunstancias, en las que se producen estos eventos: primera menstruación, primera relación sexual y primer embarazo, para llegar al concepto que tenemos de nosotras mismas por ser mujeres...

Sesión: Día 4

Tema: *La vida intrauterina.*

Tarea: *Inicio del vínculo.*

Foco: *Concretizar la idea del bebé y la posibilidad de comunicación con el mismo.*

Asignación de la tarea: *...Hoy vamos a hablar principalmente del bebé y cómo va cambiando con el paso de los meses, pero también cómo va cambiando la percepción que ustedes van teniendo conforme pasa el tiempo.*

¿Cómo se comunican con su bebé?, ¿sienten respuesta de su bebé cuando le hablan?, ¿qué han sentido a lo largo del embarazo?

Con el objetivo de fortalecer este aspecto de la comunicación con su bebé van a escribir una carta dirigida a él y se leerá aquí en la sesión 7...

Sesión: Día 5

Tema: *Mitos y realidades acerca del embarazo.*

Tarea: *La cultura reproductiva.*

Foco: *Abordar las distorsiones en la información y cultura reproductiva.*

Asignación de la tarea: *...Hoy hablaremos de un tema muy cotidiano, Mitos y realidades acerca del embarazo, todo aquello que dicen las mamás y las abuelas de los cuidados que debe tener una mujer embarazada, lo que dicen las amigas y la vecinas, no sólo del embarazo sino también de los cuidados del recién nacido, lo que les han dicho y lo que han escuchado y que tal vez les provoque dudas o incluso ansiedad, (para poder separar lo que es real, de lo que es un mito).*

Sesión: Día 6

Tema: *Influencia del estado emocional de la madre en el bebé.*

Tarea: *Ambivalencia del deseo por el bebé.*

Foco: *Neutralizar los impulsos de muerte.*

Asignación de la tarea: ...Ahora se va a hablar de la parte agradable y la parte desagradable del embarazo... de la ambivalencia, es decir, de por qué sí desean tener un hijo y de por qué no lo desean...

Sería importante no tener miedo de hablar de las cosas desagradables... porque puedan dañar al bebé, hablar por ejemplo de: el deseo de que sea niño cuando va a ser niña; molestias; amenazas de aborto... Hablarlo no le va a causar daño al bebé, porque no sólo hay cosas bonitas, también hay cosas desagradables...

Sesión: Día 7

Tema: Condiciones medio-ambientales y afectivas de la familia para recibir al nuevo bebé.

Tarea: Espacio psicológico para el bebé.

Foco: Facilitar la creación del espacio emocional para el futuro bebé, en el psiquismo de la gestante.

Estrategia: lectura y análisis de la carta al bebé.

Asignación de la tarea: ...la tarea es hablar de todo lo que hemos estado pensando y esperando del bebé, lo que significa para el papá del bebé su llegada, para los abuelos, los tíos y tías y demás personas significativas...

Así como los pajaritos preparan ramita por ramita el nido para sus crías, así ustedes van preparando también un espacio emocional para el bebé, que a veces se manifiesta en las cosas que van preparando para éste, lo que están tejiendo, la ropita que han comprado, los juguetes, la cunita, todo esto nos habla de la manera en que están preparando su llegada. Pero sobre todo, se va haciendo un espacio emocional, con lo que se está pensando, imaginando, fantaseando y hasta soñando con respecto al bebé en camino. La carta que escribieron nos va a ayudar a analizar todo esto...

Sesión: Día 8

Tema: El parto.

Tarea: Angustia de la fantasía de muerte relacionada con los dolores del parto.

Foco: Contener los temores y ansiedades en relación con el momento del parto.

Asignación de la tarea: ...el parto es el momento crucial entre el embarazo y el momento de tener por primera vez al bebé en sus brazos. Hay muchas experiencias que escuchamos sobre ese momento, algunas agradables y otras terroríficas, pero la experiencia es diferente en cada mujer, según su capacidad para percibir y controlar el dolor. Es necesario que reflexionemos sobre la información que cada una tiene del momento del parto, analizando los temores y las fantasías que acompañan a esa información...

Sesión: Día 9

Tema: Posibles complicaciones durante el parto y la recuperación.

Tarea: Fantasía de daño en el bebé y la madre en el parto y posparto.

Foco: Elaborar la reactivación de fantasías sexuales infantiles, en relación con el momento del parto.

Asignación de la tarea: ...en la sesión anterior, analizamos la información que tenemos con relación al momento del parto, ahora debemos trabajar sobre las posibles complicaciones que se pueden presentar en el parto y lo que se espera de la recuperación de ustedes.

El proceso de recuperación que inicia después del parto, lleva el nombre de puerperio y tiene que ver con los cambios que el cuerpo va a sufrir para nuevamente regresar a su estado anterior al embarazo...

La tarea de hoy consiste en analizar, lo que puede ocurrir en caso de complicarse el parto y cuáles son las alternativas médicas, que ustedes conocen se pueden utilizar en ese momento. Es importante que lo reflexionemos, para estar preparadas ante cualquier eventualidad que pueda presentarse.

Por otra parte, la tarea también debe abarcar la información que amigas o familiares les han compartido referente al puerperio, los cuidados que se deben tener en ese periodo, las consecuencias que trae consigo el embarazo, pero vamos a detenernos en los temores que todo esto despierta en ustedes y la relación que tiene con eventos de su propia vida...

Sesión: Día 10

Tema: *Consejos de mamá para ser madre.*

Tarea: *Interjuego de las identificaciones de la gestante, con su propia madre interna.*

Foco: *Facilitar y favorecer el proceso de identificación de la gestante, con la partes buenas de su propia madre (internalizada).*

Asignación de la tarea: *...hoy vamos a hablar de las mamás, ustedes van a ser mamás. Desde niñas inicia esta preparación, cuando se jugaba a las muñecas o a la casita... el primer modelo de mujer que tenemos en nuestras vidas es nuestra madre... vamos a pensar en la mamá que tienen internalizada, vamos a recordar lo que sus mamás les han enseñado de cómo ser mujer y cómo ser mamás... es esta mamá que siempre las acompaña porque la tienen en su mente... ya sea una mamá que está físicamente con nosotros o no, pero esa mamá tiene aspectos positivos y negativos. Lo importante de analizarlos, es para integrar nuestro propio modelo de madre que queremos ser...*

Sesión: Día 11

Tema: *La relación inicial de la madre con su bebé.*

Tarea: *Del bebé imaginario al bebé real.*

Foco: *Propiciar la adecuada catectización del producto en formación, desde el psiquismo de la madre.*

Asignación de la tarea: *...la tarea de hoy, es analizar acerca de cómo se han imaginado que son los cuidados de un recién nacido, cómo va a ser su primera relación con el bebé. Se van a dar cuenta del sexo real del bebé, su físico... Cómo va a ser esa primera relación con el bebé..., imaginen que ya nació y las condiciones físicas medio-ambientales con las que van a recibir el bebé...*

Sesión: Día 12

Tema: *Cuidados del recién nacido.*

Tarea: *La capacidad de sostenimiento materno.*

Foco: *Promover el paulatino desarrollo de las funciones maternas.*

Asignación de la tarea: ...en esta sesión, la tarea es analizar lo importante que es establecer la relación con el bebé, para poder satisfacer las necesidades que tiene como recién nacido, ya que la comunicación no será verbal, debe entonces existir una conexión entre mamá y bebé para poder entender lo que está necesitando el bebé... La tarea incluye también el análisis de los cuidados maternos, que ahora ustedes le van a brindar a su hijo en cuanto nazca,... cuidados que ya están procurándole desde ahora, mientras es parte de ustedes, pero que se intensificarán al nacer el bebé...

En el caso del grupo de adolescentes: enfrentarse a una situación que no estaba planeada y tener que dejar la adolescencia que se estaba viviendo, para dedicarse a atender a su bebé... significa dejar las fiestas, los amigos, las diversiones... lo de antes del embarazo, para dedicarse a hacer cosas que no tenían planeadas y que se enfocan principalmente a lo que el bebé necesita.

Como se pueden dar cuenta, la tarea está formada por dos partes, una en la que se va a hablar de lo que ustedes conocen con respecto a los cuidados y atenciones que les dieron a ustedes, cuando eran unas bebés recién nacidas... y otra parte, en la que reflexionen sobre el papel que ahora les va a tocar como satisfactoras de las necesidades de su bebé recién nacido...

Sesión: Día 13

Tema: Fases del desarrollo socio-afectivo y sus principales logros.

Tarea: El desarrollo del bebé y los trastornos del vínculo.

Foco: Analizar la reactivación de conflictos infantiles, con respecto a la calidad del vínculo con sus propios padres.

Asignación de la tarea: ...Hoy la tarea consiste en analizar el desarrollo socio-afectivo deseado, para que sus hijos gocen de salud mental y puedan avanzar en su vida con éxito. Este desarrollo se empieza a dar desde el momento del embarazo, pero al nacer el bebé, iniciará su recorrido por varias fases en las que necesitará especiales atenciones de su mamá, esas necesidades van a ir cambiando conforme pasen los meses y es muy importante que ustedes, tengan claro cómo actuar para favorecer su desarrollo positivo.

En la asignación de la tarea, se describen las etapas de autismo normal, simbiosis y la de separación-individuación, señalando que estas etapas, se repiten constantemente a lo largo de la vida, con la intención de que puedan identificar estas etapas o niveles de desarrollo, en ellas mismas.

La tarea en esta ocasión, también requiere que el análisis se realice en dos momentos, primero desde la experiencia propia que ustedes han tenido desde su nacimiento y ahora lo que van a tener que enfrentar, como madres de su bebé.

Sesión: Día 14

Tema: *La estimulación temprana, sus objetivos y resultados.*

Tarea: *Acciones favorecedoras del vínculo.*

Foco: *Posibilitar la superación de resistencias y bloqueos que impidan una adecuada relación con el bebé.*

Asignación de la tarea: *...hoy es el día 14 y vamos a hablar de la estimulación temprana, que se le da al bebé desde pequeñito... (enlazar los temas anteriores sobre el cuidado del recién nacido y explicar sobre las áreas del desarrollo)... El bebé necesita estimulación para alcanzar un buen desarrollo, tanto en lo emocional como en otras áreas... La importancia de la mirada, la sonrisa, la comunicación con el bebé, el contacto físico con caricias, el reconocimiento de su madre, el espejeo de las miradas y el sostenimiento... El desarrollo también se da en el sentido de lo físico y lo corporal, el movimiento... la socialización... el lenguaje... el pensamiento y el aprendizaje...*

Con la tarea de hoy, lo que podemos relacionar es la forma de estimular a su bebé, pero en otro momento, analizaremos también, cómo es que ustedes se sienten estimuladas para continuar siendo mejores cada día, porque, reconociéndolo en ustedes, podrán transmitirlo a su bebé también.

Sesión: Día 15

Tema: *Cierre y conclusiones de la experiencia recorrida.*

Tarea: *Cierre del proceso.*

Foco: *Elaborar cierre y conclusiones del proceso personal y grupal.*

Asignación de la tarea: *...esta es la última sesión del proceso, así que la tarea será regresar en el tiempo, hasta el momento en que iniciamos como grupo y recordemos todo lo que hemos vivido a lo largo de estas quince sesiones. Analicemos lo que ha sido agradable y lo que no lo fue, reconociendo los avances que cada una logró y las tareas que de forma independiente tendrán que seguir trabajando; de esta manera podremos compartir con las demás, lo que recibimos de ellas y cerrar el trabajo tan intenso pero benéfico, que vivimos aquí.*

4.3.5 ANÁLISIS DE LA SESIONES

Antes de cada sesión, se analiza el estado emocional en que llegan las terapeutas y se intenta adecuar el clima emocional para iniciar con la sesión, auxiliándonos de una revisión de lo acontecido en la sesión anterior. Se toma nota de todo lo ocurrido en esta parte del trabajo.

Después de cada sesión, se comentan y se registran las sensaciones que deja la sesión trabajada, los "insight" a los que se llega y el análisis de la intervención.

Posteriormente con ayuda de las filmaciones de cada sesión, se procede a la transcripción de las mismas, con la finalidad de analizar detalladamente lo acontecido, terminando con una integración del contenido esencial de la misma. El material de este análisis se supervisa, antes de dar inicio a la siguiente sesión.

Las observaciones de la supervisión guían el proceso de la intervención y están integradas a lo largo del reporte de esta investigación.

4.3.6 ANÁLISIS DE LA CARTA AL BEBÉ

La carta al bebé es una unidad de análisis, que de manera proyectiva, da cuenta de los elementos que la madre está depositando en la conformación del vínculo con su bebé.

A través del análisis del texto, (lo que expresan: conflictos, motivos, expectativas, etc., y cómo lo expresan: la forma particular en que se refieren a su bebé), se deduce el estado que guarda el proceso de conformación del vínculo materno-infantil.

4.3.7 ANÁLISIS DE LA TRANSFERENCIA CONTRATRANSFERENCIA

Actualmente cualquier trabajo clínico, resulta incompleto si no cuenta con el análisis de la transferencia contratrtransferencia, lo cual no es una tarea fácil, pero especialmente en este caso, trabajar con mujeres embarazadas resulta realmente intenso, debido al momento crítico que significa la gestación y el impacto que esto produce en la persona del terapeuta.

Como lo señalan Juan Vives y Teresa Lartigue (1991), el trabajo psicoterapéutico con este tipo de pacientes provoca fuertes regresiones en el terapeuta reviviendo sus propios estados simbióticos que resultan en ansiedades contratrtransferenciales de tipo confusional, además de que la regresión libidinal a una posición narcisista de la mujer embarazada, induce a que el terapeuta se sienta excluido como interlocutor y blanco de la depositación de partes primitivas y sádicas de las estructuras superyoicas en regresión, a través de la identificación proyectiva. (p. 161)

Así pues, la transferencia con mujeres embarazadas, coloca al terapeuta en el rol de madre y padre, a quienes se demanda constantemente contención y apoyo emocional. Mediante la transferencia, las gestantes actúan regresivas, es decir: se comportan de manera voraz, dependiente, demandante, pero también ausentes y pudieran parecer poco receptivas. Las pacientes toman dos vertientes opuestas en

su comportamiento ya que pueden pegarse intensamente al psicoterapeuta, o por otro lado, simular ignorarlo o prestarle poca atención en sus intervenciones.

La transferencia en las mujeres gestantes, está basada en la identificación respecto al hijo que llevan en su vientre y la identificación con su propia madre internalizada, escenario que les permite reeditar situaciones tempranas ocurridas en su vida, como es el caso del proceso de separación-individuación, el conflicto edípico y la relación con sus padres.

Eventos todos estos, en los que el terapeuta debe prestar especial atención, saberlos identificar y traducirlos en el momento actual de la relación terapéutica, lo cual no es factible sin el apoyo que brinda el trabajo de supervisión y el de análisis personal del terapeuta.

4.3.8 LA PREPARACIÓN DEL TERAPEUTA

Se debe considerar que, para el éxito de este tipo de intervenciones es necesario que el psicoterapeuta cuente con al menos tres elementos básicos de apoyo: el primero será la preparación académica adecuada al tipo de intervención que se ofrece; el segundo se refiere al conocimiento de sus propios conflictos e historia de vida, que son resueltos mediante el análisis personal; y finalmente el tercer elemento conformado por el proceso de supervisión del tratamiento impartido a las gestantes, de manera que contrarreste la intensidad de lo que éstas depositan en su terapeuta.

4.3.9 ANÁLISIS PERSONAL DEL TERAPEUTA

El análisis personal del terapeuta es un requisito indispensable para la práctica de la psicoterapia, la importancia de este análisis lo describe Freud de la siguiente forma:

...si bien el médico ha de estar en condiciones de servirse a sí mismo de su inconsciente como instrumento del análisis, él mismo tiene que llenar en vasta medida una condición

psicológica... Para ello no basta que sea un hombre más o menos normal; es lícito exigirle, más bien, que se haya sometido a una purificación psicoanalítica, y tomando noticia de sus propios complejos, que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece... (Freud, 1912, p. 115)

En esta intervención, el análisis personal resulta al mismo tiempo un factor de suma importancia para la comprensión de los fenómenos contratransferenciales que se presentan en la persona del terapeuta, en el tratamiento con mujeres embarazadas. El aspecto de la maternidad y de la relación con la madre, debe estar suficientemente analizado en la persona del terapeuta y constantemente revisado en su espacio de análisis, cuando se trabaja en este tipo de tratamientos.

4.3.10 LA SUPERVISIÓN

En cuanto a la supervisión Eduardo Dallal y Castillo, nos refiere lo siguiente:

...Consiste en el seguimiento sistemático del análisis del tratamiento de un paciente, que constituye el escenario profesional en el que el terapeuta se está formando. El análisis del caso en seguimiento incluye la comprensión del desarrollo profesional del psicoterapeuta, los conocimientos teóricos que requiere, los de su persona como instrumento terapéutico, los de las técnicas que pueden ser usadas con su paciente. Finalmente, asiste a la formación del estilo personal del terapeuta, o sea, los estilos de abordar, comunicarse y manejar la relación con su paciente, que cada especialista desarrolla ...La meta principal es que el terapeuta internalice la supervisión como la conciencia de su self profesional en acción, o sea que adquiera la capacidad de identificar los contenidos y las etapas del tratamiento en el paciente, incluida la conciencia de su propia persona en las interacciones. (En Salles, 2001, p. 254 y 255)

...En el curso de este trabajo se van planteando los cuestionamientos acerca de cómo utiliza el psicoterapeuta sus conocimientos, o qué aspectos de su persona entran en el juego transferencia-contratransferencia y requieren de más estudio o de la exploración en su propio análisis. (Op. Cit., p. 257)

En el trabajo de investigación que se reporta, la supervisión se realiza en dos vertientes y con dos supervisores a los que debemos parte de nuestra formación y por ello conocen ampliamente nuestra trayectoria y estilos de trabajo.

La supervisión del proceso grupal se realiza con el Psicoterapeuta Jaime Alejandro Sámano Liceaga, quién ha supervisado con anterioridad la estructura de la propuesta

de intervención y luego nos auxilia en el seguimiento sistemático del análisis del tratamiento.

Y la supervisión del proceso de investigación en su conjunto, con el Dr. Manuel Guzmán Treviño, quién nos orienta desde la conformación del proyecto de investigación y su seguimiento, hasta la conclusión del mismo.

La similitud en la formación de los supervisores facilita la triangulación de datos con lo cual se accede a un nivel mas alto de comprensión del proceso y de control del mismo.

CAPÍTULO V

EL GRUPO 3 VIFAC

Este capítulo, contiene la parte medular del trabajo de investigación y se refiere, a la experiencia de la intervención psicoterapéutica, realizada en **VIFAC** con un grupo de mujeres embarazadas, de las cuales la mayoría presentaban importantes desviaciones en la salud mental, además de la condición de desamparo.

5.1 LA INSTITUCIÓN

VIFAC, son las siglas de VIDA Y FAMILIA A.C. Institución de asistencia privada, que atiende a *“mujeres embarazadas en situación de desamparo; proporcionándoles: albergue, alimentación, vestido, servicio médico, asesoría legal, asistencia psicológica y capacitación, de forma gratuita”*. (www.vifac.org.mx)

Se tiene conocimiento de esta Institución a través de los promocionales de radio que manejan, permitiendo hacer contacto telefónico y posteriormente personal con la directora de este centro, en la ciudad de León, Gto., a quién se le planteó de forma sintética la intención para trabajar el proyecto, ya que las características de la población que atienden, se apegan a los objetivos y especificaciones de la investigación. La directora dio su aprobación inmediata, sin ahondar en la información, mostrando con esto la enorme necesidad de atención psicológica que

tiene la Institución, ya que no cuenta con recursos para proporcionar este tipo de asistencia, salvo en casos muy especiales.

De acuerdo con la información que se proporciona en su página de internet, *“VIFAC es creada en la Ciudad de México en 1985, por Virgen Guadalupe Mariscal Vilchis y Graciela Sodi de Velasco, como respuesta al fenómeno social de mujeres embarazadas que no cuentan con apoyo de sus parejas, de su familia, de sus patronos ni de la sociedad en general; quiénes al verse sin soporte, pierden la esperanza y pueden atentar contra su vida y la de su bebé. Actualmente VIFAC opera en doce estados del país y el Distrito Federal con 15 albergues”*.

La misión y visión esencial de VIFAC, según la misma fuente, es: *“proteger la vida humana, acogiendo a la mujer embarazada en desamparo; favoreciendo la decisión libre y responsable respecto al futuro de su hijo; promoviendo la cultura de la adopción entre mujeres jóvenes y matrimonios sin hijos; cuidando de los bebés que recibe la Institución para dar en adopción y formando a los jóvenes y matrimonios adoptivos en el ámbito de la sexualidad y la familia”*.

En esta ciudad, VIFAC opera a partir de marzo de 2001, por iniciativa de tres matrimonios que actualmente se ocupan de la presidencia, secretaría y tesorería del patronato de esta Institución. Cuentan con una casa albergue y actualmente se atiende a 30 mujeres, de las cuales 17 son internas y 13 de atención externa. Su sostén económico está basado en donativos de empresas, instituciones y personas físicas.

Es atendida por siete personas de base: Directora, Subdirectora, tres Mamás: una de día, otra de noche y una más de fin de semana; una Trabajadora Social y una auxiliar de oficina y casa.

Las mamás de VIFAC, realizan funciones de tutoras de las chicas internas, organizando las actividades diarias. Además participan con la Institución, el

Voluntariado de VIFAC, que lo conforman los profesores de cada taller que se imparte: computación, inglés, tejido, cocina, belleza, manualidades, lectura y temas médicos, puericultura, derecho familiar y programa PAIDEA impartido por el DIF.

La Institución por influencia de sus fundadores se orienta sobre una línea católica, convocando a las chicas a rezar el rosario una vez por semana, a una clase de doctrina y una hora de clase de Biblia y otra de confesión semanalmente, impartidas por un sacerdote.

El espacio físico de la Institución, está conformado por una casa tipo residencial de dos niveles, adaptada como albergue con cinco habitaciones, baños, sala de t.v., dirección, recibidor, salón de computación, sala de juntas, comedor, cocina, lavandería, cochera y jardín. No hay un espacio destinado ni mucho menos adecuado para la actividad psicoterapéutica.

El espacio designado para trabajar el grupo fue la sala de juntas, que consiste en una habitación de 6x4 m., con baño y dividida en dos por una estructura con vidrio transparente, sólo uno de los dos espacios pudo ser utilizado, ya que el otro pronto fue adaptado como oficina.

Entonces bien, el espacio con el que se contaba no eran más de doce metros cuadrados, expuesto a la visibilidad de quién estuviera en la oficina contigua, y con poca ventilación. A un lado de este saloncito, se encuentra la lavandería y la bomba del agua, que continuamente se encendía durante el trabajo de grupo. Por lo reducido del espacio, fue imposible realizar tomas de video adecuadas y el sonido resultó de mala calidad.

Estas limitantes llegaron a convertirse en cierto momento del proceso, en dificultades para el control y la contención de la dinámica grupal, sin embargo, aún cuando hubo que salvar constantemente situaciones provocadas por estas limitantes, se logró llevar al término el proceso.

5.2 LAS INTEGRANTES DEL GRUPO

Para el inicio de este grupo se entrevistaron a ocho candidatas^{*}, Ana, Sheila, Teresa, Zarina, Angélica, Luz, Isabel y Virgen. Isabel y Virgen no iniciaron el proceso, la primera por desertar de la Institución y la segunda debido a que su embarazo resultó psicológico. A continuación se presentan los perfiles de cada una de las integrantes del “*grupo 3 VIFAC*”

ANA

Ana es una mujer de 40 años, casada y posteriormente separada, vive una relación libre con José su actual pareja. Con estudios truncos de preparatoria, no realiza ninguna actividad laboral específica, en ocasiones trabaja en el comercio informal.

Esta es su cuarta gesta de 19 semanas. Tiene una hija de 19 años con quién no se relaciona hace tiempo. Este embarazo es catalogado como de alto riesgo debido a su edad, sin embargo no ha presentado alteraciones de importancia. No es planeado conscientemente, pero si es deseado. Existe en ella la fantasía de que este hijo, será criado para que cuide de ella cuando envejezca, por esto desea intensamente que sea varón.

En su historia personal, refiere una infancia feliz hasta el divorcio de sus padres, evento que coincide con el inicio de su pubertad, que es vivida de forma traumática por los fuertes trastornos provocados por el síndrome premenstrual y el pronunciado cambio en sus formas femeninas. Esto último vivido como un defecto en ella, que provocaba el acoso sexual de los hombres.

^{*} Los nombres han sido cambiados para proteger la identidad de las participantes de la investigación.

A los 19 años influenciada, abandona la casa familiar y se prostituye en una casa de citas por ocho años, ahí conoce a Jesús el padre de su hija, con quien vive un corto tiempo y la abandona estando embarazada, ella intenta abortar sin lograrlo. Posteriormente conoce a Ángel con quién contrae matrimonio, pero también la abandona estando ella nuevamente embarazada. Al verse sola con una hija y embarazada. Su hermana le dice que debe abortarlo porque no lo va a poder mantener, ella piensa que tiene razón y decide abortarlo. Posteriormente dice haber vivido con 15 hombres diferentes en el trascurso de 8 años, ellos la mantenían y le compraban cosas para su departamento. En este tiempo, se provoca un aborto más.

A los 35 años, un domingo tras una noche de copas, es atropellada en una avenida de alta velocidad, sufriendo múltiples fracturas. Estuvo por largo tiempo en el hospital. Incapacitada para el trabajo, regresa a la casa familiar. En este lapso de tiempo, su familia vende todas sus pertenencias y el padre cobra la indemnización que paga el automovilista que la atropelló, ella nunca recibe este dinero. Dolida y decepcionada de su familia, Ana decide cambiar su residencia a otra ciudad, donde vive una de sus hermanas que promete apoyarla.

Estando ya instalada en la casa de su hermana, se relaciona con José, un hombre de 50 años, soltero con secuelas de polio, alcohólico, que se dedica a "*la bohemia*", canta (muy mal a decir de Ana) en un grupo musical junto con unos amigos. No tiene trabajo formal y sólo en ocasiones tiene dinero. Aún vive con sus padres. Le ha dicho a Ana lo feliz que está con la idea de tener un bebé pero que la responsabilidad es de ella, porque es ella quién lo desea.

Decide ingresar a VIFAC, ya que José y ella no tienen un lugar para vivir, ni dinero para cuidar de su embarazo. Su estancia en la Institución la considera afortunada, ya que tiene todo lo que necesita, aún cuando en ocasiones le resulta difícil la convivencia con las demás internas, debido a lo irreflexivo y atropellado de su hablar.

Durante la entrevista inicial, Ana se muestra con una evidente confusión mental, su discurso es compulsivo, prolijo y desorganizado; provocando inicialmente la duda de su funcionalidad en el grupo.

Así mismo, su pensamiento es desordenado, poco realista, ilógico e impreciso, requiriendo de ayuda para estructurarse por parte de las demás personas. Las funciones sintético integradoras se muestran deficientes por su tendencia a la escisión como mecanismo de defensa. Sólo realiza esfuerzos mínimos para enfrentarse a los problemas y por lo general espera pasivamente a que sucedan las cosas.

Ana es una persona de estructura vulnerable, que a lo largo de su vida ha experimentado las crisis del desarrollo con una actitud de “veleta”, sin voluntad propia y con cierta perturbación de la conciencia. Su historia muestra claramente que a partir de la adolescencia, en la que sin apoyos afectivos efectivos, una crisis familiar y cargando ya cierta vulnerabilidad, se escinde en pedazos y es presa fácil del alcohol y la prostitución.

Se muestra característicamente con relaciones superficiales, no duraderas y distantes, por establecer vínculos con los demás en forma fragmentada e inapropiada. Reacciona con negación al dolor de la pérdida o separación, y sin embargo, se muestra incapaz de vivir sola.

La etapa en la que se prostituye y los abortos que se practica, son vividos con ansiedad y culpa, pero divide esta última, entre ella y los demás a su alrededor. Aún cuando tiene cierto grado de conciencia de su incapacidad, para tomar decisiones respecto a su vida y de su falta de voluntad para resolver sus conflictos, esto sólo le sirve para mostrar grandes cantidades de coraje reprimido contra los demás y contra ella misma, sin llegar a dar el paso a la liberación de éste. Casi cualquier éxito es experimentado como suerte o destino.

Su forma de readaptarse luego de una crisis, es con características de dependencia parasitaria. En una creencia de no ser merecedora de cosas gratas, acepta condiciones de muy baja calidad de vida, con tal de ser contenida, siendo incapaz de casi cualquier tipo de conducta, que le proporcione placer o autoestima.

El grupo es el que proporciona estructura y funcionalidad a Ana durante el proceso. Su actitud fue de disposición y participación en todo momento, aún cuando siempre se tuvo la duda, de qué tanto llegaban a la conciencia de ésta los señalamientos que se realizaban.

Ana siempre abría la sesión, aún cuando no hubiera entendido la tarea, jalaba a las demás a participar, aunque fuera sólo para ser corregida. Por ser la mayor, se colocaba muchas veces en el rol de consejera, pero no era escuchada en esos términos, ya que las demás percibían sus dificultades de pensamiento.

Al término del proceso, Ana adquirió la capacidad para escuchar a los demás, contener su habla irreflexiva y pensar sus dificultades, controlando en mayor grado su ansiedad.

SHEILA

Sheila de 19 años, presenta un sobrepeso considerable, vive sola y trabaja como ayudante de cocina con una tía. Su madre murió de forma repentina, hace dos años y su padre tiene más de ocho en Estados Unidos. Está enterado del embarazo de Sheila y le brinda su apoyo afectivo y económico, ella temía a su reacción, por sentir haberlo defraudado.

El único hermano de Sheila vive con sus abuelos paternos, ella nunca ha tenido buena relación con su abuela, porque siempre se expresó mal de su mamá, así que no desea vivir con ellos y por esto no frecuenta a su hermano.

Está muy enamorada de Jesús, pero se embarazó de José, un amigo de éste, en un arrebató de celos. Cuenta con cinco meses de gestación y desea una niña para tener mayor afinidad con ella, aún cuando preferiría un niño porque en su pensar sufren menos. El inicio del embarazo fue difícil, pues se presentó una amenaza de aborto que requirió de cuidados especiales, actualmente todo evoluciona bien.

En sus sueños, Sheila ve a Jesús cuestionando lo sucedido pero con buena aceptación hacia el bebé; en otras ocasiones sueña con el papá del bebé haciendo una vida juntos, pero ella no es feliz.

Decide ingresar a la Institución para ocultarse y evitar dar explicaciones a Jesús, la familia de él ya está enterada, ella misma les cuenta todo y les pide que guarden el secreto. En sus planes futuros está irse a Estados Unidos con su padre y olvidar todo lo ocurrido aquí.

Durante la entrevista se muestra con buena disposición y de agradable trato, evidencia una gran necesidad de aceptación. Su habla y actitudes son infantiles reflejando un nivel de pensamiento concreto. Sus recursos psíquicos son reducidos, con dificultad para el "insight" y la interpretación de la realidad.

De personalidad infantil, Sheila con frecuencia provoca conflictos en los círculos sociales en los que interactúa, por su impulsividad. Tendencia al "acting-out" y pensamiento paranoico.

Su forma de vinculación se caracteriza por una tendencia a la idealización de las personas, a quienes seduce con sus actitudes infantiles, para posteriormente mostrar su voracidad. Al no sentirse satisfecha con lo que los demás pueden proporcionarle, sobreviene la desidealización y el comer compulsivo.

En su muy particular forma de readaptación, tiende a evitar la resolución de sus problemas, arma enredos tele-novelescos para no enfrentar la realidad, ubica siempre la culpa en los demás y es incapaz de reconocer la parte de su responsabilidad. Muestra gran cantidad de coraje reprimido, en contra de sus padres y personas cercanas, por situaciones añejas, vividas como injustas.

Se integra al grupo justo en el límite del cierre del mismo, aún cuando ya tenía tiempo en la Institución, lo cual le permitió no sentirse tan extraña al entrar al proceso ya comenzado. En el grupo, Sheila tiene una actitud infantil, habla en voz muy baja, como si lo hiciera al oído de la terapeuta que tiene cerca, es muy celosa para que lo suyo se comparta abiertamente; esto genera inquietud y molestia en las otras integrantes.

Dentro de la Institución y en el grupo, con frecuencia Sheila se siente agredida sin razón por las compañeras y se defiende con reacciones infantiles ante la frustración. Muestra gran voracidad por tener la atención de las madres-terapeutas, robándosela a las demás. Siempre se sienta alejada del círculo, manteniendo una postura de apoyo en la pared o en otro mueble, como si no pudiera soportar su propio peso.

Su actuación en las sesiones es como distractor, rompiendo la dinámica establecida hasta ese momento. Trata de sabotear el tratamiento con sus llegadas tarde, inasistencias y rebelándose a terminar el proceso.

Al final del proceso comenzaba a tener conciencia de las consecuencias de sus actos y la responsabilidad que implica ser madre, como una realidad a la que se tiene que enfrentar a corto tiempo.

ZARINA

Es una chica de 21 años, muy delgada a pesar de su embarazo, de facciones remarcadas, ojos hundidos y nariz amplia; su tono de voz es infantil y bajo en volumen, denota ser de nivel socio-económico acomodado por su forma de vestir y expresarse. Estudiaba el cuarto semestre de la licenciatura en administración de empresas cuando se embarazó, razón por la que abandonó la universidad, aunado a la falta de apoyo de su familia y pareja.

Fue precisamente en la universidad, donde conoció al padre de su bebé, mantuvieron una relación que llegó hasta los planes de matrimonio, pero una discusión en la que intervino la futura suegra de Zarina, causó el rompimiento del compromiso.

En el tiempo que están separados, ella se da cuenta de su embarazo y teme la reacción de su pareja, pero mucho más la de su propio padre; temor justificado pues ambos le dan la espalda al enterarse. La desaprobación de su papá, militar retirado, es el motivo por el que se encuentra en la Institución, a manera de castigo, siente ella. Su madre no interviene a su favor en ningún momento, pero Zarina tiene la esperanza de que a su padre se le ablande el corazón y pueda perdonarla.

La actitud de su padre la hiere profundamente, ya que se había considerado la “*preferida de papá*” sobre sus dos hermanas y su madre. La mamá es 20 años menor que su esposo y actúa sumisa ante él, incluso sin defender su papel de esposa; esto impide el acercamiento con Zarina y la posibilidad de identificación materna.

Zarina nació de un embarazo de alto riesgo y comienza a desarrollar un problema asmático que logran controlarle hasta los 17 años. Enfermiza y sobreprotegida por el padre, crece logrando que se hagan las cosas siempre como ella las desea, llevándola a convertirse en una adolescente, con carácter difícil y de complicada vinculación interpersonal.

Estas características hacen que la estancia de Zarina en la Institución, le sea aún más desagradable, pues se suma a lo degradante que ya la consideraba, lo que se refleja al mantener una relación tensa con sus compañeras, debido según su sentir, a que es de mayor nivel socio-económico que ellas.

Durante la entrevista, Zarina se comporta educadamente, mostrando una actitud de niña buena y obediente, trata de ocultar su enfado por el hecho de que su padre la recluyó ahí para demostrarle su enojo. Su tono de voz y forma de expresión es infantil, revelan su falta de madurez para enfrentar la realidad. Sus recursos psíquicos resultan insuficientes, debido a los rasgos narcisistas que la caracterizan.

De personalidad con rasgos narcisistas, Zarina establece relaciones con fines de control y explotación para con los demás, le es difícil mostrar empatía por el otro y tiende a idealizar a las personas, de las que considera obtener gratificaciones narcisistas, denigra a quienes supone, no se las proporcionarán. Se manifiesta particularmente sensible a rechazos, abandonos y situaciones, en donde los demás no le prestan la suficiente atención. Pareciera que sus objetos buenos internalizados, no tienen la suficiente solidez, ya que, se percibe incapaz de depender de éstos.

En lo que respecta a sus mecanismos de readaptación, no logra enfrentar sus conflictos desde la realidad, por lo que hace reinterpretaciones ilusorias de la estimación propia. Cuando sus mecanismos de control fallan, puede llegar a desbordarse. Su angustia comúnmente se transforma en síntomas somáticos y no logra mecanismos efectivos para el control de ésta, siendo incapaz de solicitar ayuda, si esto implica depender del otro.

Dentro del grupo, Zarina asume la función de experta de los temas tratados en las sesiones. Por momentos, intenta atraer la atención del grupo con carcajadas y anécdotas que no termina de contar, pero asegura son muy interesantes y divertidas. Esto desagrada a las otras integrantes, porque lo ven como presunción.

Tiene dificultades para exponer sus conflictos en el grupo, busca dar la impresión de que todo con ella marcha de maravilla. En la Institución y en el grupo, busca tener un lugar privilegiado con las figuras de autoridad.

Durante la sesión del “**día 7**”, antes de leer su carta, Zarina comenta jactándose de su suerte, que su padre la ha perdonado y está nuevamente en planes para casarse, además informa que abandonará la Institución, ya que su boda sería la siguiente semana. Esto deja al grupo, la sensación de haber sido agredidas, sin la posibilidad de réplica ya que abandona el proceso después de esta sesión. No vuelve al grupo aún cuando se compromete a ello.

Tiempo después, recibimos noticias de que fallaron sus planes y todo lo expuesto se trataba sólo de una quimera.

ANGÉLICA

Angélica de 15 años de edad, soltera, con un nivel de estudios de 2º año de secundaria, había trabajado como empleada en una zapatería. Mantiene en contra de la voluntad de su madre, una relación de noviazgo con Tino, el padre de su hijo, 15 años mayor que ella.

Angélica es una niña con apariencia de adulta. De pelo negro perfectamente alisado y sujetado, ojos grandes y expresivos, cara redonda y facciones finas. Su piel es morena clara, y en su vientre comienza a ser notorio el embarazo.

Esta es su primera gesta, cuenta con 10 semanas en su proceso y tiene una apariencia sana. Aún no percibe los movimientos de su bebé y parece no creer que está embarazada. Al hablar de la significación emocional del producto, es vacilante, debido a que no tiene muy claro este aspecto.

Existe confusión entre el afecto que siente por su madre y el que puede sentir por el bebé, da la impresión de confundirse entre: sí ella es la mamá o es el bebé. Con relación a los sueños tenidos relata: *“Una vez soñé que tenía un bebé en mis brazos y me decían que era mío, ...¡no, no es mío! decía yo...”* Tiene el deseo inconsciente de darle a su madre el hijo por nacer, busca con ello, complacerla al darle el hijo varón que nunca tuvo.

Angélica es la única hija del matrimonio de Alfredo y Francisca, sobreviviente entre dos abortos, que la madre tuvo por *“hacer muchos corajes”*. Según sus palabras, Alfredo el padre de Angélica, actualmente está preso acusado de vender droga, es un hombre violento y alcohólico, no está enterado del embarazo de su hija y teme a su reacción.

Desde la detención del padre, Angélica y Francisca van a vivir a casa del abuelo materno. A su madre la percibe como una persona muy cercana a ella, tienen una relación simbiotizada, en la que Angélica muchas veces hace de confidente y hasta de madre de su propia madre. Dice contar con su apoyo y haber sido una madre siempre muy responsable y trabajadora. También la describe malhumorada y corajuda por culpa de su papá, quién la maltrataba y le era infiel.

Tino es su primer novio formal, al poco tiempo de conocerlo le pidió que le permitiera irse a vivir con él, porque no soportaba los conflictos de su familia, causados por el malhumor de su abuelo. Él aceptó y vivieron juntos un par de meses, pero la familia de él comenzó a darles muchas dificultades, según afirma Angélica, por ello decidió salirse de ahí y regresar con su mamá a la casa del abuelo materno.

La mamá al ver a su hija de vuelta, decide que ingrese a un convento para ser religiosa y olvidarse de la vida que había llevado hasta entonces, pero estando ya con las religiosas, los síntomas de embarazo empezaron a hacerse presentes y una visita al médico confirmó el diagnóstico.

Al enterarse, Tino ofreció hacerse responsable del bebé y apoyar a Angélica, la mamá de ella no lo permitió, pero tampoco se atreve a llevarla con ella, por temor a la reacción del abuelo. Esto las motiva a buscar su ingreso en VIFAC.

Durante la entrevista Angélica trata de hablar con toda propiedad, pero muestra ciertos vicios de lenguaje, que denotan bajo nivel cultural. Su pensamiento se manifiesta de modalidad rígida, pero con dudas, bloqueos e inhabilidades. La actitud que presenta, nos habla de su intento por tener todo bajo control, sin embargo, da la sensación de sentirse a la deriva, de no saber que hacer, ni qué va a ser de ella.

Por la edad, Angélica se encuentra en plena crisis de adolescencia y las conductas antisociales con tintes agresivos y desafiantes, son características en su actuar. Se vincula con vacilaciones irregulares entre cercanía y distancia, muestra sub-apego con sus compañeras, y sobre-apego de naturaleza infantil con su madre y personas de las que depende. No reconoce más personas cercanas aparte de su madre y presenta marcada tendencia al aislamiento.

Su crecimiento forzado debido a la vivencia que tiene con los padres, no le permite la madurez que en este momento requiere, para enfrentar problemas de adulto como los presenta, su conflictiva relación de pareja y su próxima maternidad. Esta situación provoca en Angélica, cargas excesivas de angustia, que intenta controlar sin resultado, desbordándose constantemente en conflictos con los otros y mostrándose sumamente agresiva, al tomar conciencia de su vulnerabilidad.

Se muestra con un estilo defensivo primitivo, negando la ansiedad ordinaria y cuenta con pocas técnicas adaptativas luego de una crisis.

Angélica se integra al grupo en la segunda sesión y desde ese momento se mantiene en silencio gran parte del proceso, a pesar de que se le promueve a participar con sus experiencias y reflexiones, sobre los temas analizados. Esto transferencialmente,

provoca en las terapeutas la preocupación por el estado de Angélica y la probabilidad de un pasaje al acto de su parte.

En las pocas ocasiones en las que participaba, no lo hacía de manera auténtica, por el contrario, utiliza ideas prefabricadas, mostrando su carencia de recursos. Interviene con otras chicas en la actuación del **día 9**, en el que se da "**la estampida**", como pronóstico de lo que ocurrirá en las últimas sesiones.

Aborta el tratamiento en la penúltima sesión, de una manera muy agresiva, debido a conflictos con una de las integrantes del grupo y respaldándose en el apoyo de la directora. Posteriormente se niega a asistir de forma voluntaria a la sesión de cierre del proceso.

TERESA

Teresa de 17 años de edad, soltera, cursaba el cuarto semestre de preparatoria al momento de quedar embarazada, a causa de la violación sufrida por parte de su exnovio. Dos meses después se realiza la denuncia penal y recibe atención psicoterapéutica breve por este motivo.

Es su primer embarazo en curso de 24 semanas, no planeado y con ambivalencia respecto a dar en adopción al bebé que espera. En el primer trimestre pierde alrededor de 6 kilos de su peso antes del embarazo, debido a las constantes náuseas y vómitos al percibir la comida. Actualmente pesa 58 kg. y aún continúan las náuseas, pero ha logrado controlar el vómito.

Al inicio pensó en dar en adopción a su hijo, pero la familia la convenció de quedárselo. Al hablar de la significación emocional del producto, comenta que fue la percepción de los movimientos del bebé y su imagen en el ultrasonido lo que la

convenció de tenerlo con ella. Teresa se percibe muy conmovida por haberse percatado de la existencia del bebé, aún cuando no ha soñado con él.

Teresa es la hija menor de una familia de 6 hijos. Benito, el padre, es un hombre de 59 años. Antes ferrocarrilero, trabaja actualmente como albañil; es a decir de Teresa, de carácter muy fuerte pero cariñoso, se guarda los problemas para él mismo y nunca comparte lo que siente. La madre, de nombre Pureza, con 55 años de edad, trabaja como enfermera y es una mujer comprensiva, que se da a querer y da confianza según las palabras de su hija.

Narra que su madre le ha platicado, que el embarazo de ella fue tranquilo, que ella nació en su casa con ayuda de una partera y que de chiquita era muy graciosa. Tiene recuerdos felices de su infancia, disfrutaba jugando con los animales y refiere buenas relaciones de amistad. Recuerda en sus maestros buenas figuras de autoridad y modelos de identificación.

Dice haberse sentido muy feliz durante su pubertad, disfrutaba sus cambios y le gustaba “*estar creciendo, igual que sus hermanas*”. En la escuela era de buenas calificaciones, pero en tercero de secundaria comenzó a reprobar materias debido a que empezó a interesarse por los chicos y esto la distraía mucho, incluso le costó no tener fiesta de XV años.

Jaime, el padre de su bebé, fue el primer novio con quien mantuvo una relación un poco más seria. Sus padres no estaban de acuerdo, ya que lo consideraban vago y alcohólico. Teresa salía con Jaime en contra de la voluntad de sus padres, hasta que influenciada por éstos, da por terminada su relación. A Jaime no le agradó esto y en una ocasión la esperó afuera de la escuela y abusó de ella.

Teresa llegó a su casa luego de ser ultrajada, llorando y con señales de violencia; la madre no indagó lo sucedido y la mandó a cambiarse de ropa, para que no la viera así su padre. Después de un tiempo en el que se niega a salir sola a la calle, el

muchacho trata de entrar a la casa y ella muy asustada llama a la policía. Es entonces cuando explica lo acontecido a su familia y realizan una denuncia contra él.

Jaime permanece en la cárcel, la sentencia es de cinco años. Menciona Teresa que no pudieron darle más tiempo, porque no lo denunció inmediatamente. Su familia la está apoyando, pero decidieron que se alejara de la ciudad en la que viven, para que él no se entere de que está embarazada, por ello deciden buscar el apoyo de VIFAC. En la Institución Teresa ha estado más tranquila, aún cuando su familia la visita muy poco y el tiempo de espera para ella se vuelve eterno.

Durante la entrevista, Teresa se muestra visiblemente ansiosa con el sentimiento a flor de piel, al narrar los acontecimientos críticos de su vida. De comunicación clara y precisa, pensamiento razonablemente lógico y buena capacidad para el "insigth".

De carácter superyoico, Teresa tiende a involucrarse en situaciones de injusticia en contra de ella, viviéndose en desdicha a causa de lo mal que es tratada. Esta conducta está motivada por una estructura de personalidad culpígena, creada en la interacción con los padres, ocasionando que los demás se muestren compasivos y así ella, logra bajar su nivel de culpa.

Su forma de vincularse, posee tintes de control con intención de enseñanza y ayuda a otros, como reflejo de las exigencias hacia sí misma y a su tendencia a aliviar la culpa. Se muestra bondadosa con los demás, pero al mismo tiempo terca y obstinada al defender sus puntos de vista.

La angustia manifiesta, se localiza en la aceptación de su próxima maternidad considerando la no planeación y la forma violenta en que se produce su embarazo, además de su estado de soledad. Muestra formas de readaptación en base a la racionalización de las situaciones conflictivas e intenta aprender de éstas, pero sin dejar de sentirse lastimada injustamente por los demás.

En el grupo muestra interés por el objetivo terapéutico, asiste puntualmente y con participación activa. Teresa asume el rol de coterapeuta, haciendo constantemente señalamientos a sus demás compañeras y clarificándoles el sentido en el que debía abordarse la tarea. Busca con esto tener la complacencia de las terapeutas, pero quedándose corta en el análisis de su propia conflictiva.

Casi al término del proceso, Teresa realiza un pasaje al acto, al enojarse con una de las compañeras en la sesión del **día 13**, como defensa ante la angustia de la despedida, a esto se suma el nacimiento de su bebé luego de esta sesión, no logrando efectuar el cierre del proceso, ya que su familia la lleva de regreso a casa.

LUZ

Luz es una chica de 20 años, madre soltera de dos varones menores de edad. Su condición económica y socio-cultural es precaria, lee y escribe con dificultad. Es trabajadora doméstica pero pierde el trabajo por estar embarazada.

Cursa la octava semana de gestación, de este, su tercer embarazo. Es un embarazo no planeado. La primera reacción de Luz ante la noticia del embarazo fue de gusto, porque pensó que “ya no estaría sola”, su fantasía era que así retendría a su pareja, además de que el estado de embarazo, le reconfortaba su soledad. Su emoción cambió a rechazo, al llegar el razonamiento de la dificultad que implica sacarlo adelante, cuando se vio sin el apoyo de su actual pareja, llegando a pensar abortarlo. Refiere no haber soñado con el bebé hasta la fecha.

Luz es la cuarta hija de una familia desintegrada de 8 hijos. Los padres de Luz se separaron hace 15 años, el padre era muy agresivo y golpeaba a su esposa. A decir de Luz, su papá vive solo, es alcohólico y está enfermo mentalmente. La madre siempre ha tenido que trabajar y mantiene una relación distante con sus hijos, quienes tienen que arreglárselas solos, la mayor parte del tiempo.

Comienza a trabajar a temprana edad y a salir a bailes. A los 17, inicia su vida sexual con un chico con quién mantiene una relación corta, ella dice: “...*lo bueno que no salí embarazada...*” Luz conoció al padre de sus dos hijos y a los 4 meses de noviazgo se fue a vivir con él, pero conforme pasó el tiempo dejó de proveer a Luz de lo que necesitaba, ella refiere que él es un irresponsable y por eso decidió dejarlo y volver a la casa familiar.

Después empieza a salir con un joven tres años menor que ella, la familia acepta esta relación, pero al poco tiempo con él queda embarazada. Este chico le ofrece hacerse responsable del bebé y apoyarla, pero Mario el mayor de los hermanos le prohíbe a ella que reciba apoyo del muchacho y éste ya no la busca.

Ante estas circunstancias, solicita su ingreso a la Institución ya que le parece imposible poder seguir trabajando. Dice únicamente preocuparle no poder estar con sus hijos, quiénes se quedan al cuidado de su hermano mayor, el cuál sobrevive cantando en los camiones urbanos.

Durante la entrevista, Luz se muestra con características de una grave privación socio-cultural, dando la impresión de presentar deficiencia intelectual. Muestra un pensamiento concreto e impreciso, con dificultades para el “insight” y serios problemas para la integración de ideas.

Transferencialmente hace creer que no posee la capacidad para un tratamiento que implique analizar y contratransferencialmente, hace sentir la locura del medio de donde proviene, al percibir sus formas esquizoides de defensa y vinculación.

En el corto tiempo en que se tuvo contacto con Luz, se percibe con acentuados rasgos de personalidad esquizoide, estableciendo formas de vinculación con excesiva tendencia al aislamiento del medio y la no tolerancia a la cercanía de las demás personas.

Luz se muestra con una actitud pasiva, ante los acontecimientos de la vida, limitándose a la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades primarias, sin metas ni ambiciones, que denoten un mayor nivel de autorrealización.

Las formas defensivas de Luz, se caracterizan principalmente por el uso de la escisión y agresión pasiva. Su tendencia a la inhibición de la conducta, impide cualquier manifestación de culpa o coraje reprimido.

Las readaptaciones después de una crisis o de una etapa de la vida, las enfrenta como en un estado de aletargamiento, en el que sin resolver nada, asume pasivamente el cambio o no cambio surgido de estas.

Su estancia en la Institución fue corta y su asistencia al grupo aún más. Al parecer por sus rasgos de personalidad esquizoide, Luz no logró adaptarse a la convivencia y a la vida en VIFAC, y después de un fin de semana en su casa ya no regresó, sin dar una explicación.

Al grupo solamente asistió a una sesión ya iniciado el proceso, luego de una entrevista individual. Las otras chicas no parecían conocerla mucho, ya que es muy callada y aislada en su interacción. Al inicio de la sesión asume esta misma postura, pero al escuchar el tema del **día 3** “La sexualidad y su relación con el embarazo”, fue una de las primeras en expresar su punto de vista. Su participación nos sorprende, ya que de forma espontánea e inconsciente, manifiesta claramente sus puntos de conflicto, que surgen gracias a la propuesta de la tarea para esa sesión.

Es interesante la reacción de una persona, que siempre se ha creído sin voz ni voto, cuando se le coloca en un espacio en el que siente la libertad de expresar su pensar y su sentir, por más precario que sea su desarrollo como persona. Comienza su proceso de humanización.

ISABEL

Es una joven de 18 años que espera a su primer bebé. Su actual pareja y padre de su hijo, es ocho años mayor que ella, está separado de su esposa y tiene un hijo de cinco años, con planes de divorciarse mientras Isabel está en la Institución siendo cuidada para no recaer en las drogas.

Durante su embarazo no planeado, ha bajado considerablemente de peso, sobre todo los primeros meses. Tiene el deseo reparador de dar a su hijo todo lo que ella no ha tenido y evitarle sufrimientos como los que ella vivió. Espera un varón, aunque ella deseaba una niña, a pesar de que para Isabel ser mujer significa sufrimiento. Los sueños que ha tenido son intensos e inquietantes, de daño y pérdida de su bebé.

Al saberse embarazada, decide salirse de su casa pensando que no la apoyarían sus padres, se refugió entonces en una casa de citas, siendo aceptada con la condición de que les entregara su bebé al nacer. Sus planes cambian después de una noche en que un cliente lleva droga y ella no puede resistir consumirla. Sale de ahí y se dirige a un hospital con la intención de abortar, pero alguien la reconoce y llama a sus padres.

La situación familiar es vivida por Isabel como sumamente hostil. Siente a su padre materialista y distante, con su madre tiene una relación demasiado conflictiva. Ambos padres dedican la mayor parte de su tiempo y energía, a la atención de sus respectivos negocios. Desde el nacimiento de su hermana, Isabel se sintió abandonada e incomprendida por su madre, recuerda haber sido reprendida fuertemente por ésta, a los ocho años cuando su hermano, nueve años mayor, trató de abusar de ella.

El abandono y rechazo que siente de su familia, la llevó a rebelarse y actuar agresivamente al iniciar su adolescencia, formando parte y hasta liderando pandillas, en las que se realizaban conductas delictivas y de consumo de drogas.

El apoyo de su pareja la hace aceptar su ingreso a un Centro de rehabilitación para drogadictos, en el cual sufre maltratos y vejaciones como parte de su “terapia”, quedando en un estado de vulnerabilidad emocional, con el cual ingresa a VIFAC.

Durante la entrevista Isabel se percibe extremadamente frágil, como si acabara de recibir una golpiza brutal en el aspecto de sus emociones, sintiéndose totalmente indefensa y a la deriva, pidiendo fervorosamente el apoyo psicológico, pero desconfiando de la intervención grupal, por la experiencia sufrida en el Centro de rehabilitación. Su discurso es con tintes melancólicos, de total decepción por la vida y las personas. Coloca a su bebé en un segundo plano, poco perceptible para Isabel.

Un poco antes de comenzar con el proceso grupal, Isabel decide abandonar la Institución a petición de su padre, quién le expresa su apoyo y su deseo de que vuelva a casa para cuidar de ella. Isabel expresa su interés por recibir el tratamiento como atención externa, pero no llega al inicio de éste y no se vuelve a tener más noticias de ella.

VIRGEN

Virgen es una chica “dark” que llegó a la Institución sin la certeza de su embarazo y afectada con fiebre tifoidea. Tiene 17 años y es adicta a las drogas y al alcohol como consecuencia de una dinámica familiar desastrosa.

Es la menor de seis hijos, no puede recordar momentos agradables de su infancia, por el contrario, sólo evoca el temor hacia su padre y el rechazo de su madre. Virgen encontraba compañía en su hermana Gloria un poco mayor que ella, hasta que ésta

última muere a causa de un derrame cerebral a los nueve años. A partir de entonces se agrava en la madre una depresión que ahora presenta crisis psicóticas.

La separación de sus padres, la lleva a vivir a Estados Unidos junto a su madre, hospedándose con una de sus hermanas casadas. Durante este tiempo se integra a pandillas y sufre un intento de violación por parte de su cuñado, ante lo cual su madre le sugiere tratamiento psicológico, cosa que rechaza de forma contundente.

Las cosas no podían estar más negras para ella, cuando su padre se comunica para decir que ya tiene otra mujer e hijos, Virgen sufre con la noticia, pero más tarde es influenciada por su padre para vivir con él y con ello ganar un pleito legal en contra de la madre. La situación se complica por la desagradable convivencia con la segunda familia de su papá. Su madre está molesta con ella por haberla traicionado, al elegir vivir con su padre.

Desamparada, vaga por las calles hasta conocer a un grupo de jóvenes que dan culto a la muerte, se integra a esta filosofía y mantiene relaciones sexuales con un joven que ahí conoció, además de consumir alcohol y drogas. En este lapso es llevada de urgencia al hospital en dos ocasiones, la primera de ellas por un aborto espontáneo y la segunda debido a un intento de suicidio, resultado de problemas con su pareja.

La adicción a las drogas se intensificó hasta que su padre la llevó con mentiras a un centro de rehabilitación, en donde permaneció hasta terminar el tratamiento de desintoxicación. Después de esto, vuelve con su pareja y cree estar nuevamente embarazada, asiste con un médico amigo de ella y éste sin corroborar el embarazo, le recomienda que ingrese a **VIFAC** para que le brinden la atención que requiere.

Durante la entrevista Virgen se muestra con serias perturbaciones del pensamiento, evidenciando formas esquizoides, con una comunicación confusa, desordenada e ilógica. Su discurso se encuentra matizado por fantasías de muerte y la creencia de

que ella tiene un don especial que le permite establecer contacto con seres sobrenaturales, producto de alucinaciones presentadas al consumir droga.

Finalmente no se integra al grupo, porque se comprueba negativo el embarazo y ella abandona la Institución, quedándose al cuidado de la familia del médico que la apoya, en tanto su madre pueda venir por ella de Estados Unidos.

5.3 EL PROCESO

Para iniciar el proceso, se plantearon a la Institución los requerimientos básicos de un espacio con la suficiente privacidad para trabajar y dar prioridad al tratamiento con respecto a las demás actividades, solicitudes en las que hubo acuerdo. Adicionalmente se pidió canalizar a las chicas que estuvieran en el primero y segundo trimestre del embarazo, esto con la finalidad de asegurar el término del tratamiento antes de que se presentara el parto.

La dirección de VIFAC, únicamente condicionó el que se trabajara sólo con las mujeres que han decidido quedarse con su bebé y no así con quienes han decidido dar en adopción a su hijo. Esta aseveración nos sorprendió, debido a que no estábamos enteradas de que en la Institución se manejara la adopción como una alternativa para las internas, además la forma en que se realiza esta declaración “...a las que van a dar en adopción, no me las toquen...” nos da pie a la elaboración de fantasías alrededor de la existencia de un *secreto institucional*, el secreto que toda Institución posee y que en este caso nos hace sentir, que se relaciona con la forma en que se realiza la adopción de bebés.

La Institución sigue los lineamientos marcados por la ley en materia de adopciones, pero se percibe una actitud como de “clandestinidad” al tener un cuidado especial en el proceso de adopción que parece poner de manifiesto la “*culpa institucional*” vivida

al separar a los bebés de sus madres, evidenciando una falla en el desarrollo de lo que ellos llaman “*cultura de la adopción*”.

Así pues el grupo se conforma con sólo un segmento de la población de lo que es **VIFAC**, el de las madres que han decidido quedarse con su bebé, esto conlleva a una diferencia de trato dentro de la institución manifestado en la atención médica que reciben*, lo que da origen a una parte de la estructura del grupo.

La intervención comienza con las entrevistas a profundidad realizadas a cada una de las candidatas a integrar el grupo. Durante este tiempo la estancia en la Institución era de tres a cuatro horas, dos o tres veces por semana; esto se percibió un tanto invasivo, debido a que el espacio que se utilizaba tenía uso de oficina de la subdirectora.

Este proceso inicial duró hasta comenzado el tratamiento, ya que se tuvieron que descartar algunas de las chicas entrevistadas y aceptar a otras nuevas antes de cerrar el grupo. En las entrevistadas, se percibe buena disposición e interés por ser parte del grupo, además muestran curiosidad y una especie de esperanza para con el objetivo terapéutico, con lo que se va formando la *ilusión grupal*.

Para la asistencia a las entrevistas y al grupo, las chicas debían faltar a algunas de sus clases, situación que ya se había planteado claramente con la directora, sin embargo el resto del personal no estaba informado, causando esto algunas dificultades.

El día de la primer sesión de trabajo grupal, estaba programado para comenzar con cuatro personas: Teresa, Ana, Zarina e Isabel, esta última no se integró ya que dejó la Institución, manifestando con esto, la gran dificultad para enfrentar el cambio y el proceso analítico que se le propuso, tal vez debido a su experiencia terapéutica

* Las chicas que van a dar en adopción a su bebé, son atendidas en clínicas particulares, ya que los padres adoptivos sufragan los gastos, mientras que las demás asisten a Centros de Salud Pública.

anterior. La ausencia de Isabel como un emergente, nos comunica un mal presagio de la dinámica de vinculación de este grupo.

Ana y Zarina estaban citadas a la misma hora de la sesión, para una entrevista en la que promoverían la Institución en la radio, y lo manejan como orden de la directora. Finalmente se conviene su no presencia a la radio y asisten al grupo.

Con esto se evidencia cómo la Institución en alianza con las chicas manifiestan la resistencia al cambio, obstaculizando el inicio del grupo, en un *pasaje al acto*, al olvidar que las chicas que eligieron para la entrevista, comienzan ese mismo día con un proceso psicoterapéutico. La Institución niega el nacimiento del grupo, como las chicas niegan su embarazo.

La sesión comienza veinte minutos tarde y se centró en el origen del embarazo de cada una, con ello emerge como una generalidad, lo conflictivo de tener un embarazo no planeado, marcando con esto desde el primer momento, el sello personal del grupo, ya que el inicio de éste es igualmente lleno de inconvenientes.

En esta sesión Ana se perfila como líder inicial, comenzando con el análisis e incitando a las demás a hablar, pero al mismo tiempo tratando de controlar la profundidad en el manejo del material que se expone, mostrándose con esto el temor del grupo a que podamos ver dentro de ellas, encubriendo sus conflictos y sin poder todavía enfrentarlos.

En el **día 2**, Angélica se integra al grupo sin mayor preámbulo como llenando el vacío que deja Isabel en un intento del grupo de evitar elaborar el duelo. A esta sesión Ana no asiste aunque fue la líder inicial en la anterior y el arribo tarde de las demás, hacen evidente que el grupo reconoce la angustia por sus conflictos luego de la primer sesión. Actúan el supuesto básico de ataque-fuga.

Ya en la sesión, las chicas toman una actitud de clandestinidad al hablar del tema del día: “*La sexualidad*”. Los silencios prolongados, las voces bajas y lo perturbador que resulta el tema, evidencia la fantasía de prohibición de hablar de esto, que para muchas de ellas, resulta escabroso y vergonzoso.

El **día 3**, se integra Luz como una esperanza de nutrir y reforzar al grupo, aún cuando existían dudas de nuestra parte, con respecto a su permanencia y funcionalidad en el mismo. Las chicas llegan puntualmente, atraídas por la necesidad de seguir con el análisis de la sesión anterior.

En la sesión se profundiza el tema de la sexualidad, vinculándolo con el embarazo y justo en un momento de clarificación importante, la directora irrumpe el espacio terapéutico para requerir a la chica que está hablando en ese momento. En el mundo infantil cuando alguien es llamado a la dirección es porque se ha portado mal y en ese momento, las chicas están hablando de sexualidad en una atmósfera de angustia grupal por la fantasía de prohibición, así la irrupción de la directora, viene a reforzar esta fantasía y por ende la resistencia a trabajar este punto.

Durante la sesión se expresa la relación sexualidad-violencia-abandono, lo cual significa para ellas dolor y sufrimiento, relacionando así al embarazo con castigo. En la dinámica grupal, esto se ve reflejado, en el intento de las participantes de tener un acercamiento, a comprender la sexualidad desde una perspectiva diferente, porque es algo que sí les interesa, pero la trasgresión violenta por parte de la figura de autoridad al espacio terapéutico, en el que se está elaborando, confirma en las chicas las asociaciones planteadas.

En el lapso entre las sesiones del **día 3** y **4**, la subdirectora comenta con una de nosotras haber sondeado con Zarina, el cómo se han sentido con el trabajo de grupo, a lo que ésta, comenta inconformidad, por tener que hablar de sexualidad y no encontrar la relación con la tarea principal del *saneamiento del vínculo materno-infantil*. Actuando así, en contra del grupo y aliándose con la figura de autoridad de la

Institución, como para tratar de salvarse del castigo, por hablar temas “prohibidos” y al mismo tiempo por ser el emergente de la angustia grupal.

Con este sondeo, se comienza a percibir cierta desconfianza por parte de la Institución, como en el consultorio privado, cuando a las madres les causa gran curiosidad lo que se hace dentro del consultorio y cuestionan al hijo sobre todo lo acontecido; pero al mismo tiempo se confirma como boicot hacia el proceso, ya que incita a romper la regla de la confidencialidad.

Al llegar a la sesión del **día 4**, Luz ha abandonado la Institución, confirmando con esto, el mal pronóstico que se tenía de ella y al mismo tiempo reforzando la percepción de fragilidad de la estructura del grupo. Es decir la inconsistencia de los vínculos que se establecen, lo cual también es representado con la ausencia de Zarina, quién además emprende la huida para evitar la frustración, después de su actuación como *chivo emisario* en el "ataque al grupo" descrito anteriormente.

En esta sesión, se trabaja la forma en que se está realizando la vinculación afectiva con el bebé y la generalidad, nos habla de la dificultad para establecer canales de comunicación entre ellas y sus hijos. Esto mismo es reflejado en la relación transferencial con las terapeutas, al no comunicar al interior del grupo las inquietudes que van surgiendo, lo mismo puede observarse en la relación grupo-Institución.

En el **día 5** se integra Sheila al grupo, nuevamente una persona cubre el hueco, que deja la que abandona, en este caso Luz. Ahora el grupo se muestra poco receptivo para con la nueva integrante, tornándose silencioso y mostrando con esto su enojo hacia nosotras. Desde lo imaginario grupal, esto se proyecta como una especie de reflejo, de lo que será el advenimiento del bebé real en ellas mismas y en sus familias.

La subdirectora como *chivo emisario* de la Institución, estuvo toda la sesión en la oficina contigua, causando incomodidad tanto a las chicas, como a las terapeutas, ya

que la visibilidad era total en las dos direcciones. Se percibe como una especie de "super-visión institucional", en la que, quién es asignada para supervisar, vigila que el manejo del grupo sea realizado con "moralidad"*, siendo al mismo tiempo una "madre institucional intrusiva" que obstaculiza el espacio para el desarrollo libre del "hijo-grupo".

A pesar de esto, con el tema "*Mitos y realidades acerca del embarazo*", la dinámica se torna menos angustiante que en las sesiones anteriores. El trabajo es fluido y se observa mayor cohesión-pertenencia grupal. Aquí la representante de la Institución viene a hacer del mito un "mitote" con su intromisión.

En la sesión del **día 6**, una ex-interna en plena crisis psicótica, en la puerta de la Institución reclama su bebé a gritos. Las chicas del grupo se encuentran muy ansiosas y las terapeutas no nos explicamos el porqué no se ha puesto una solución, ya que lleva varias horas dicha escena.

Este acontecimiento hace que el grupo tenga fantasías, de que en esa Institución quitan a los bebés cuando nacen y las terapeutas somos en ese momento representantes de la Institución y jueces de su capacidad para ser madres, por lo que comienzan a tomar una actitud de recelo para con nosotras, depositándonos el papel de "madres malas".

El tema es "*Influencia del estado emocional de la madre en el bebé*" y la chica trastornada en la calle, es el ejemplo más fehaciente de la afectación del estado emocional de la madre al bebé. La angustia que ese evento genera en el grupo es representado por Ana, quien somatizando, se queja constantemente del dolor crónico que padece como secuela del accidente que sufrió. El grupo manifiesta de esta forma la ansiedad que le produce la idea de no poder ser buenas madres.

* Una moralidad que se percibe doble, ya que la Institución permite que se trabaje el grupo pero al mismo tiempo obstaculiza su proceso. La Institución exige nuestro comportamiento moral y sin

La sesión del día 7, “La carta para el bebé”

En el **día 7** se lleva a cabo una de las sesiones centrales del proceso, en ésta, se realiza una de las intervenciones clave, dirigida a trabajar el objetivo general del tratamiento psicoterapéutico, que consiste en la lectura de una carta para el bebé que muestra de manera proyectiva, cómo va estructurándose el vínculo materno-infantil y con qué elementos. Por esta razón se realiza un análisis más detallado de esta sesión.

Desde el **día 4** en el que se comienza a analizar la vinculación con el bebé, se les encarga a las chicas que escriban una carta dirigida a éste, para ser leída al grupo en la séptima sesión. Todas ellas prepararon su carta, a excepción de Zarina quien trajo al grupo dos cartas que tenía escritas, casi desde el principio de su embarazo.

El tema de la sesión es “*Condiciones medioambientales y afectivas de la familia para recibir al nuevo bebé*” y la carta al bebé, es una manifestación tangible del espacio psicológico que van preparando para recibirlo.

El clima de la sesión estuvo permeado de emotividad y generó que cada una de ellas comenzara a descubrir y experimentar su capacidad materna o a desarrollar lo que Winnicott denomina *preocupación maternal primaria*. Todo esto, las lleva a tomar conciencia de lo real de su embarazo y del significado de ser madre, situación que las aterroriza, como se manifiesta en sesiones siguientes.

La primera en leer la carta en el grupo, fue Ana. Ella mostró grandes expectativas para con su hija, se sintió orgullosa de ella, desea el alcance del éxito en todos los sentidos y manifiesta que está dispuesta a “darle todo lo mejor de ella”.

embargo actúa con falta de moralidad al realizar este espionaje.

El vínculo entre Ana y su hija, comienza a ser más real, al reconocerla y valorarla por ser mujer. La carta expresa ternura, amor, gozo; parece que “chorreara miel”. El grupo quedó emocionado con los buenos augurios que tiene para su hija y el cariño con el que se dirige a ella.

Sheila comparte su carta, no sin mostrar resistencia en una forma infantilizada. Hace de su bebé, un confidente en quien se apoya para enfrentar los temores al estar sola, ante un enorme compromiso, se comporta infantil para asumir la función materna; expone el miedo que tiene de decepcionar a su padre y además la preocupación de no poder ser una buena madre. Pide a Dios *”ayuda, fuerza y sabiduría para lograrlo”*. El grupo se identifica con esta carta, -al percibir el temor por la reacción de los padres, un temor por desatar la envidia de éstos.

En su turno Zarina expresa primero gran resistencia a leer las cartas, ya que dice no querer recordar lo difícil que la ha pasado, ahora que todo va bien con ella. Habla de haberse reconciliado con su padre y con su novio, planea casarse por el civil la semana entrante para poder irse a vivir con su pareja^{*}. En su discurso puede percibirse una actitud sobrada, jactándose de su buena suerte, delante de un grupo de mujeres con historias desdichadas, actitud característica en ella.

A la sesión lleva una especie de diario de donde escoge dos apartados para leerlos en lugar de la carta que se le solicitó, ya que no la hizo. En estos escritos dirigidos al bebé, manifiesta el miedo intenso que le da la reacción de su pareja y la de su propio padre, cuando ambos se enteren del embarazo. En una segunda carta, le menciona a su bebé el descontento de los dos con la noticia y el consecuente abandono que recibió de ellos, además de su dificultad para relacionarse con las mujeres de la Institución.

^{*} Esta historia ideal que relata al grupo, viene a hacer la función de la carta que difícilmente podría haber puesto por escrito ya que implicaría para ella hacer contacto con su interior, con su parte humana, como lo hicieron las demás en sus propias cartas.

El vínculo que muestra con su bebé, no es el de una madre con su hijo, sino de iguales, haciéndolo confidente de las dificultades que le representa el estar embarazada y en lucha* contra los demás. Luego de su lectura, ella misma se percibe en contradicción y califica sus cartas como “feas”. El grupo no manifestó mayor reacción, ante las cartas leídas por Zarina.

Surge como emergente el hecho de que Zarina no hubiera preparado la carta especialmente para esta sesión y muestra con gran dificultad en las notas leídas, los conflictos en los que se encuentra, a pesar que anteriormente, había pintado un panorama de cuento de hadas. El grupo hasta este momento se había mostrado optimista y dispuesto a la expresión de sentimientos positivos, luego con este emergente, parece comunicarnos, que no nos olvidemos de la parte tan dañada que tienen y que necesitan aliviar.

Teresa moría de ganas por leer su carta, pero se contuvo hasta que lo hiciera Zarina, evidenciando la rivalidad entre ellas. En su carta establece una cercanía muy especial con el bebé, le ofrece protección y seguridad para luchar por él, como él le ha enseñado, aferrándose a la vida. Le ofrece una disculpa a su hijo por rechazarlo al principio del embarazo, le hace sentir el amor tan grande que tiene para él y le explica que aún cuando no tendrá un papá cerca cuando nazca, hay personas que lo esperan con mucho gusto.

Teresa había manifestado dificultades para establecer comunicación con su bebé, pero la carta facilitó el acercamiento y dio paso al inicio de un vínculo más profundo entre ambos. Esta carta tocó las fibras más sensibles de todas las chicas y hasta de las terapeutas, las lágrimas hicieron su aparición en la mayoría. Con este emergente se puede percibir una mayor conexión de mamás-bebés, así como de terapeutas-bebé-grupo.

* Una lucha permanente contra los demás, como en una situación crónica.

Finalmente llegó su turno a Angélica, quien no se atrevía a exponer su carta frente al grupo. Se dirige al bebé como su mejor amigo, le muestra el deseo de sentirlo moverse en su vientre y de que sea un bebé hermoso. Refiere necesitar el apoyo de su pareja para salir adelante y que su hijo se enorgullezca de ellos como padres.

Se aprecia la dificultad de Angélica para imaginarse como madre, ella es todavía una pequeña que solicita el apoyo de su mamá, recordemos que sólo cuenta con 15 años. La carta manifiesta la incipiente conformación del vínculo entre ella y su bebé. Al terminar de leer, se desmorona y explica al grupo que su padre no está enterado del embarazo, porque teme que reaccione contra la mamá. Da la impresión de que Angélica representa la parte del grupo menos evolucionada, que pide solícitamente nuestro apoyo.

La sesión fue muy intensa y conmovedora, representa el momento culminante del proceso, las chicas escucharon sus propios sentimientos, identificando debilidades y fortalezas mediante un espejeo con las demás. Hasta este momento, se toma realmente conciencia de la maternidad y del vínculo que ya están estableciendo con su bebé.

La tendencia del grupo, va en dirección a expresar esperanza para lograr establecer vínculos profundos, de ellas con nosotros, para que de igual forma puedan formarlos con sus bebés. En esta sesión se percibe un mayor acercamiento con las chicas y de éstas con sus bebés, al establecer este nuevo canal de comunicación: la expresión de sus emociones. Con esto se percatan de su capacidad para poder ser buenas madres, contrarrestando la fantasía experimentada en la sesión anterior de "*perder al hijo, por no ser buenas madres*".

La sesión del **día 7**, nos deja visiblemente saturadas. Hay mucho que analizar en las cartas que no se pudo señalar durante la sesión, existen también elementos en cada una de las chicas que se están dejando de analizar. Nos encontramos ya a mitad del proceso. En la supervisión, podemos detectar la desmedida manipulación de Zarina

para evitar trabajar sus conflictos, "acaudillando" al grupo y a la Institución en la resistencia.

Este análisis produce en nosotras, la sensación de no estar haciendo lo necesario, para un trabajo realmente psicoterapéutico. El manejo en los grupos anteriores, se caracterizó por un manejo psico-educativo, con un mínimo de interpretación y acentuando la contención de ansiedades. Ahora debíamos dar un giro a la forma de intervención, en base en la propuesta psicoterapéutica planteada, para este tercer grupo y nos estaba resultando difícil el señalamiento y la interpretación de los conflictos en las chicas, como si temiéramos tocarlas. Esta línea de pensamiento, nos lleva a la formulación de la siguiente hipótesis:

La condición de las chicas con un embarazo no planeado e inconcientemente cargado de fantasías filicidas, produce en las terapeutas, un efecto de contraidentificación proyectiva con fantasías de daño a la mujer embarazada, si se le enfrenta a sus conflictos mediante la interpretación y el señalamiento, originando la tendencia a no tocarlas y a enfocarnos al reforzamiento de la parte positiva, en la ambivalencia por el deseo del hijo.

Además, la psicopatología detectada en cada una de ellas, nos proporciona un mal pronóstico de evolución y para el logro del término del tratamiento, lo que origina la sensación de que nos quedaríamos sin grupo antes de poder finalizar el proceso.

Por todo esto, se ve la necesidad de realizar una intervención para el reencuadre y clarificación de objetivos terapéuticos de cada una de las integrantes y con ello retomar el rumbo del proceso.

Día 8: "El reencuadre"

Así las cosas, llegamos a la sesión con un arsenal de señalamientos e interpretaciones para el grupo. Zarina no llega y se nos informa que es probable que no regrese a la Institución, ya que supuestamente "*se encuentra muy ocupada preparando su boda*", dejando la sensación de frustración, al no haber podido devolverle los elementos nocivos que deposita en el grupo. Se va tal vez al percibir

con lo vivido en la sesión anterior, su incapacidad para reparar, representando la parte del grupo que tiene esta misma dificultad.

Comenzamos con la percepción, que tienen las chicas hasta este momento, acerca de la vivencia del proceso, a lo que responden de manera positiva. Posteriormente se hace el viraje hacia las dificultades que no se han enfrentado, enfocando la parte negativa de la ambivalencia del deseo por el bebé, lo que en general resulta como dificultad inherente a la condición de abandono, en que se encuentran todas ellas.

Ante esta clarificación, se toma conciencia de lo que implicará su maternidad en estas circunstancias, produciéndose, un visible incremento de ansiedad en el grupo, que se manifiesta en reacciones defensivas, al estilo personal de cada una, para luego ser expresado grupalmente en la siguiente sesión.

Día 9: “ La estampida”

A esta sesión, llegan únicamente Teresa y Ana. Sheila y Angélica se ofrecen como voluntarias, con el consentimiento de la Institución, para una clase de belleza en la que les pondrían uñas postizas. Con esto observamos cómo el grupo se escinde, en una reacción defensiva ante la angustia que generó, primero la toma de conciencia de su maternidad en el **día 7** y luego, el ver su circunstancia de desamparo en el **día 8**.

Sheila y Angélica representan la parte infantil e inmadura del grupo, que se niega a analizar y opta por huir para reforzar sus defensas más primitivas. Es la parte negativa de la ambivalencia del deseo, que se inclina por el *impulso de muerte*. Teresa y Ana eligen quedarse y con ello representan el *impulso de vida* en la ambivalencia del deseo, asegurando la continuidad del bebé-grupo.

Para la sesión del **día 10**, Angélica y Sheila muestran resistencias a asistir, al considerar que nosotras estaríamos enojadas, por su actuación de la sesión anterior, se comportan como niñas, que se esconden por haber hecho una travesura.

La sesión se desarrolla en un clima de tensión, entre el intento por nuestra parte de hacer pensar al grupo en sus resistencias y la negación de éste a lo mismo. El bebé-grupo nos lleva al límite de nuestra tolerancia, tratamos por todos los medios de estimularlo y de brindarle lo mejor de nosotras pero no responde. Aquí vemos como se reedita la relación materno-infantil característica, de las integrantes del grupo, que actúan como un bebé de rasgos autistas, que no responde al espejeo de sus mamás-terapeutas.

Es evidente la inquietud de las chicas luego de las sesiones **7 y 8**, reclamando una falta de contención de nuestra parte y sintiéndose amenazadas por la proximidad del cierre. Son unas bebés a las que se les está forzando al crecimiento, para poder convertirse en mamás y se defienden con “uñas” y dientes, provocando incluso conflictos y rivalidades entre ellas.

En la sesión del **día 11**, se analiza el tema “*La relación inicial de la madre con el bebé*”, en un clima de mucho menor tensión que en las sesiones anteriores, la participación es fluida y la disposición de las chicas hace pensar que ya se superaron las dificultades resistenciales, permitiendo que el proceso continúe su curso.

La sesión se centra en la necesidad de depender de otra persona, pero se encuentran solas, en desamparo y con profunda desconfianza hacia los demás. Situación que se manifiesta constantemente en el actuar del grupo durante estas últimas sesiones. Nos encontramos en un vínculo, que se muestra lleno de ansiedades y momentos de crisis, reflejados en las intensas resistencias a la dependencia del grupo con las terapeutas: como en un embarazo de alto riesgo, lleno de trastornos y amenazas de aborto, con un producto difícil de contener.

Finalmente se le señala al grupo, que su dificultad para confiar en las terapeutas, también está relacionada con el hecho de que la fecha de terminación del proceso está cerca.

En el **día 12**, el tema de los “*Cuidados del recién nacido*”, parece servir de escape para la continuación del análisis de las partes conflictivas, mostradas en las sesiones anteriores.

El tema invita a analizar desde la generalidad y esto tranquiliza las ansiedades del grupo. El trabajo se enfoca en la percepción que tienen de su capacidad para el maternaje, resultando difícil imaginarse en tal situación. Posteriormente, el tema se deriva hacia el análisis del nombre del bebé, con lo cual surgen y se confirman las expectativas que tienen hacia el bebé que esperan. En este momento, el grupo se encuentra en aparente calma tratando de definirse a sí mismo, de reconocerse, de darse un nombre, consolidando la pertenencia grupal, a pesar del caos en el que nos encontramos desde el principio.

Para la hora de inicio del **día 13** las chicas se encontraban fuera de las instalaciones, en una actividad interinstitucional programada con anterioridad y de la cual no fuimos notificadas; nuevamente se altera el proceso, incluso con el intento de indagar la situación de las chicas en el tratamiento, por parte de las directivas, mostrando su preocupación por el futuro de éstas. Como madres ansiosas por el crecimiento de sus hijas, pareciera que perciben cualquier indicio de integración del grupo, para inmediatamente bloquearlo, como si les angustiara que este grupo progresara, mostrándose claramente con esto, una *paradoja institucional*.

La sesión aunque de forma accidentada, sí se lleva a cabo; centrándose en una serie de disgustos, enojos y conflictos, surgidos entre las chicas fuera del grupo, que parecen irreconciliables. Aquí se observa, cómo comienza a tomar fuerza la angustia de la separación, resultando más fácil enemistarse entre ellas, que enfrentar el dolor de la despedida.

Antes de iniciar la sesión del **día 14**, la directora nos aborda para anunciarnos que las chicas se niegan a continuar con el proceso, por dificultades surgidas entre ellas y cuestiona la pertinencia de la intervención en grupo, asegurando que durante este proceso, se han suscitado serios conflictos entre las chicas. Con esto se asigna al grupo, el papel de *chivo expiatorio*, ya que por causa del trabajo de éste, según la dirección, se han incrementado los conflictos de la Institución.

Se le explica lo difícil que está resultando para las chicas el cierre del proceso y al mismo tiempo lo necesario que es realizarlo. Finalmente, acepta apoyar a que se concluya la intervención. También nos comenta que Teresa dio a luz al día siguiente de la sesión anterior y no sabe si está en condiciones de integrarse al grupo.

La sesión inicia con un evidente clima de tensión. Teresa se niega a asistir argumentando estar indispuesta, el conflicto entre Sheila y Angélica se ha agravado y manifiestan su incomodidad por asistir. Ana se mantiene reservada como si no fuera parte del conflicto. Además la directora envía una persona "para checar que todo esté bien", haciendo una simulada observación desde la oficina contigua. Las chicas no se interesan por la tarea y se niegan a tratar en el grupo lo que está sucediendo.

Todo esto lleva a un punto, en el que Angélica se dice apoyada por la dirección para abortar el proceso, haciéndolo de una manera agresiva, al devaluar el trabajo del grupo, reclamándonos el haber mirado tan profundamente en su interior y el querer forzarla al crecimiento. De esta forma, actúa como emergente de la ansiedad del grupo al enfrentar un nuevo abandono, el de nuestra parte. La intensidad de esta reacción, da cuenta de lo doloroso que resulta para ellas, la reedición de las separaciones, que son vividas en una fantasía de rotura del vínculo.

El inminente final del proceso, produce un intenso enmarañamiento de emociones imposibles de digerirse, mostrando con esto la carencia de los recursos con que cuentan y lo dañadas que están con los abandonos que han sufrido.

Y en la sesión de cierre del **día 15**, como ya se venía previendo, el grupo manifiesta su dificultad para la terminación del tratamiento, asiste únicamente Ana con su característico optimismo inocente, en representación de la parte menos dañada del grupo.

Teresa para este momento, ya no está en la Institución, aún cuando expresó su deseo de concluir el proceso, no es capaz de realizar el esfuerzo necesario para lograr quedarse a esta última sesión, confirmando su dificultad para las separaciones, que se le había señalado sesiones atrás y equiparándose con lo manifestado grupalmente.

Sheila y Angélica se resisten a realizar el cierre y dicen tener dispensa de la dirección. Ante lo acontecido y con la sensación de no poder terminar sin despedirnos de todas, se decide trabajar el cierre con Ana y posteriormente se llama a Sheila y a Angélica en forma particular, para darles una breve devolución y así desprendernos de ellas.

Estas dos últimas, manifiestan su dificultad para trabajar en grupo y su deseo de ser atendidas en forma individual, revelando con esto su incapacidad para el compartir, manejar envidias y rivalidades, así como el deseo de tener a unas madres terapeutas que lo hagan todo por ellas, mostrando con todo esto, un mal pronóstico para con su función materna.

5.4 DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Para comenzar con este análisis, es importante realizar la contextualización del **grupo 3**, es decir, el esclarecimiento del medio social e institucional de donde surge y se conforma, para mostrar la manera en que la Institución y la sociedad sobredeterminan la dinámica grupal.

Esta intervención se realiza de julio a-septiembre de 2005, en la ciudad de León, Guanajuato, México; en un medio social tradicionalista, en cuanto a sus costumbres tanto familiares como religiosas, con personas de escasos recursos económicos y reducidos índices en nivel educativo, en una Institución que es creada y dirigida por personas de un estrato social, que contrasta drásticamente con el de las personas que atienden.

VIFAC como Institución se propone cumplir en términos explícitos, la función social de atenuar los daños que la sociedad infringe, a mujeres embarazadas en condición de desamparo, protegiendo la vida de éstas y sus bebés, y fomentando la cultura de la adopción. En otras palabras puede decirse que VIFAC, surge en la sociedad como un intento de reparación y defensa contra las ansiedades psicóticas, originadas en la culpa, por las injusticias que la misma sociedad comete contra estas mujeres.

Así mismo, hemos podido observar, como ya lo refiere José Bleger (1966), una desviación importante de los objetivos primarios de la Institución, hacia otros, dirigidos a buscar la supervivencia de la misma como tal y así preservar *el clivaje de la sociabilidad sincrética* de la Institución como grupo, confirmando la aseveración que realiza este autor sobre las instituciones: *Por responder a las mismas estructuras sociales, las instituciones tienden a adoptar la misma estructura de los problemas que tienen que enfrentar.*

Manifestándose esto, en las insuficientes estrategias de *capacitación para la vida* que proporcionan; en la dificultad de reconocimiento de los conflictos de la Institución, originados por el tipo de población que se atiende; en el concepto de "no aptas" que tienen de las mujeres que asisten; en lo *alienante* de la rutina que se vive dentro de la Institución; en la falta de un programa profiláctico para la reintegración a sus familias y a su vida; y en la tendencia a fomentar el "olvido" del pasado, en lugar del aprendizaje del mismo. Encontrándose todo esto en un plano inconsciente para la institución.

Tales acciones implícitas obstaculizan cualquier intento de crecimiento y desarrollo de las chicas y de la Institución misma, como se pudo observar a lo largo del proceso de grupo que se trabajó.

La aceptación apresurada de la dirección para realizar el tratamiento y su falta de interés para conocer el mismo, fue la forma en que se inicia una especie de anulación o debilitamiento de nuestras funciones y acciones, aunado a las inconsistencias de nuestra parte para establecer el encuadre con la Institución.

Lo que más llama la atención, son las recurrentes transgresiones al proceso, por parte de ésta, manifestando la natural resistencia al proceso. Al principio, su oposición al crecimiento de las chicas, su resistencia al cambio y su temor a perder la función de protección al desvalido, nos resultaron incongruentes por la buena disposición y el acuerdo logrado con las directivas. Pero desde el inicio fue necesario enfrentar la parte resistencial de la Institución, aunque nos fue difícil entender el sentido de esta postura paradójica que presenta toda dinámica institucional.

El siguiente análisis de la resistencia institucional, se realiza haciendo referencia a las situaciones que acontecieron durante el proceso y que influyeron en la dinámica grupal.

El nacimiento del grupo, en el **día 1**, se vio amenazado por una disposición de parte de la dirección para dar prioridad a otra actividad. En el **día 3**, se presentó la irrupción de la directora al espacio terapéutico para requerir a una de las chicas, sin considerar el efecto que generaba en el grupo, al hacerlo. Posterior a esta sesión, la subdirectora realiza un sondeo con esta misma integrante del grupo sobre cómo perciben el proceso grupal.

En el **día 5**, se vive el supuesto espionaje de la subdirectora durante toda la sesión. En el **día 6**, es el evento de la ex interna en crisis psicótica a las puertas de la Institución, ante lo cual, las directoras parecen paralizarse y no solucionan el problema con prontitud, dando espacio a la creación de fantasías paranoides y de persecución en las chicas del grupo en relación a la Institución y a las mismas terapeutas. En el **día 9**, la resistencia de dos de las chicas, se alía con la de la institución, obteniendo la complacencia de faltar al grupo ese día.

El **día 13**, se suspenden todas las actividades por un evento interinstitucional programado con anterioridad y somos las únicas a las que no se les notifica tal situación. El **día 14**, la directora nos comunica que las chicas ya no quieren asistir al proceso y cuestiona la pertinencia de la intervención en grupo. Ya en sesión, envía a una persona a "chechar que todo esté bien". Una de la chicas se sale a media sesión, para solicitar el permiso de la directora, para suspender su asistencia al grupo, el cuál parece haber sido otorgado con premura. Para la última sesión del **día 15**, una chica más se valió de este mismo recurso, para no asistir al cierre del proceso.

La resistencia al cambio se presenta de parte de la Institución, aún antes que en el grupo mismo, tal vez dando la pauta, para que éste pueda hacer gala de una amplia muestra resistencial, con el consentimiento de quién lo contiene y sustenta.

Los directivos de la Institución, denotan en varios momentos, la desconfianza hacia las "extrañas", hacia las terapeutas a quienes no conocen -ni sus personas ni su método-, pero tampoco dan espacio para ello. Nuestra presencia en la Institución,

parecía por un lado complacer y dar tranquilidad, pero por el otro, se percibía amenazadora reaccionando con un boicot inconsciente, hacia el trabajo de grupo, que conscientemente habían aceptado con anterioridad.

Esta misma desconfianza, produce actuaciones como la de enviar a un representante de la Institución para realizar una super-visión, mostrándose en todo momento como una madre-institución "intrusiva" y "ansiosa", que obstaculiza el desarrollo del hijo-grupo.

Todo esto habla de una forma de trabajo, en la que el objetivo explícito de la Institución, se cumple parcialmente. Se realiza el propósito de ayudar satisfaciendo necesidades básicas, pero al mismo tiempo, se fomenta la dependencia a la Institución, asegurando con ello, su preservación.

Así pues, el **grupo 3** surge en el contexto de una Institución aún con deficiencias en el *grado de dinámica*, es decir, existen dificultades en los miembros de la Institución para: reconocer, manejar y resolver algunos de los conflictos dentro del marco institucional y en la aceptación del cambio. Todo esto se refleja inevitablemente en la dinámica que presenta el grupo.

EL GRUPO

El **grupo 3 VIFAC** se trabajó a lo largo de tres meses, con un total de 15 sesiones, dos veces por semana. Se conformó por siete mujeres embarazadas en situación de desamparo e internas en la Institución, con edades entre los 15 y 40 años; en mayor número adolescentes y adolescentes tardías, de estrato socio-cultural y escolar bajo a excepción de una de ellas que cuenta con estudios universitarios.

Este grupo se caracteriza por integrantes predominantemente de organización limítrofe. Con una inmensa necesidad de afecto, se muestran seductoras y en

constante lucha contra la depresión; presentan una gran dificultad para comprometerse, con relaciones de objeto anaclíticas, viven al objeto como Yo auxiliar y Super-yo auxiliar con dependencia anaclítica, no logran una adaptación real ni duradera; se manejan en el dominio de la instancia psíquica del Ideal del yo; su angustia se exagera, con cualquier indicio de la posibilidad de la pérdida del objeto; y sus reacciones defensivas se caracterizan principalmente por la evitación, la identificación proyectiva y el clivaje del objeto.

Con todas estas características, las integrantes del grupo presentan un embarazo no planeado, en su mayoría como resultado de un *acting out* y en algunos casos con franco rechazo del producto. El origen del deseo por el hijo, se encuentra muy alejado de un deseo de crianza como tal y en cambio responde a la satisfacción de una variedad de necesidades narcisistas. Se observan serios problemas de identificación con la madre y sus funciones, además de una vivencia de su propia femineidad con innumerables defectos. Otro factor de importancia, es el alto nivel de estrés psicosocial y familiar como lo son: la precaria situación económica, el desempleo y la desintegración familiar, que se presenta en todas ellas.

Así pues la estructura grupal, se fue caracterizando a través del proceso con: el contexto social; la influencia de la propia estructura institucional; la historia individual de las integrantes; su condición de embarazo y la tarea trabajada, con el objetivo de sanear el vínculo materno-infantil.

Sobre estas particularidades estructurales, en un principio, se origina una modalidad de comunicación llena de interferencias, ruidos ambientales y afectivos, que producen mensajes ambiguos, tanto dentro del grupo como con los representantes de la Institución, por lo que fue necesario trabajar este aspecto de manera continua.

La vida afectiva del grupo, estuvo matizada por cambios drásticos entre manifestaciones de amor y odio, donde predomina el impulso de muerte con: fuertes rivalidades, envidias, transferencias negativas y seudoliderazgos, entre ellas. Con

todo esto el grupo aborda la tarea, tendiendo a evitar el conflicto y tratando de no involucrarse demasiado, como una forma defensiva.

La producción grupal se ve disminuida por encontrarse presente el *odio al aprendizaje por experiencia*, debido a lo terrorífico que se vive el cambio. Los momentos de indiscriminación, se presentan con más frecuencia que los de discriminación y síntesis, resultando complicado una permanente adaptación a la realidad.

Como se describe anteriormente, la resistencia grupal al cambio, está avalada por la dinámica de la Institución y las características de personalidad, de cada una de sus integrantes. El miedo básico del grupo parecía estar ubicado, en el temor de ver llegar el momento de la pérdida del objeto, ya que desde un inicio tienen conocimiento de que, las madres-buenas sustitutas que poseen en ese momento: la Institución y las terapeutas, no serán permanentes.

La problemática central del grupo, giró en torno a los defectos en las formas de vinculación de la chicas, manifestándose en la dinámica y la producción grupal durante todo el proceso, manteniendo predominantemente el *supuesto básico de ataque-fuga*.

Inicialmente durante el proceso de las entrevistas individuales, se observa en general una buena disposición para el trabajo y atracción por el objetivo terapéutico del saneamiento del vínculo materno-infantil, que se les plantea. Muestran en la primer sesión, a pesar de la actuación resistencial de la Institución, el *supuesto básico de dependencia*, como en la creencia de que *por el sólo hecho de entrar al grupo, se aseguraría el que ellas se convirtieran en buenas mamás*.

Pero muy pronto, con el sólo manejo del encuadre terapéutico y el escucharse en la problemática en la que se encuentran con su embarazo, el grupo cambia al *supuesto básico de ataque-fuga*, mostrando su disgusto por evidenciarse en su situación y

odio por tener que hacer ellas mismas, la búsqueda para la solución de sus problemas. Manifestado todo esto con la deserción de Isabel desde la primera sesión, la falta de Ana y las llegadas tarde de la mayoría, en el **día 2**.

El señalamiento de estas primeras expresiones resistenciales y el tema de la sexualidad manejados en los **días 2 y 3**, llevan a un primer intento de *grupo de trabajo*, donde las chicas se muestran dispuestas a la colaboración y aún cuando con muchos temores, comienzan a hablar sus conflictos. Sin embargo, las actuaciones de la dirección en este segmento del proceso, parece producir en el grupo, la creencia de que *las terapeutas las estamos induciendo a explorar sus genitales y la mamá-directora ha mostrado su disgusto por este hecho*.

Esto produce nuevamente un momento grupal de ataque-fuga, con la actuación de Zarina por el sondeo de la subdirectora y su falta a la sesión siguiente, además del abandono de Luz en el **día 4**. Con el señalamiento correspondiente a tales resistencias, el **día 5** y el **6** transcurren en un nuevo intento de *grupo de trabajo*, en el que, aún cuando de manera superficial, logran momentos de diferenciación con respecto a esas cargas de ansiedad, depositadas por la cultura del embarazo, a través de las generaciones.

En el **día 6** se presenta la fantasía, de *la posibilidad de perder a su hijo por no poder ser buenas madres*, originada por el evento de la chica trastornada a las puertas de la Institución, pero afortunadamente se logra el señalamiento y contención de la intensa ansiedad que produce tal fantasía, manteniendo el *grupo de trabajo* para el **día 7**.

El manejo de la carta al bebé en el **día 7**, aparece como una comunicación dirigida a su *objeto bueno internalizado*, en la que expresan su esperanza de esta vez sí obtener la satisfacción de sus necesidades narcisistas en la relación con este nuevo objeto bueno: su bebé. Una de las chicas, actuando como emergente grupal, parece verse así misma incapaz de emprender este proyecto de intentar una buena

vinculación con el objeto bueno internalizado, reaccionando con un pasaje al acto al desertar del grupo luego de esta sesión, provocando que el grupo vuelva al supuesto básico de ataque-fuga en el **día 8** y a causa del reencuadre realizado se intensifica en el **día 9**, actuado por la huida de la mitad del grupo a reforzar sus defensas, en una regresión como repliegue táctico.

El **día 10** se realiza un cansado intento de nuestra parte para señalar la resistencia, y las chicas muestran hermetismo y rigidez para con el análisis de su actuación, manteniéndose en el supuesto básico de ataque-fuga con su negativa a la elaboración y sus silencios, mostrando su enojo por la creencia de que *faltaba contención-comprensión de nuestra parte*, sin poder percibir que lo que las amenazaba, era la proximidad del cierre y el fin de su estancia en la Institución.

Para la sesión del **día 11**, las chicas se muestran con una aparente disposición, el tema es la relación inicial de la madre con el bebé y ellas hablan de su preocupación por quién las cuidará cuando nazca el bebé, intentando llegar a un *grupo de trabajo*, pero sin lograrlo del todo debido a la fantasía de dependencia predominante en la sesión, manteniendo esta misma situación para el **día 12**, en el que además se dan indicios de un sentimiento de pertenencia grupal.

Este sentimiento de pertenencia grupal produce en el **día 13**, una especie de defensa contra el mismo y surgen intensos conflictos y rivalidades entre ellas que parecen irreconciliables, cimbrando la estructura del grupo hasta el punto de tambalearse con el ataque-fuga de las sesiones siguientes; la del **día 14** en la que de una forma impulsiva deserta Angélica y falta Teresa, continuando en la misma situación el **día 15** al que sólo asiste Ana para el cierre.

Así pues el grupo termina quedándose en el supuesto básico de ataque-fuga por el enojo y la intensa ansiedad que produce *la sensación de la pérdida del objeto bueno externo*, las terapeutas y sus mismas compañeras de grupo.

EL GRUPO-ZARINA

Para una mayor comprensión del trabajo de grupo realizado, la perspectiva desde el caso Zarina da luz a la esencia del grupo mismo. Desde el primer momento Zarina se presenta como un factor de problematización constante para nosotras como terapeutas ya que constituye el núcleo emotivo y resistencial del proyecto, por esta razón se decide realizar el siguiente análisis.

El caso de Zarina puede considerarse en lo externo, como típico en nuestro medio sociocultural y por lo mismo representante del pensar y sentir de las chicas del grupo en general. Proveniente de una familia tradicionalista, es la característica "hija de familia" que resulta embarazada del novio, con un padre rígido, que no tolera tal falta de moralidad expulsándola de la casa y una madre sumisa, abnegada, inclinada a lo que dispone el jefe de familia.

Zarina es la segunda hija de tres, físicamente la más parecida a su abuela paterna, y por ello mayormente apreciada por su padre. Nace con antecedentes de una serie de dificultades prenatales como respuesta a una no disposición materna; y crece enfrentando recurrentes crisis asmáticas, con sobreprotección de parte del padre y cierto distanciamiento de la madre. Zarina es la "princesita" de su padre, se acostumbra a que le sean cumplidos sus deseos y a sufrir el mínimo de frustraciones, son órdenes del padre, aún para la madre.

Con todo esto, su salida al medio social le produce enormes dificultades de relación con los demás, no logrando relacionarse exitosamente. Pero pronto aplica la habilidad del "encantador de serpientes" que había aprendido a manejar en casa, inculca con su voz infantil y su actitud tierna y desvalida, para obtener lo que desea, igual que pasaba en casa.

Zarina como hija se encuentra atrapada en el Edipo, anclada al padre, quién por sus seducciones mantiene a ésta en una fantasía de amor edípico por él, dificultando la identificación con la madre, ya que ésta no posee la fortaleza suficiente como para intervenir en la relación matizadamente incestuosa entre padre e hija. Y el padre embelesado con la imagen de su madre proyectada en la hija, no logra marcar la diferencia y la distancia necesarias para que Zarina pueda continuar con su desarrollo.

En su proceso de convertirse en mujer, con el empuje de las fuerzas del crecimiento, presenta severos trastornos en su pubertad con el afloro de su feminidad. En este mismo tiempo, Zarina realiza un primer intento de relación de pareja con un profesor de la secundaria 19 años mayor, relación que es prohibida por su padre sin que ella se rehusara.

Posteriormente se relaciona con Johny, un joven de su edad muy apegado y controlado por su madre, con una personalidad complementaria a la de Zarina, al que no aprueba su padre, pero con quién sí le permite una relación de noviazgo; sin embargo, da la impresión de establecer esta relación como "de pique", únicamente con la finalidad de provocar el celo del padre.

Mantiene la relación por más de un año en el que planea casarse, y justo en el rompimiento de la pareja por problemas de "incompatibilidad" con la suegra, Zarina en un *acting out*, se embaraza, negándose a dar por terminada la relación, ya que con esto decide vincularse profundamente y para siempre con un chico al que supone amar, sólo para no revivir la angustia por la pérdida del objeto.

El padre prácticamente "encarcela" a Zarina en VIFAC, por haber mostrado su parte femenina y sexual. Ella no debía embarazarse si era la viva imagen de la madre de éste, si era su niña consentida, así debía mantenerse siempre. Esta herida narcisista del padre, desde el pensamiento de Zarina, podrá "sanar" cuando ésta tenga la oportunidad de mostrarle cuánto los puede unir ese bebé, ya que en su fantasía

recrea, el haber concebido un hijo de su padre. Tal vez respondiendo a las proyecciones que el padre hace sobre ella.

Por todo esto, Zarina no puede pensarse más que como una madre infantil, que a su vez con una madre infantil, careció de un *holding* adecuado e internaliza objetos buenos de forma parcial. Actualmente estos objetos buenos parcializados, le resultan insuficientes como guía y modelo de identificación para el maternaje.

Le es difícil pensar su bebé como un alguien diferente a ella y con deseos propios, el bebé de Zarina es Johny, es su propio padre, es la parte de ellos que se alía con ella para su lucha crónica en contra del mundo y sus reglas. Bebé y Zarina solos en busca del cumplimiento de los deseos de ella.

Como interna, Zarina sabe ganarse la confianza y con esto consideraciones especiales de las figuras de autoridad de la Institución, es su mejor habilidad. Manipula aliándose con cuanta persona podría satisfacer, en cierta medida, sus necesidades narcisistas. Desprecia y hasta repele a quiénes sabía, no obtendría nada de ellas. Era la "princesita" en medio de un grupo de "plebeyas, sucias por sus historias y mal educadas por sus orígenes".

En la Institución lleva ya tres meses y aún cuando su actitud de forma velada es bélica y soberbia con sus compañeras, su depresión es evidente. Johny inducido por su madre, se va de la ciudad tratando de huir del compromiso sin dar explicaciones a Zarina. El padre por su lado, se niega a cruzar palabra con ella y a que vuelva a pisar su casa. Su madre no realiza el menor esfuerzo para interceder por ella.

En las primeras entrevistas, presenta un aplanamiento de emociones, pero comienza a echar a andar sus mecanismos de inoculación con las terapeutas, haciendo aparentar que se activa en ella el deseo de arreglar su situación, todo esto con la intención oculta de ganarse la consideración de las terapeutas. Antes de comenzar el proceso de grupo, se entera del regreso de Johny a la ciudad, y con ayuda de

amigos mutuos, busca hablar con él y le pide apoyo. Johnny nuevamente sucumbe ante sus encantos, reiniciando su relación y sus planes de boda.

El comienzo del grupo está marcado desde Zarina, por esta actuación de "paciente modelo" que muestra, es ella quién después de señalarle lo perjudicial de su falta en el primer día, negocia su no asistencia a la radio y propone quién vaya en su lugar para que ella y Ana pudieran quedarse al inicio del grupo.

Para su entrada al grupo está muy presente la incomodidad por la rivalidad con Teresa "lideresa del grupo de las plebeyas". Zarina y Teresa parecen ser dos caras de la misma moneda en cuanto a sus personalidades y en ello radica su dificultad de relación. Zarina comienza a exponer su situación y conflicto ante el grupo con cautela y sin dejar ver sus emociones reales. Desde el primer momento busca ser "líder intelectual del grupo, es la de estudios universitarios, la que cree saber y poder guiar al grupo en su camino a la búsqueda de la verdad". Esta es la imagen que vende de sí misma ante el grupo.

Intenta hablar de forma abierta del tema de la sexualidad pero se siente cuestionada y es sancionada por ello en casa y en la Institución, por esto se alía con las figuras de autoridad y hace ver que ella está libre de pecado aún cuando traicione al grupo.

La gran dificultad de este grupo es el temor al cambio, el grupo proponía e inducía a mostrarse rebeldes a las normas patológicas establecidas por su educación, por la Institución y por la sociedad misma. Pero Zarina aun cuando se muestra con aparente interés y cooperación no parece tener el mismo objetivo del grupo y acaudilla la resistencia al cambio. Las fuerzas que jalan a las pautas de conducta conocidas, aunque enfermas, tranquilizan la ansiedad que produce lo nuevo y desconocido, aún cuando sea mejor.

El grupo utiliza a Zarina y Zarina al grupo. Desde el principio emerge como representante de la resistencia, es quién ha obtenido mayor grado en el arte del

"hacer como si" propio de la personalidad *límitrofe*, y cómodamente dejan que ella actúe esto que es de todas. Su habilidad de "encantador de serpientes", nos mantiene, incluyéndonos por un buen tiempo, expectantes de su discurso y de su actuar, inmersas en la fantasía de que si ella resuelve sus dificultades, será el ejemplo a seguir de todas las demás. Esto provoca al mismo tiempo, no ser tocada con interpretaciones que la acerquen a la realidad, por parte de las terapeutas, cosa que también fue algo característico de todo el grupo.

En la última sesión a la que asiste, nuevamente siendo emergente grupal, parece darse cuenta de lo carenciada que se encuentra, para proporcionar elementos positivos al hijo que espera y trata de subsanar esto con la narración de "su cuento de hadas", finalmente todas las princesitas terminan casándose con el príncipe y siendo muy felices, ¿por qué Zarina no?

El hijo no puede estar antes de haber hecho los arreglos necesarios, parches y remiendos para que todo aparezca mágicamente lleno de dicha... la historia oficialmente aceptada en nuestra cultura para toda mujer: casarse, tener hijos y ser muy felices, en este caso, el orden de los factores sí altera el producto.

Aún cuando Zarina no termina el proceso, continúa estando en el grupo sin estar, ya que su pensar y sentir representaba en sí el pensar y el sentir de todas las integrantes del grupo. Todas desean una historia de princesita, en la que a pesar de todo lo que tengan que sufrir, al final llegue la felicidad, sin embargo, son insuficientes los recursos con los que cuentan para alcanzar este ambicioso objetivo.

Zarina al igual que sus compañeras, sin distinción de clase social, han sufrido con madres insuficientes, irregularidades importantes en su desarrollo, las cuales han producido daños en la madurez de su estructura yoica, en la identificación con la madre y en su proceso de separación-individuación principalmente. Todo esto lleva a mostrarse como personas llenas de resentimiento, con un intenso anhelo de amor y apoyo, pero con grandes dificultades para el establecimiento de vínculos afectivos

sanos. La perspectiva con respecto al vínculo materno-infantil que establecerán estas mujeres es árida.

5.5 ANÁLISIS DE LA TRANFERENCIA/ CONTRATRANSFERENCIA

La importancia del análisis de los fenómenos tanto transferenciales como contratransferenciales que surgen en los procesos psicoterapéuticos, ha quedado fundamentada desde el momento en que Freud realiza las primeras descripciones de éstos, en el estudio del *Caso Dora*.

Los desarrollos teóricos posteriores apuntan a tomar las manifestaciones transferenciales y contratransferenciales más que como un obstáculo, como una valiosa herramienta que comunica y por ello lleva a la comprensión de lo que ocurre en determinado momento de la psicoterapia, llegando a ser *la llave maestra de su accionar*, como lo refiere O'Donnell (1977).

Tomando como definición de transferencia *...el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica...* (Laplanche y Pontalis, 1994), se describirán las características de la transferencia que establece el **grupo 3 VIFAC**, y las reacciones contratransferenciales que logramos detectar de nuestra parte, lo cual nos llevó a una mayor comprensión del grupo trabajado.

En este tipo de análisis es importante la caracterización de dos elementos esenciales, el paciente-grupo y las terapeutas:

El grupo, como ya se ha descrito, se trata de siete mujeres gestantes, en condición de desamparo, de bajos recursos económicos y en relación a su estructura de personalidad, la mayoría de organización limítrofe.

Otra característica importante es que se presentan como madres con una fuerte ambivalencia por el bebé que esperan, por un lado se observa una excelente libidinización del producto, manifestada en embarazos perfectamente sanos pero por otro lado, con un deseo por el hijo originado en carencias y necesidades narcisistas, y una encomienda preestablecida como condición para ser traídos al mundo, lo cual evidencia lo ominoso del deseo.

La transferencia con este grupo de mujeres, nos colocaba en el rol de madres a quienes demandaban constantemente la contención y el apoyo emocional que no tenían de su pareja ni de su familia por estar recluidas en la Institución. Generalmente actuaban con formas regresivas, se comportaban de manera voraz, dependiente, demandante, pero también ausentes y pareciera, poco receptivas.

En ocasiones las percibíamos como intensamente pegadas de forma dependiente a nosotras y otras veces parecían ignorarnos prestándonos poca atención en nuestras intervenciones, pero normalmente la sensación era la de estarse reeditando el proceso de gestación en el grupo mismo, nosotras como madres gestantes y ellas como fetos en formación en un embarazo de alto riesgo.

Las terapeutas: Las motivaciones individuales que nos llevan a la realización de este trabajo y con este tipo específico de población ya han sido descritas con anterioridad. El momento de vida de cada una de nosotras, aún cuando en circunstancias diferentes, coincide en que ambas nos encontramos en la edad de resolver el dilema de la procreación y sin estar exentas de las ansiedades y temores propios de este proceso en nuestras personas.

Por esta razón, la intervención con mujeres embarazadas, no es únicamente una experiencia más en nuestra vida profesional, ya que este particular momento de vida personal, se convierte en un factor que nos produjo cierta hipersensibilidad a la situación transferencial. Esto aunado primero a las resistencias de la Institución y

luego al embarazo y patología de las chicas, además de la potencialización de la transferencia por la intervención grupal, nos produce vivenciar este proceso, altamente sísmico.

Sin embargo, esta hipersensibilidad nos lleva a buscar con más ahínco la comprensión y el aprendizaje de lo que sucedía a través del trabajo de supervisión y el de nuestro análisis personal, llegando a tener frutos en el crecimiento como terapeutas, pero también en el aspecto personal ya que una de nosotras consigue cristalizar su ampliamente anhelado, plan de embarazarse, precisamente a la mitad de este proceso de grupo.

El primer signo contratransferencial que pudimos detectar, fue el surgimiento de un intenso deseo de maternidad, que conllevaba el correspondiente sentimiento de envidia hacia nuestras propias pacientes, por su condición de embarazo. Esta vivencia contratransferencial, estuvo presente desde las primeras intervenciones, con grupos de mujeres embarazadas y fue algo que tuvimos que enfrentar constantemente, para lograr mantener la neutralidad.

En momentos específicos, era clara una sensación de que se reducía nuestra capacidad para tolerar, entender y metabolizar las emociones producidas en el proceso, dando la sensación de estar confundidas y dudosas del proceder técnico que se requería en ese punto. Nuestras horas de vuelo parecían desvanecerse y en su lugar resurgía la frustración de madres primerizas. Todo esto propiciado por la intensa regresión a estadios simbióticos y a los modos de conducirse, en proceso primario de las chicas con las que interactuábamos.

Una sensación que se nos presentaba de manera constante, al término de las sesiones, era la de insatisfacción por parte de las chicas, lo cual propiciaba el cuestionamiento de nuestra parte, de haber hecho todo lo necesario, exigiéndonos mayor atención en lo sucesivo. El grupo nos comunicaba con esto, la desmedida

demanda y voracidad, establecida para con las figuras de las terapeutas y por ende el nivel de sus carencias afectivas.

Otra modalidad de comunicación contratransferencial, se dio a través de un sueño en cada una de las terapeutas, soñado de forma sincronizada y con el mismo tema, lo que hizo necesaria una vinculación con el trabajo de grupo que se realizaba en ese momento y analizarlos, como lo resalta Guzmán (1996), "*...los sueños contratransferenciales resultan ser una fuente de análisis significativa, no sólo para el trabajo de análisis con los pacientes sino para el entendimiento de las identificaciones proyectivas que se van entretrejiendo en la relación clínico-paciente*".

Previo a la sesión del **día 2**, ambas terapeutas relatamos haber tenido sueños similares consistentes en una tarea de subir, en la que no se puede llegar hasta el final requerido. Mayela soñó que debía subir una escalera muy larga y cansada, pero cuando llegó al descanso intermedio, no pudo continuar subiendo más.

En el sueño de Erika, iba acompañando a un grupo de alumnas embarazadas para subir un cerro, hasta llegar a un centro de rehabilitación física, en dónde una de las chicas quería prestar sus servicios. Debían subir hasta el nivel quince, pero en el décimo, Erika decide que no es adecuado subir más, porque es mucho esfuerzo para el embarazo y ella embarazada también, tiene que poner el ejemplo.

A la par de estos sueños, en el proceso grupal ocurría que:

- Ya para esta sesión, ellas se dan cuenta que el trabajo de análisis no es fácil, y que depende más de poner de su parte, que de nosotras.
- El grupo parece comunicarnos a través del sueño su resistencia y su reducida capacidad para poder realizar esta tarea hasta el final.
- Con este sueño parecen decirnos: ...mi condición es de cuidado, no me exijas demasiado, trátame bien..., el análisis es mucho esfuerzo para el embarazo.

Así se puede observar, como se usa el embarazo como escudo resistencial y es algo que llega a paralizarnos en las siguientes sesiones, al no realizar las intervenciones e interpretaciones necesarias, estando bajo el efecto de la identificación proyectiva de las chicas del grupo. No nos fue fácil reconocer tal situación, debido a lo "bien visto" en nuestra cultura de este tipo de defensa, que pareciera una defensa a favor de la conservación misma de la especie.

De esta manera, se ve claramente cómo el análisis desde la transferencia y la contratransferencia va dando luz y muestra el camino a seguir, en el muchas veces oscuro sendero del proceso psicoterapéutico. Es pues, manifestación de la delgada línea fronteriza entre lo personal y lo laboral.

5.6 CONCLUSIONES DEL GRUPO 3 VIFAC

Este trabajo de investigación, realizado con un grupo de mujeres en etapa de gestación, en una Institución de asistencia social, es considerado sólo un paso, aún cuando de suma importancia, para la conformación de un modelo de intervención, adecuado para este tipo de población, cuya finalidad última, es el saneamiento del vínculo materno-infantil, desde los elementos de su conformación.

Con respecto a la Institución, podemos ver claramente que no basta con las buenas intenciones de un grupo de personas con vocación altruista, la dirección de una Institución que atiende problemas sociales de este tipo, puede llegar a convertirse en un monstruo social que rigidice estructuras patológicas, en lugar de tratarlas, al no tener conocimiento profundo del fenómeno social con el que se trabaja y los riesgos inherentes a la conformación y funcionamiento de una Institución.

El marco institucional que se elige para la elaboración de este trabajo, contiene algunos de los vicios de las instituciones enfermas que no poseen los seguros necesarios para mantener la *psicohigiene* de la misma. Estos vicios, ya inmersos en

la vida e ideología de la Institución, vuelve más complicado el trabajo de un proceso de psicoterapia.

En estas condiciones institucionales y con los perfiles de las chicas que participaron en el grupo, los avances y beneficios terapéuticos se vieron reducidos y el cumplimiento del ambicioso objetivo propuesto del sanear el vínculo materno-infantil se logró solamente de forma parcial, sin embargo existe gran riqueza originada del análisis de esta intervención, que lleva a tener logros y resultados importantes, en cuanto al diseño de estrategias adecuadas para una intervención de este tipo y a creer más que nunca en la necesidad de tratamiento psicoterapéutico, con esta población a la que se considera de alto riesgo, para los trastornos del vínculo materno-infantil e incluso de alto riesgo social.

Todas las chicas presentan dificultades en los cuatro factores que Vives y Lartigue (1994), exponen como determinantes de la futura interacción materno infantil: las características del deseo por el hijo; las circunstancias inmediatamente anteriores al hecho de quedar embarazada; la estructura yoica de la gestante; y la presencia o no de la pareja y la calidad de la relación.

En cuanto al grupo, las características que se analizaron respecto a su patología, se agrega la culpa y coraje reprimido por haber sido abandonadas en la Institución y el que en la mayoría de los casos, el proceso de adolescencia es interrumpido por el embarazo.

Es de resaltar que la mayor parte de las integrantes del grupo adquieren su primer experiencia de tratamiento psicoterapéutico, con el correspondiente aprendizaje de lo que es el análisis grupal. El objetivo terapéutico que se establece, deja en las chicas una huella que difícilmente la llevarán al olvido.

Inicialmente se observaba que no presentan angustia ni preocupación por el bienestar del bebé, sólo por ellas mismas, a excepción de Ana, quién probablemente

por su edad y sus embarazos anteriores, se muestra con mayor disposición psicológica hacia el maternaje.

La sesión de la carta es un momento crucial del proceso en el que se inicia la concientización de su maternidad, y se comienza a construir el *nicho psicológico* para el bebé en las chicas.

Se logra la contención de temores y ansiedades propios de la etapa de gestación, manifestándose ésta en embarazos sanos y sin alteraciones fisiológicas. Al identificar la ambivalencia en el deseo por el bebé, se intenta neutralizar los impulsos de muerte, con respecto al mismo, ya que se encontraban muy arraigadas las fantasías preconceptuales con elementos nocivos al bebé.

Así mismo, se consigue el que reconozcan la necesidad de su bienestar como personas y madres para lograr el bienestar del bebé.

Aún con vicisitudes, se logra trabajar el proceso hasta el final, a pesar de que la mayor parte de las chicas tienen dificultades para el cierre y la despedida, al reeditarse el abandono en sus vidas. Pero aún cuando algunas de las chicas se negaron a asistir a la última sesión, se realizaron cierres en forma individual, ya que sentimos la necesidad de "desprendernos" y de intentar dejar una enseñanza de vida al despedirnos bien de ellas, pese a su negativa. De esta forma, terminamos el proceso con un "amargo sabor a triunfo".

No se asegura una relación exitosa con el bebé, pero consideramos que la semilla está sembrada, para que las chicas desarrollen la capacidad de detectar alteraciones en la relación materno-infantil y puedan solicitar ayuda en caso necesario.

Como factor pronóstico, se observa que la responsabilidad del cuidado del bebé descansará en alguna figura materna, viéndose a sí mismas aún incapaces para asumir esta función. Existe la probabilidad de que en el vínculo con el bebé se

encuentren elementos de agresión manifestados en abandono emocional, rechazo y tendencia al descuido, anteponiendo sus carencias a las necesidades del bebé.

Los resultados y avances que se observan en forma individual se presentan brevemente a continuación:

Ana. Es la que mantiene el optimismo inocente en la funcionalidad del grupo, con su interés por aprehender nuevas formas de vinculación y participando hasta el último momento del tratamiento.

Este embarazo a los 40 años lo cuida como la planta que hay que hacer crecer porque mañana le dará qué comer, espera su nacimiento como el de su redentor, y esto fue el punto de análisis más recurrente en ella.

Las manifestaciones del vínculo entre ella y su bebé, exponen la ambivalencia del deseo, por no cumplirse su expectativa de tener un hijo varón, pero comienza a mostrarse cariñosa y feliz por la niña que va a nacer. Por esto el pronóstico para la relación entre Ana y su bebé es reservado.

Teresa. Secretamente era nuestra consentida, por su valentía y capacidad analítica, la hija que tal vez, al percibir nuestras expectativas puestas en ella, finalmente terminó tratando de decepcionarnos, al mostrar su incapacidad para elaborar las separaciones.

Para Teresa este embarazo concebido de forma violenta, comienza viviéndolo como el rayo que parte en pedazos su mundo adolescente, sin embargo, termina connotando de forma positiva, al tomarlo como una especie de renacimiento de ella misma, con su particular estilo superyoico.

El vínculo con el bebé, está aún lleno de defectos que deben corregirse, ya que de lo contrario, se establecerá una especie de formación reactiva en la crianza de éste, tal vez manifestada en una sobreprotección materna.

Zarina. Fue el núcleo resistencial del grupo, "*la encantadora de serpientes*", el mayor problema para las terapeutas y de quién más aprendimos.

El embarazo en Zarina, como ya se expuso anteriormente, es la realización de su fantasía edípica y por ello el pronóstico para el vínculo con su hija, se vaticina un tanto conflictivo.

Angélica. La pequeña y demandante, que buscaba con desesperación a la madre perfecta, que le aliviara todas sus carencias. Tanta exigencia dificultaba la comprensión de su sentir, era la niña en perpetuo berrinche.

Su embarazo fue una aberración, producto de la confusión de deseos originada de la simbiosis con su madre. Angélica desea, darle a su madre el hijo varón que nunca pudo tener. Por esto, el pronóstico en la relación con su hijo, es simplemente, ser la hermana mayor de éste.

Sheila. El último elemento que conforma el grupo, no hay una adaptación ni recibimiento adecuado en el mismo. Sus actitudes infantiloides y tendencia a simbiotizarse con una de las terapeutas, provoca su bajo rendimiento en el análisis que realiza.

El embarazo de Sheila es producto de la trama telenovelezca que originan su defectuosa forma de amar, actuando una escena de venganza. El vínculo que establecerá con su bebé se vislumbra con alteraciones debido al infantilismo característico en ella.

Luz. Su paso fugaz por el grupo, da a conocer tal vez el sector más carenciado de nuestra sociedad, especialmente en relación a modelos de maternaje adecuados, que garanticen el desarrollo más o menos sano de sus hijos.

5.7 PROPUESTAS

Para la Institución:

Posterior al análisis de la intervención en VIFAC, se efectuó una devolución de resultados a la Institución, desafortunadamente la directora no pudo asistir y se contó únicamente con la presencia de la subdirectora, quien se mostró interesada ante las sugerencias que se le presentaron.

Con respecto a la Institución, es importante enfatizar en la necesidad de mantener al día los controles de sanidad necesarios para que una Institución no pierda el rumbo de sus objetivos y realmente cumpla con la función para la que fue creada.

Al trabajar en VIFAC, pudimos percatarnos de algunas situaciones en el manejo de las chicas, que deberían modificarse, siguiendo el objetivo explícito de la Institución. Tal es el caso de la marcada necesidad de una clase de sexualidad que vaya más allá de simples cuestiones fisiológicas o reproductivas, en la que realmente puedan expresar sus inquietudes y así solucionar sus dudas con confianza, de manera que en el futuro, tengan más herramientas para ser concientes y responsables de su propia sexualidad.

En la Institución, las chicas reciben talleres y clases con el fin de "capacitarlas" para ser independientes económicamente, pero esta capacitación no contiene los elementos de una capacitación formal o educación continua, que les brinde una certificación y que las respalde en el mundo laboral. Se requiere incluso, empleos

remunerados, que puedan desempeñar durante su embarazo, haciéndolas sentirse útiles y productivas durante su estancia ahí.

Las actividades laborales, de capacitación y de esparcimiento podrían efectuarse en espacios fuera de la Institución, contrarrestando con esto, la alineación que viven actualmente al tener que permanecer internas, oportunidad que las favorecerá al mantenerlas en contacto con la realidad externa.

En VIFAC prestan sus servicios un numeroso grupo de voluntarios que de forma consciente e inconsciente, comparten con las chicas sus propias convicciones y filosofías. Se observa entonces la necesidad de que la Institución unifique esas "ideologías" en una sola que se mantenga acorde con los objetivos y metas explícitas que persiguen, apoyando a los voluntarios a integrarse de forma coherente al pensamiento institucional.

Las chicas que viven en la Institución, tienen rasgos psicopatológicos importantes y han sufrido circunstancias adversa que las orillaron a solicitar apoyo para continuar su embarazo, ya sea que deseen quedarse con su hijo o darlo en adopción. Es claro que sus historias de vida no son sencillas ni sanas, por lo tanto requieren la urgente implementación formal, de apoyo psicoterapéutico, en un espacio adecuado y con la privacidad necesaria, para brindarles la atención conveniente.

Así como se sugiere la atención psicoterapéutica formal para las internas, se propone para las directivas y el personal que las atiende, una sensibilización y asesoría, con respecto a las patologías más frecuentes, con las que se enfrentan, de tal forma que puedan identificar adecuadamente, las situaciones de alerta que se presentan durante la estancia de las chicas y tengan un manejo más adecuado de los conflictos, que surgen de la convivencia diaria en confinamiento.

El trabajo de apoyo a las internas, rendiría mejores frutos si se interviniera en la problemática familiar, buscando el manejo de los conflictos que llevaron a que la

chica se internara durante su embarazo. Con esto podría evitar su internamiento en la Institución y se prepararía a la familia para contener a esta mujer y a su bebé, mejorando su estado emocional. O simplemente la intervención familiar con el objetivo de una buena reintegración a sus familias.

Por último se extiende la recomendación de un *Análisis Institucional* que tendría el objetivo de revisar las funciones del personal, los procesos que se realizan y los conflictos que surgen, junto con las soluciones que se proporcionan, para posteriormente contrastarlo con los objetivos explícitos de manera que se evalúe la función que se lleva a cabo y así preservar la salud mental de y en la Institución.

Para el modelo de intervención:

El trabajo psicoterapéutico dentro de una Institución requiere un manejo amplio de la alianza terapéutica con los directivos, para garantizar su apoyo en el tratamiento que se proporcionará, con esto se reducen considerablemente las actuaciones resistenciales y sabotajes al proceso.

El trabajo con el **grupo 3**, se realizó con una frecuencia de dos veces por semana para responder a las condiciones propias de este grupo, sin embargo analizando los efectos de la intervención podemos considerar la opción de efectuar futuros procesos con frecuencia de una sesión semanal, decisión que surge ante esta reflexión:

- la condición de embarazo origina que el proceso de pensamiento se vea afectado por la regresión haciendo más lento el “insight”.
- por otra parte, genera que los tratamientos psicoterapéuticos se vivan con gran intensidad para pacientes y terapeutas, debido a la regresión en la relación objetal de las pacientes y la voracidad con la que se manejan.

Ante esto consideramos pertinente permitir a las integrantes del grupo, procesar lo analizado en una sesión, a lo largo de toda la semana, dándoles el tiempo para *elaborar* antes de la siguiente sesión, requiriendo esto mismo la persona del terapeuta.

Las características psicológicas de la mujer en periodo de gestación, como se ha descrito, tienen un particular efecto, en la relación terapeuta-paciente. El éxito de la intervención, estará basado principalmente, en el análisis de la contratransferencia. Por lo tanto es esencial el trabajo de supervisión y análisis personal.

La intervención grupal con mujeres gestantes siguiendo esta propuesta, requiere ser trabajada por un equipo de coterapeutas, debido a la intensidad de la transferencia y contratransferencia.

El manejo específico para problemáticas como la del grupo de VIFAC, en el que presentan una hipersensibilidad a la reedición de la separación, debe realizarse de manera constante a través del análisis de la transferencia: la revivencia constante del abandono y su correspondiente interpretación, con el objetivo de romper el efecto de aniquilación que parecen vivir estas pacientes.

Un cuestionamiento interesante que surge del trabajo con este grupo, se refiere a qué tan adecuada, es una intervención breve con mujeres que no pueden establecer vínculos profundos y duraderos. Ante esto debe tenerse extremo cuidado de no perder el foco de la intervención en ningún momento, ya que es fácil perderse en el mar de conflictos que pueden surgir y tener la tentación de profundizar en estos cuando no hay el tiempo ni las condiciones para ello. Los resultados de la intervención breve son limitados sin embargo, pueden crear la conciencia de la necesidad de un tratamiento más a profundidad. Así mismo, para asegurar el logro de este objetivo, se considera benéfico alargar la intervención más allá del parto, abarcando el periodo de lactancia.

La experiencia vivida durante el proceso del **grupo 3 VIFAC**, arroja la necesidad de reorganizar los temas de las sesiones, para extenderse en los temas que resultaron más productivos para la elaboración de los conflictos y que requieren por ello que se

les dedique más tiempo, y por el contrario, eliminando temas que más que promover la elaboración, favorecen la resistencia al análisis.

El momento del cierre del tratamiento requiere ser trabajado con suficiente antelación, permitiendo elaborar la separación del grupo y restituyendo la pérdida que significa la terminación.

Además del cierre grupal, se recomienda realizar lo propio con la Institución, ya que como se observó, también las instituciones "enloquecen" con la terminación de los procesos.

CONCLUSIONES GENERALES

El trabajo de prevención de la salud emocional, es un área completamente descuidada no sólo por el gobierno y autoridades sino incluso, por los mismos profesionales de la salud mental. Excepcionalmente las personas asisten a consulta psicológica para prevenir enfermar, debido a que no existe cultura ni educación para ello. En mayor porcentaje, acuden con la demanda de una cura para el sufrimiento de una enfermedad ya establecida.

Y aún cuando está cien por ciento comprobado, que la inversión que se requiere en prevención de la salud, es mucho menor que la que se realiza para el tratamiento de las enfermedades, no existen aún acciones encaminadas a este fin. Sin embargo, también se carece del interés de psicólogos y psiquiatras para la investigación y la elaboración de proyectos que sustenten y fortalezcan este campo.

La labor de prevención es de grandes beneficios para la sociedad en general, pero muchas veces el psicólogo no tiene más oportunidad de realizarla que, dentro del consultorio con sus propios pacientes y sus familias, o al trabajar investigaciones como esta, pero que corren el riesgo de no tener continuidad por la falta de financiamiento.

La intervención sobre el vínculo materno-infantil propuesta en esta tesis, tiene un efecto terapéutico en las mujeres gestantes y un efecto preventivo en sus bebés, al trabajar el saneamiento del vínculo entre estos y generar el espacio para que las madres se permitan la *adopción emocional* de sus propios hijos, cuando existen dificultades para ello. Esto redundará en que esos hijos se sientan integrados a una familia y por ende a una sociedad.

Elegir la etapa de embarazo para trabajar la prevención de los trastornos del vínculo materno-infantil, es una circunstancia afortunada en el sentido de que se aprovecha el estado de ebullición emocional característico y el resurgimiento de conflictos primarios, presentándose la oportunidad ideal para ser resueltos. Pero al mismo tiempo, es un trabajo temerario para el terapeuta, ya que debe introducirse a este ojo de huracán, apaciguar sus vientos destructivos y salir ileso.

La intervención grupal agrega un plus al requerimiento del terapeuta, pero al mismo tiempo rinde beneficios en relación a ser la mejor opción en un trabajo preventivo, ya que la demanda de atención es de la sociedad completa, por lo que se requiere tratar al mayor número posible de personas para que se interesen en aprender formas de interacción más sanas y éstas a su vez lo transmitan a sus hijos, y de esta manera, lograr una afectación amplia en la promoción de mejores condiciones de vida en nuestra sociedad.

Se han mencionado ya en otro espacio, los beneficios y las limitantes de una intervención breve, pero algo que es importante resaltar es que para muchas de las chicas que participaron en la experiencia, la intervención terapéutica en ese momento específico de su vida, ha sido algo que marcó sus vidas y el rumbo a seguir para muchas de ellas. Todas ellas recordarán haber asistido a un grupo donde fueron apoyadas con su embarazo y que el objetivo era construir una buena relación con el hijo que en ese momento estaban gestando.

Sin duda alguna, será interesantísimo dar continuidad a estos casos para evaluar los efectos de la intervención terapéutica y corroborar nuestras hipótesis acerca del vínculo que finalmente se establecerá entre estas madres y sus hijos. Asunto que ya está anotado en nuestra agenda de las cosas por hacer.

Para muchos psicoterapeutas de orientación psicoanalítica clásica, la propuesta de focalizar temas de análisis, tal vez puede resultarles aventurada o simplemente

argumentar que esto no es psicoterapia psicoanalítica. Nuestra línea de acción es tomar de base la psicoterapia psicoanalítica, en este caso de grupo, y de ahí conjuntar los elementos de la psicoterapia breve, que requiere siempre de una focalización, y tomando la ideología de los grupos operativos, asignar tareas con objetivos terapéuticos para cada día del proceso. Esto se adecua a la perfección, precisamente por los tiempos breves del embarazo.

La forma en que se trabaja o no la tarea, da cuenta de las resistencias a la misma y de lo efectivo de la asignación de ésta en cada sesión. Además nos mantuvimos alerta a los emergentes, en ocasiones el tema de la sesión pareció no importarles y se hablaba de otras cosas, que finalmente sí tenían relación. La tarea pues servía de marco de referencia del análisis que se realizaba. Hubo tareas que favorecieron el análisis y otras a la resistencia, la investigación realizada nos da elementos para efectuar ajustes en este punto.

Los temas que de acuerdo a nuestro análisis favorecieron el trabajo de las chicas en sesión, fueron: la primera noticia del embarazo; condiciones biológicas para el embarazo; mitos y realidades acerca del embarazo; disposición psicológica hacia el embarazo; la vida intrauterina; influencia del estado emocional de la madre en el bebé; la carta al bebé; el parto; y consejos de mamá para ser madre.

Y los que más favorecieron la resistencia o simplemente la evasión del análisis: complicaciones durante el parto; relación inicial de la madre con su bebé; cuidados del recién nacido; fases del desarrollo en el niño; y la estimulación temprana. Estos temas se encuentran todavía muy inmersos en el enfoque psico-educativo con el que nace esta propuesta, por ello se requiere que se de el viraje hacia lo terapéutico. Algunos de estos, incluso podrían ser más efectivos luego de que la madre haya dado a luz, ya que de otra forma se viven como fuera de contexto.

Por otra parte, el objetivo terapéutico general del saneamiento del vínculo materno-infantil fue, en todos los casos estudiados, muy atractivo. Las mujeres en general

deseaban ser buenas madres para sus hijos y esta fue una preocupación constante de todas ellas, al menos en lo externo. En lo interno parecían tener más interés en solucionar sus conflictos de relación materno-infantil pero con su propia madre, trabajando en esto con su hijo. De cualquier forma es algo que todas estaban dispuestas a realizar aún cuando no todas poseían los recursos psíquicos necesarios.

Esta propuesta de intervención pretende ser aplicable a grupos de mujeres sanas que atravesen la crisis del embarazo; a mujeres que presenten los factores de riesgo para un adecuado vínculo materno-infantil, antes señalados; e incluso a mujeres con algún tipo de patología, que sin duda alguna, son las que más lo requieren. Consecuentemente, esta herramienta de trabajo requiere ser lo suficientemente flexible para dar contención a esta diversidad de demandas. Este es el rumbo que se ha trazado para los siguientes desarrollos.

Los resultados de esta investigación proporcionan de manera concreta la argumentación de la necesidad de intervenciones de este tipo en nuestra sociedad. Las historias de las chicas del grupo, de las demás internas y en general de muchas de las mujeres de nuestra comunidad, reflejan la falta de una adecuada aceptación de su condición femenina y con ello del goce de su sexualidad y su maternidad. Se evidencia que en el desarrollo de sus primeras etapas de vida, no tuvieron la oportunidad de aprender a disfrutar del "ser mujer", y a percibir y percibirse como mujer con posibilidades de éxito en la vida.

Originado todo esto, en que no se cuenta con madres que transmitan a sus hijas desde los cuidados básicos, además de su amor, el goce de su feminidad a través del disfrute de su función materna, dificultándose con esto la identificación con la madre y los procesos de desarrollo posteriores. Las causas de esto se vieron en gran parte localizadas en la tendencia de las mujeres, a invertir más energía en el trabajo para la subsistencia o el logro de una mejor posición económica, que en la crianza de un hijo.

Por otro lado, la procreación de un hijo no siempre está acompañada de un verdadero deseo de crianza, sino que responde más a una solución aparente de los conflictos que ocasionan necesidades narcisistas y carencias afectivas que se viven en ese momento, siendo éste, otro factor para el no goce de la función materna.

Todo lo anterior hace que se cargue a este nuevo ser, con misivas difíciles de cumplir, que no le permiten un desarrollo libre de los conflictos de los padres y por el contrario lo condenan a responder siempre en actitud sumisa y con estructuras rígidas de pensamiento, a la norma familiar y sociocultural, que en no pocas ocasiones es patológica.

Por todo esto, consideramos que es imperativa la necesidad de crear centros de atención a madres y sus bebés, que sirvan de redes de apoyo y contención a éstas, en la etapa de gestación y crianza de sus hijos. Y en donde además se realice investigación, con la finalidad de optimizar los modelos de intervención con los que se cuenta actualmente.

ANEXOS

ANEXO 1: CARTAS AL BEBÉ

Grupo 3 VIFAC*

ANA:

Leon Guanajuato a 31 de julio de 2005.

Mi querida Julieta: La nena que mas amo y espero con todo el amor y esperanza, mi dulce y pequeña nena del cual aunque no te tenga entre mis brazos pero platico mucho contigo teniendote en mi vientre. del cual platico, te acaricio, del cual eres una bebé hermosa y preciosa. Mi nena vas hacer muy inteligente llegar a ser la mejor de todas, sobresaliente en todo lo que realices en la vida porque tu padre y yo te lo vamos a enseñar, ademas que seas una genio, buenos modales, educada, que todos se sientan orgullosos de ti porque yo asi te voy a dar a entender con el paso del tiempo., mi nena que tanto AMO, QUIERO, DESEO CON TODA MI ALMA.

Tambien te sueño y por tal motivo te escribo y que lo voy a realizar ahorita en mi vientre y luego cuando te tenga entre mis brazos se me hace tan corto el tiempo y ya lo deseo con todo mi corazón, cuidarte, amarte, educarte y darte todo lo mejor.

Tu Mamá que tanto
te Ama:
Ana.

* Estas cartas han sido transcritas fielmente, respetando estilo, redacción y ortografía de las autoras.

SHEILA:

Hola:

Bebe Cuando Supe que estaba esperandote
No te Voy a negar que medio Un Poco de
Miedo Por el que diran Y Por tu aguelito
Porque yo Sentia que lo habia decePsionado

Pero en fin me enfrente atodos Y a todo.
Porque desde que Supe que estaba embarazada
Te esPere Con tanto amor Y orgullo.

Y desPues Pasaron 4 meses Y Vino mi tio eduardo
Pero para esto Yo no queria que tu aguelito
Se diera Cuenta hasta que tu nacieras Pero
mi tio Vino de estados Unidos ise dio Cuenta
que estaba embarazada Y Cuando se regreso
a estados Unidos el le dijo a tu aguelito Y yo
Tenia miedo de que le fuera a pasar algo
Pero no tu aguelito lo entendio Y me aPoyo
Como un verdadero PaPa.

Sabes hay Veces que tengo de no Ser Una
buena madre Y le Pido adios que me de
fuerzas Y Sabiduria Para Poderte llevar Por Un
buen camino...

Yo espero que Seas Un niño o obediente bebe

Te amo Y te quiero dar lo mejor de mi Y Ser Una
buena madre Ya quiero que nascas te quiero tener en
mis brazos

Te amo

Atte.

Tu mami.

ZARINA:

12/Abril/05

Hoy es un día muy importante en my vida, tengo la zerteza de que estas ahí, quiero que sepas que pase lo que pase vamos a estar juntos y voy a tratar de ser la mejor mamá del mundo. No sé como va ha reaccionar tu papá, pero sé que te amo y te va a amar siempre; todo va ser difícil, tenemos muchas cosas que hacer y en que pensar, todo va ha pasar bebé. Tú me tienes a mi y yo te tengo a ti. Te amo y eso nunca lo dudes, habrá momentos en los que me escuches llorar y patalear, pero no dudes que para mí tu eres lo máximo.

Sabes? Que me gustaría que tu papá, se pusiera feliz con tu nacimiento, pero sé que no, siempre ha sido muy orgullozo y esta no es la esepción. Te (escribo) ya te escribiré cuando ya sepa tu papá que onda.

24/Mayo/05

Hoy comprobé que tu papá si se fue de la ciudad. Ahora Te puedo decir que yo no me importa (por mí). Poco a poco las cosas van a ir mejorando; contamos con el apoyo de la familia, bueno el más importante no (tu abuelo) pero tengo fé en Dios de que pronto pueda salir y decir que mi padre me apoya. Aquí tu sabes como está la situación, estas mujeres cada día están más insoportables y mas groseras con todas incluyendo a la sra. José. Yo trato de no hacerles caso, pero algún día me van a hacer perder la paciencia en todos los sentidos. Te quiero más que a nada ni a nadie, Bye. Atte tu Mamá.

TERESA:

Hola pequeño:
Como estas
espero que te encuentres bien que desde arita sientas todo el amor que tengo parati, que sientas la protección que siempre vas a tener porq´ siempre voy a estar a tu lado, ayudandote, queriendote protegiéndote, guiandote, porque tu asi me lo as enseñado, y me da vergüenza decirlo pero me llena de orgullo saber q´ tú una personita tan indefensa tienes tanto valor y fuerza para aferarse ala vida para aferarte a mi para enseñarme cuanto me quieres, tanto es tu amor por mi que a pesar de q´ no soy ni la mejor persona, ni la mejor-mujer y mucho menos la mejor mamá tu quisiste estar a mi lado para formar una familia, y yo tan egoísta no me puse a pensar que tu no eras culpable que tu también sufrias y mucho mas que yo porq´ te ignorava, no te escuchava, no Te comprendía no aceptava la realidad, de que a qui estavas, aquí dentro de mi creciendo y sufriendo junto con migo brindando me tu apoyo, tu amor, tu comprensión, gritándome que no te culpara por lo que havia pasado.

Hoy solo le doy gracias a dios por haberte puesto en mi camino y le pido día con día que no se alargue tu llegada.

No te preocupes, todo va a estar bien ahora es mi turno, ahora soy yo la que te va a estar esperando, la q´ te va a enseñar y a guiar por el sendero de la vida, la que te va a enseñar a amar y a perdonar para q´ un día me ames tanto como Yo te amo.

No lo olvides aquí estoy, aquí me tienes esperandote ansiosamente.

No te sientas mal si en tu llegada no hay un padre que te espere, es por que el no es tan bueno para tener la dicha de res- virte, pero no te faltara su amor por q´ aparte de mi que soy el ser que mas te quiere hay muchas personas q´ te estan esperando con los brazos abiertos

Bueno esto es todo lo que quiero decirte por ahora solo queria que supieras que aquí estoy y siempre voy a estar a tu lado, disfruta el poco tiempo q´ te queda en casa pues abra que mudarse.

Adios
te quiere
mami.

ANGÉLICA:

“Mi bebe”

Eres mi mejor amigo eres una persona muy hermosa par mi eres mi vida par mi eres mi sol y en la noche eres mi luna eres las estrellas, eres el ser que alumbrá mi vida y lo alumbras por siempre ojala que tu seas el niño mas hermoso que ha existido en el planeta ojala que te parezcas ami.

En mi vientre estas creciendo megustaria que ya te movieras ya quisiera sentir tus piesitos tu manitas y tambien quisiera ya verte y tenerte para mi bas a ser un hermoso angelito como los demás.

Yo lo que necesito es mucho apoyo de mi pareja para que mi bebe crezca muy alegre porque ba estar muy orguyoso de sus padres de que no le fayo ninguno de los dos y que le dimos mucho apoyo y cariño

ANEXO 2: PROGRAMA DE ORIENTACIÓN A PADRES CON MUJERES EMBARAZADAS *Grupo 0*

Carta Descriptiva

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA
Día 1	Sensibilizar acerca de la importancia de recibir una preparación psicoprofiláctica para el embarazo y el parto.	<p><u>Introducción a la psicoprofilaxis</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. introducción <ul style="list-style-type: none"> - Psicoprofilaxis - Expectativas de los miembros del grupo. - Análisis del programa de trabajo - Compromisos de los participantes y responsabilidades de los coordinadores. 2. La condición del Ser Mujer 3. Cultura y embarazo
Día 2	Analizar los aspectos clínico-funcionales del desarrollo gestacional.	<p><u>Anatomía y fisiología del aparato reproductor humano</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aparato reproductor femenino. 2. Aparato reproductor masculino. 3. Fecundación. 4. Síntomas de embarazo. 5. Diagnóstico gestacional.
Día 3	Analizar el aspecto psicológico de los eventos biológicos en la mujer.	<p><u>Aspectos físicos y psicológicos que intervienen en la disposición hacia el embarazo</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La menarquía 2. El papel de la primera relación sexual 3. Trastornos de la fecundación 4. Esterilidad 5. Frigidez 6. Embarazo
Día 4	Conocer la vida del bebé antes del nacimiento.	<p><u>La vida intrauterina</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El desarrollo del feto mes a mes 2. La vida psíquica intrauterina 3. La comunicación entre la madre y el feto 4. Cuidados que precisa la gestante
Día 5	Reflexionar acerca de lo satisfactorio y lo no satisfactorio del estar embarazada.	<p><u>Influencia del estado emocional de la madre en la vida intrauterina del nuevo ser</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Percepción de la nueva imagen corporal 2. Cambios en la vida de la madre y del padre ante la presencia de un nuevo hijo. 3. Las relaciones sexuales durante el embarazo: la comunicación con la pareja. 4. Las complicaciones inherentes al embarazo 5. Estado emocional de la madre
Día 6	Conocer el proceso de evolución del parto.	<p><u>El parto</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los primeros síntomas 2. Clínica del dolor

		3. El parto: el periodo de dilatación, la expulsión 4. El alumbramiento
Día 7	Conocer las vicisitudes del proceso de evolución del parto y la recuperación materna.	<u>Posibles complicaciones durante el parto y la recuperación</u> 1. Cuando sobrevienen complicaciones 2. Métodos de extracción: - La cesárea - La utilización de fórceps 3. La recuperación materna: - Puerperio, las molestias post-parto - La depresión post-parto
Día 8	Aclarar dudas y mitos en torno al proceso de embarazo y parto, por parte de personal médico especializado.	<u>Mitos y realidades acerca de la mujer embarazada</u> 1. Síntomas de dificultades gestacionales 2. Peligros maternos y fetales durante el embarazo 3. Transmisión de enfermedades infecto-contagiosas y sus consecuencias en el feto. -4. Causas que generan anomalías en el bebé 5. ¿Se puede elegir el sexo del bebé? 6. Medidas anticonceptivas y sus riesgos 7. La vigilancia médica y dudas específicas.
Día 9	Identificar diversas acciones que pueden favorecer el desarrollo prenatal y postnatal del hijo.	<u>Condiciones medioambientales y afectivas de la familia para recibir al nuevo bebé</u> 1. La espera en pareja 2. Expectativas para con el bebé en camino 3. El espacio psicológico el nuevo miembro de la familia 4. El papel del padre en el desarrollo gestacional 5. Preparación de la familia para recibir al nuevo miembro
Día 10	Reconocer la importancia de la relación inicial de la madre con su bebé.	<u>La relación inicial madre-hijo</u> 1. Las primeras necesidades del niño 2. La identificación del niño con su madre 3. La función materna en las primeras etapas de la vida del niño 4. Efectos psico-físicos que aparecen en los primeros meses de vida del niño ante una relación deteriorada con la madre.
Día 11	Identificar los factores que favorecen un adecuado desarrollo de la personalidad en la primeras etapas.	<u>Fases del desarrollo socio-afectivo en el bebé y sus principales logros</u> 1. El autismo normal 2. La fase simbiótica 3. La separación-individuación 4. La sonrisa 5. La angustia del 8º mes 6. El establecimiento del NO.
Día 12	Adquirir los conocimientos básicos para la atención del recién nacido y aclarar dudas con el especialista.	<u>Cuidados del recién nacido</u> 1. Alimentación y lactancia materna 2. Deshechos orgánicos 3. Los cuidados básicos de la piel del bebé: el baño y la ropita para el bebé

Día 13	Favorecer la identificación de la mujer embarazada con las conductas de maternaje de su propia madre.	<ol style="list-style-type: none"> 4. Condiciones medio-ambientales adecuadas para el recién nacido. 5. El nuevo bebé como una trampa comercial 6. Vacunas y control pediátrico 7. Canastilla básica y aclaración de dudas por parte del especialista. <p style="text-align: center;"><u>Consejos de mamá para ser madre</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La experiencia de los embarazos de la madre de la mujer embarazada 2. Los cuidados durante el transcurso del embarazo recomendados por mamá 3. Nació mi hijo...¿qué hago mamá? 4. El cuidado del recién nacido según la abuela 5. La función de la madre y la función de la abuela en el cuidado del recién nacido.
Día 14	Dar a conocer la importancia de la estimulación temprana.	<p>→ <u>La estimulación temprana sus objetivos y resultados</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La estimulación temprana 2. Áreas que se trabajan 3. La metodología 4. Las rutinas 5. Los materiales 6. Objetivos y resultados.
Día 15	Compartir vivencialmente la experiencia recorrida durante el proceso.	<p style="text-align: center;"><u>Evaluación del Curso</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Planteamiento de opiniones acerca del desarrollo y logro de objetivos 2. Propuestas para la optimización del curso 3. Cierre y conclusiones del curso en general 4. Convivencia Baby Shower.

ANEXO 3: CURSO PSICOPROFILÁCTICO: "UN BEBÉ EN CAMINO" HIGIENE MENTAL DEL EMBARAZO

Grupo1 y Grupo2

Carta Descriptiva

COORDINACIÓN



Psic. Mayela Gómez Moreno

Psicóloga Clínica Infantil
Master en Terapia Familiar
Cel.: 044(477) 765-87-66

Psic. Erika Argaez Amor

Psicóloga Educativa
Clínica Infantil y
Estimulación Temprana
Cel.: 044(477) 787-91-32

INFORMES E INSCRIPCIONES

- Nicaragua #508 • Col. Arbide
- León, Gto. • C.P. 37360
- Tel. (477) 715-52-41

Curso Psicoprofiláctico



"Un bebé en camino ..."

Higiene Mental del Embarazo



- Nicaragua #508 • Col. Arbide
- León, Gto. • C.P. 37360
- Tel. (477) 715-52-41

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TÉCNICOS	RECURSOS MATERIALES
Día 1 Asistencia en pareja.	Sensibilizar acerca de la importancia de recibir una preparación psicoprofiláctica para el embarazo y parto. Ideas centrales: *El significado del estar embarazada dentro de nuestra cultura. *La vivencia del embarazo de la madre y las abuelas.	<u>INTRODUCCIÓN A LA PSICOPROFILAXIS</u> A) Introducción 1) Psicoprofilaxis 2) Expectativas de los asistentes al curso. 3) Análisis del programa de trabajo participantes y responsabilidades de los coordinadores B) La noticia del Embarazo C) Cultura y embarazo	Presentación y bienvenida Explicación breve Revisión del documento Exposición de ideas Encuadre de trabajo Inducción al tema: circunstancias en las que se recibe la noticia de la llegada del nuevo bebé. Exposición de ideas centrales y desarrollo de las mismas por parte de los asistentes de acuerdo a la experiencia propia Reflexión acerca del porqué ingresaron al Taller y de si los objetivos del mismo cumplen sus expectativas.	Proyector y transparencia Pintarrón Programas de trabajo por pareja Documento: El maternaje en la mujer actual.

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
Día 2 Asistencia de la mujer embarazada	Analizar los aspectos clínico-funcionales del desarrollo gestacional.	<p><u>CONDICIONES BIOLÓGICAS PARA EL EMBARAZO</u></p> <p>A) Aparato reproductor femenino.</p> <p>B) Aparato reproductor masculino.</p> <p>C) Fecundación.</p> <p>D) La condición del "Ser Mujer"</p> <p>Cierre y Conclusiones</p>	Presentación del tema Inducción al tema Tarea: Identificación y localización de organos en apoyos visuales Inducción al tema Tarea: Identificación y localización de organos en el propio cuerpo. Proyección de documental Espacio para comentarios y dudas Inducción al tema *El Ser mujer en nuestra cultura *El Ser mujer en nuestra familia *El Ser mujer y el Ser hombre *La identificación femenina *La femineidad Reflexión acerca de la capacidad de los seres humanos para reproducirse	Proyector y transparencia Láminas ilustrativas Documento: Glosario de términos Televisión y vídeo Proyector y transparencias Documento:

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
Día 3 Asistencia de la mujer embarazada	Analizar el aspecto psicológico de los eventos biológicos en la mujer.	<p style="text-align: center;"><u>LA DISPOSICIÓN PSICOLÓGICA PARA EL EMBARAZO</u></p> A) La menarquia B) Papel de la primera experiencia sexual C) Trastornos de la fecundación *Dificultades en la disposición psicológica para ser madre. D) Esterilidad y Frigidez, como una no disposición psicológica hacia el embarazo. F) Embarazo: un logro creativo Cierre y conclusiones.	Presentación del tema Inducción al tema: Lectura de caso clínico y comentarios La vivencia de la primer experiencia Inducción al tema: Breve descripción de los trastornos de fecundación y sus causas Lectura de caso clínico y comentarios Inducción al tema: ¿Qué significa ser una mujer estéril? Reflexión:	Transparencias y proyector Lámina ilustrativa Casos clínicos Documento: Descripción del ciclo menstrual

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
Día 4 Asistencia en pareja	Conocer la vida del bebé antes del nacimiento.	<p><u>LA VIDA INTRAUTERINA</u></p> <p>A) El desarrollo del feto mes a mes</p> <p>B) La vida psíquica intrauterina</p> <p>C) La comunicación entre la madre y el feto</p> <p>D) Cuidados que precisa la gestante</p>	<p>Presentación del Tema</p> <p>Inducción al tema: "Imagina a tu bebé..."</p> <p>Ubicación de la etapa actual del desarrollo del feto</p>	<p>Transparencias y proyector</p> <p>Transparencias y proyector</p>
	Cierre y conclusiones.		<p>¿Qué siente, qué percibe, qué vive el bebé, dentro del vientre de su madre?</p> <p>Identificar las formás en que se considera establecer comunicación con el bebé dentro del vientre.</p> <p>Tarea: Escribir una carta para su bebé</p> <p>Enlistar y prescribir cada uno de los cuidados indispensables</p> <p>Identificar los que están siendo llevados a la práctica y los que no</p> <p>Reflexión: "Aún cuando no ha nacido, ya existe"</p>	<p>Transparencias y proyector</p> <p>Fotografía</p> <p>Documento Técnico: Cuidados que precisa la gestante</p>

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
Día 5 Asistencia en pareja	Aclarar dudas y mitos en torno al proceso de embarazo y parto, por parte de personal médico especializado.	<p><u>MITOS Y REALIDADES</u> <u>ACERCA DEL EMBARAZO</u></p> <p>A) Síntomas de dificultades gestacionales.</p> <p>B) Peligros maternos y fetales durante el embarazo.</p> <p>C) Transmisión de enfermedades infecto-contagiosas y sus consecuencias en el feto.</p> <p>D) Causas que generan anomalías en el bebé</p> <p>E) ¿Se puede elegir el sexo del bebé?</p> <p>F) Medidas anticonceptivas y sus riesgos.</p> <p>G) La vigilancia médica y Dudas específicas.</p> <p>Cierre y conclusiones</p>	Conferencia por parte de la Dra. Martha Echeverry Ginecóloga	Los solicitados por el especialista

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
Día 6 Asistencia en pareja.	Reflexionar acerca de lo satisfactorio y lo no-satisfactorio del "estar embarazada".	<p><u>INFLUENCIA DEL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE EN EL BEBÉ</u></p> <p>A) Percepción de la nueva imagen corporal</p> <p>B) Estado emocional de la madre</p> <p>C) La comunicación con la pareja Las relaciones sexuales durante el embarazo.</p> <p>E) El deseo del hijo.</p> <p>Cierre y conclusiones.</p>	<p>Presentación del Tema</p> <p>Inducción al tema: Proyectar la imagen de una mujer embarazada en una etapa avanzada</p> <p>Estress, dificultades económicas, problemas con la pareja, dificultades con la familia, volubilidad incontrolable, el trabajo...</p> <p>Señalar la importancia de una efectiva comunicación en la pareja.</p> <p>¿Por qué y para qué deseo tener un hijo?</p> <p>Reflexión: El derecho de nacer deseado</p>	<p>Transparencias y proyector</p> <p>Imágen de mujer embarazada</p> <p>Pintarron y marcadores</p> <p>Documento técnico: Las relaciones sexuales durante el embarazo.</p>

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
Día 7 Asistencia: en pareja	Identificar diversas acciones que pueden favorecer el desarrollo prenatal y postnatal del hijo.	<p style="text-align: center;"><u>CONDICIONES MEDIO-AMBIENTALES Y AFECTIVAS DE LA FAMILIA PARA RECIBIR AL NUEVO BEBÉ</u></p> A) La espera en pareja B) Expectativas para con el bebé en camino. C) El espacio psicológico para el nuevo miembro de la familia D) El papel del padre en el desarrollo gestacional E) Preparación de la familia para recibir al nuevo miembro. Cierre y conclusiones	Inducción al tema: "Estamos embarazados....!" Lectura de la carta para el bebé La preparación del espacio físico para el bebé como un reflejo de la preparación del espacio psicológico. Video: La empatía del hombre ante el embarazo de su mujer. Cambios en la vida de la madre del padre y de la relación entre ellos ante la presencia del hijo.	Fotografía "Hombres con panzas" *Y de los hermanos si ya los hay.

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
<p>Día 8</p> <p>Asistencia: en pareja</p>	<p>Conocer el proceso de evolución del parto</p>	<p><u>EL PARTO</u></p> <p>A) Los primero síntomas</p> <p>B) Clínica del dolor *La percepción subjetiva del dolor de cada persona</p> <p>C) El parto: El periodo de dilatación, la expulsión. *La importancia de la presencia de la pareja en este momento.</p> <p>D) El alumbramiento Cierre y conclusiones.</p>	<p>Presentación del Tema</p> <p>Proyección de documental La angustia del inicio del final del embarazo</p> <p>Inducción al tema: " ...pariras a tus hijos con dolor...!" Temores y fantasías alrededor de los dolores del parto.</p> <p>Proyección de documental: "El parto"</p> <p>Caso clínico: Los Tchambuli</p> <p>Reflexión:</p>	<p>Transparencias y proyector</p> <p>Televisión y video Documento Técnico: Trabajo de parto falso y trabajo de parto verdadero.</p> <p>Proyección de la pintura: "el grito"</p> <p>Televisión y video Documento Técnico: Manejo para un parto normal a término. Inst. Nac. De Perinatología</p>

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
Día 9 Asistencia: en pareja	Conocer las vicisitudes del proceso de evolución del parto y la recuperación materna.	<p style="text-align: center;"><u>POSIBLES COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO Y LA RECUPERACIÓN</u></p> <p>A) Cuando sobrevienen complicaciones</p> <p>B) Métodos de extracción: 1) la cesárea, 2) la utilización de fórceps</p> <p>C) La recuperación materna: 1) Puerperio, las molestias post-parto 2) La depresión post-parto</p> <p>Cierre y conclusiones</p>	Presentación del tema Inducción al tema: ¿Qué te han dicho, qué sabes y qué temas que a ti te ocurra al presentarse una complicación? 1 Proyección de documental: "El procedimiento de una cesárea" Comentarios del grupo. Inducción al tema: "La cuarentena de la abuela..." *El duelo por la "partida" del hijo	Marcadores y Rotafolio Documento Técnico: Signos y señales de alarma durante el embarazo y parto. Televisión y video Documento Técnico: Cuidados y signos de alarma durante el puerperio.

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
<p>Día 10</p> <p>Asistencia con las abuelas.</p>	<p>Favorecer la identificación de la mujer embarazada con las conductas de maternaje de su propia madre.</p>	<p><u>CONSEJOS DE MAMÁ PARA SER MADRE</u></p> <p>A) La experiencia de los embarazos de la madre de la mujer embarazada.</p> <p>B) Los cuidados durante el transcurso del embarazo recomendados por mamá</p> <p>C) El cuidado del recién nacido según la abuela</p> <p>D) La función de la madre y la función de la abuela en el cuidado del recién nacido.</p> <p>Cierre y conclusiones</p>	<p>Inducir al tema:</p> <p>La vivencia de las abuelas de sus propios embarazos y el embarazo de la hija que ahora será madre.</p> <p>Consejos de mamá</p> <p>Vivencia del maternaje de la madre de la mujer embarazada</p> <p>*Diferenciación de la actitud de la abuela con los bebés-hijos y con los bebés-nietos. *Ubicación de la autoridad.</p>	<p>Video-cámara y equipo</p>

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
<p>Día 11</p> <p>Asistencia en pareja</p>	<p>Reconocer la importancia de la relación inicial de la madre con su bebé</p>	<p><u>LA RELACIÓN INICIAL DE LA MADRE CON SU HIJO</u></p> <p>A) Las primeras necesidades del niño.</p> <p>B) La identificación del niño con la madre.</p> <p>C) La función materna en las primeras etapas de la vida del niño.</p> <p>D) Efectos psico-físicos que aparecen en los primeros meses de vida del niño ante una relación deteriorada con la madre.</p> <p>Cierre y conclusiones</p>	<p>Inducción al tema:</p> <p>*Del bebé imaginario al bebé real...</p> <p>* El bebé es como lo imaginaba? * O me ha decepcionado...</p> <p>¿Qué es el maternaje? Además de la supervivencia, de qué le sirve al bebé un maternaje "suficientemente bueno"</p> <p>Video documental "El arrullo materno" Comentarios...</p>	<p>Documento Técnico:</p> <p>T.v. Video</p>

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
Día 12 Asistencia en pareja.	Adquirir los conocimientos básicos para la atención del recién nacido Y aclarar dudas con el especialista	<p><u>CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO</u></p> <p>A) Alimentación y lactancia materna</p> <p>B) Deshechos orgánicos</p> <p>C) Los cuidados básicos de la piel del bebé: el baño y la ropita para el bebé</p> <p>D) Condiciones medio-ambientales adecuadas para el recién nacido.</p> <p>E) El nuevo bebé como una "trampa comercial"</p> <p>F) Canastilla básica y Aclaración de dudas por parte del especialista.</p> <p>G) Vacunas y Control pediátrico.</p> <p>Cierre y conclusiones</p>	<p>Conversación con la Dra. Neonatóloga</p>	<p>Los solicitados por el especialista.</p>

* Importancia de auxiliarse del especialista.

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TÉCNICOS	RECURSOS MATERIALES
<p>Día 13</p> <p>Asistencia en pareja.</p>	<p>Identificar los factores que favorecen un adecuado desarrollo de la personalidad en las primeras etapas.</p>	<p><u>FASES DEL DESARROLLO SOCIO-AFECTIVO Y SUS PRINCIPALES LOGROS</u></p> <p>A) El autismo normal</p> <p>B) La fase simbiótica</p> <p>C) La separación-individuación</p> <p>Cierre y conclusiones</p>	<p>Proyectar video</p> <p>El desarrollo normal</p> <p>Inducción al tema:</p> <p>En base a la observación que se tenga de bebés y con apoyos visuales...</p> <p>¿Cómo es un bebé...</p> <p>¿qué pasa con el bebé cuando...</p> <p>¿qué percibe, que entiende, qué desea....</p> <p>¿Cómo cuidar el desarrollo del bebé?</p>	<p>T.V. , Video</p> <p>Proyector</p> <p>*Fotografía de bebé recién nacido.</p> <p>*Fotografía de madre amamantando a su bebé</p> <p>*Fotografía de bebé aprendiendo a caminar</p> <p>Documento Técnico: Tablas del desarrollo normal para niños de los 0-2 años.</p>

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
Día 14 Asistencia en pareja.	Dar a conocer la importancia de la estimulación temprana.	<p><u>LA ESTIMULACIÓN TEMPRANA, SUS OBJETIVOS Y RESULTADOS</u></p> <p>A) La estimulación temprana</p> <ul style="list-style-type: none"> * Áreas que se trabajan * La metodología * Las rutinas * Los materiales * Objetivos y resultados <p>B) El juego con el bebé</p>	<p>Programa de Estimulación Temprana</p> <p style="text-align: center;">1</p> <p>Inducción al tema: * Lo que ocurre en el juego entre una mamá o un papá y su bebé.</p>	<p>Documento Técnico: Los Pros y los contras de la Estimulación Temprana. * Juguetes</p> <p>Documento Técnico: Cómo jugar con tu hijo.</p>
		Cierre y conclusiones		

TIEMPO	OBJETIVO	TEMA	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS MATERIALES
<p>Día 15</p> <p>Asistencia en pareja 1º Tiempo</p> <p>Asistencia en fam. 2º Tiempo</p>	<p>Compartir vivencialmente la experiencia recorrida durante el curso-taller.</p>	<p><u>EVALUACIÓN DEL PROCESO GRUPAL</u></p> <p>A) Planteamiento de opiniones acerca del desarrollo y logro de objetivos</p> <p>B) Propuestas para la optimización del curso.</p> <p>C) Cierre y conclusiones del curso en general.</p> <p>D) Convivencia Baby Shower.</p>	<p>Resumen de lo acontecido en el grupo sesión por sesión:</p> <p>*Qué me llevo?</p> <p>*Qué me hizo pensar el contenido de sesión...?</p> <p>*Cómo me sentí cuando trabajamos tal tema?</p> <p>Lo que más me gustó y lo que me hubiera gustado.</p>	<p>Cartas para el bebé de la familia.</p>

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-Gayou J., Juan Luis. (2003) *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos metodología*. México: Paidós.
2. Anthony, E. James y Benedek, Therese (Compiladores). (1983) *Parentalidad*. Primera edición. España: Amorrortu.
3. Anthony, E. James. (1983) *Influencia sobre el hijo de una psicosis de la madre*. En Anthony, E. James y Benedek, Therese (Compiladores). *Parentalidad* Primera edición. España: Amorrortu.
4. Anzieu, Didier. (1998) *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal*. Cuarta edición. España: Biblioteca Nueva.
5. Arnaldo, Lourdes. (1994) *El vínculo materno-infantil*. En Vives Rocabert, Juan y Lartigue Teresa. *Apego y Vínculo Materno Infantil*. Primera edición. Universidad de Guadalajara. México: Doble Luna Editores e Impresores.
6. Bar Din, A. (1989) *La madre deprimida y el niño*. Primera edición. México: Siglo XXI.
7. Bauleo, Armando. (1983) *Propuesta grupal*. Primera edición. México: Plaza y Valdez.
8. Bellak, Leopold y Small, Leonard. (1990) *Psicoterapia breve y de emergencia*. Sexta reimpresión. México: Pax.
9. Bleger, José. (1966) *Psicohigiene y psicología institucional*. Primera edición. Buenos Aires: Paidós.
10. Bleger, José. (1997) *Simbiosis y ambigüedad*. Sexta reimpresión. Argentina: Paidós.
11. Benedek, Therese. (1983) *La psicobiología del embarazo*. En Anthony, E. James y Benedek, Therese (Compiladores). *Parentalidad*. Primera edición. España: Amorrortu.
12. Bion, W. R. (1991) *Experiencias en grupos*. Primera reimpresión. México: Paidós.
13. Bleichmar, N y Leiberman de Bleichmar, C. (1992) *El psicoanálisis después de Freud*. México: Eleia Editores.
14. Bowlby, John. (1995) *Apego*. En Lebovici, Serge y Halpern, Françoise (compiladores). *La psicopatología del bebé*. México: Siglo XXI.
15. Córdova, Armando; Vives, Juan; Lartigue, Teresa. (1994) *Apego y Vínculo*. En Vives Rocabert, Juan; Lartigue Teresa. *Apego y vínculo materno-infantil*. Primera edición. Universidad de Guadalajara. México: Doble Luna Editores e Impresores.
16. Coria, Clara. (1991) *El sexo oculto del dinero*. Formas de la dependencia femenina. Primera edición. España: Paidós.
17. Dellarossa, Alejo. (1979) *Grupos de reflexión*. Primera edición. Buenos Aires: Paidós.
18. Díaz Portillo, Isabel. (1998) *Técnica de la Entrevista Psicodinámica*. Cuarta reimpresión. México: Pax.

19. Doherty, Patricia y Enders, Pamela (1995), *Mujeres en psicoterapia de grupo*. En Alonso, Anne y Swiller, Hillel. Psicoterapia de grupo en la práctica clínica. Primera edición. México: Manual Moderno.
20. Dolto, Françoise. (2000) *Lo femenino*. Artículos y conferencias. Edición traducida. España: Paidós.
21. Dupont, Marco Antonio y Jinich, Adela. (1993) *Psicoterapia grupal para niños*. Primera edición. México: Universidad de Guadalajara y Asociación Psicoanalítica Jalisciense.
22. Estrada Inda, Lauro. (1991) *El Ciclo Vital de la Familia*. Novena Edición. México: Posada.
23. Estrada Inda, Lauro. (1990) *La teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto: del individuo a la familia*. Primera impresión. México: Hispánicas.
24. Erickson, Erik. (1950) *Infancia y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
25. Feder, Luis. (1994) *El Edipo en los mitos latinoamericanos, más algunos Mitos y realidades sobre Latinoamérica*. Modificaciones al trabajo presentado en el XV Congreso Psicoanalítico de América Latina, Buenos Aires, Argentina.
26. Fernández, Ana María. (1999) *El campo grupal. Notas para una genealogía*. Primera impresión. Buenos Aires: Nueva Visión.
27. Flick, Uwe. (2004) *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
28. Foncerrada, Miguel. (2005) Apuntes de la materia de Desarrollo Infantil de la Maestría de Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia. Universidad Vasco de Quiroga. Plantel León. México.
29. Freud, Sigmund. (1912) *Concejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Obras completas, Tomo XII. España: Amorrortu.
30. Freud, Sigmund. (1937) *Análisis terminable e interminable*. Obras completas, Tomo XXIII. España: Amorrortu.
31. González Chagoyán, José Luis. (1988) *Psicoanálisis y grupos*. Primera edición. México: Pax.
32. Giovacchini, Peter L. (1970) *Aspectos adaptativos y desquiciadores de las primeras relaciones de objeto y su influjo sobre el posterior comportamiento como progenitor*. En Anthony, E. James y Benedek, Therese (Compiladores). Parentalidad. Primera edición. España: Amorrortu.
33. Grinberg, León; Langer, Marie; Rodríguez, Emilio. (1977) *Psicoterapia del grupo, su enfoque psicoanalítico*. Primera impresión. Buenos Aires: Paidós.
34. Grinberg, León; Sor, Darío; Tabak de Bianchedi, Elizabeth (1976) *Introducción a las ideas de Bion*. Primera impresión. Buenos Aires: Nueva Visión.
35. Grotjahn, Martín. (1979) *El arte y la técnica de la terapia grupal analítica*. Primera edición. Argentina: Paidós.
36. Guzmán, Manuel. (1996) *Multiplicidad de factores para la coordinación de un grupo de psicoterapia en una comunidad terapéutica*. Tesis para obtener el grado de Analista de grupos. AMPAG. México.
37. Guzmán, Manuel. (2005) *Notas de supervisión*.
38. Instituto Nacional de Perinatología (2001) *Manual para Educadores en Salud Perinatal*. Primera Edición. México: Trillas.
39. Jessner, Lucie; Weigert, Edith; Foy, James L. (1970) *El desarrollo de las actitudes parentales durante el embarazo*. En Anthony, E. James y Benedek, Therese (Compiladores). Parentalidad. Primera edición. España: Amorrortu.

40. Kreisler (1995) *Psicopatología*. En Lebovici, Serge y Halpern, Françoise (compiladores). La psicopatología del bebé. México: Siglo XXI.
41. Langer, Marie. (1992) *Maternidad y Sexo*. Edición Actualizada. México: Paidós.
42. Laplanche, Jean y Pontalis, Jean-Bertrand. (1994) *Diccionario de psicoanálisis*. Segunda edición. Colombia: Labor.
43. Lartigue, Teresa. (1991) *Madres Adolescentes. Análisis de la Interacción Materno Infantil*. En Cuadernos de Psicoanálisis. N° 1 y 2 Enero-Junio México: Plaza y Valdes.
44. Lartigue, Teresa (1994). *Guía de observación del vínculo materno-infantil durante el primer año de vida*. Manuales de práctica profesional, Departamento de psicología. Universidad Iberoamericana. México.
45. Lebovici, Serge y Halpern, Françoise (compiladores). (1995) *Psicopatología del bebé*. México: Siglo XXI.
46. López ,Manuel Isaías y León de López, Norma Alicia. (1992) *La gestación y el parto psicológicos del infante*. En Cuadernos de Psicoanálisis N° 1 y 2 Enero-Junio. México: Plaza y Valdes.
47. López Manuel Isaías y León de López Norma Alicia (1990). *La gestación y el parto psicológicos del infante*. En Estrada Inda Lauro y Salinas Fernández J. Luis. Teoría Psicoanalítica de las relaciones de objeto: del individuo a la familia. Primera impresión. México: Hispánicas.
48. López Ortiz, A.D.; Ortigosa, E.; Damaso, M.; Padilla, P.; Carrasco, M. (2001) *Manual para Educadores en Salud Perinatal*. Primera Edición. México: Trillas.
49. López Ortiz, Rocío. (2001) *Mitos y creencias durante el embarazo*. En Manual para educadores en salud perinatal. Instituto nacional de perinatología. México: Trillas.
50. Maldonado-Durán, J. Martín y Feintuch, Margot (2001). *Intervención con mujeres embarazadas*. En revista Perinatología y Reproducción Humana, Vol. 15 No. 1, enero-marzo. México.
51. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. DSM-IV (1998) Tercera Reimpresión. México: Masson.
52. O'Donnell, Pacho. (1977) *La teoría de la transferencia en psicoterapia grupal*. Primera impresión. Buenos Aires: Nueva Visión.
53. Olmsted, Michael S. (1992) *El pequeño grupo*. Primera impresión. México: Paidós.
54. Páez Lugo, Juan Carlos. (2004) *2002-2004 El compromiso sigue vigente. Cuarto informe de gobierno del Lic. Juan Carlos Romero Hicks, Gobernador constitucional*. En revista El congreso. Vol. XVII, núm. 8. México: Cuarta época.
55. Pernoud, L. (1989) *Espero a un hijo*. Versión actualizada. Argentina: Vergara.
56. Pichón-Riviére, Enrique. (1978) *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*. Cuarta edición. Buenos Aires: Nueva Visión.
57. Pichón-Riviére, Enrique. (2002) *Teoría del vínculo*. 22ª. Edición. Buenos Aires: Nueva Visión.
58. Rascovsky, A. (1960) *El Psiquismo Fetal*. Primera edición. Buenos Aires: Paidós.
59. Rascovsky, A. y M.; Aray, J.; Kalina, E.; Kizer, M.; Szpika, J. (1971) *Niveles Profundos del Psiquismo*. Primera edición. Buenos Aires: Sudamericana.
60. Ruiz Medrano, Carmiña (2004) *Propuesta de un modelo de intervención primaria a grupos de diadas madres primigestas-bebés*. Tesis para obtener el grado

- académico de Maestría Psicoterapia Psicoanalítica de la infancia y la Adolescencia. Universidad Vasco de Quiroga. México.
61. Salles, Marcelo. (2001) *Manual de terapias psicoanalíticas en niños y adolescentes*. Primera edición. México: Plaza y Valdes Editores.
62. Secretaría de Salud (2002) *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Gobierno Federal
63. Solís-Ponton, Leticia. (2004) *La parentalidad. Desafío para el tercer milenio. Un homenaje internacional a Serge Lebovici*. Primera edición. México: Manual Moderno.
64. Sperling, Melitta. *Efectos clínicos que produce sobre el hijo una neurosis del progenitor*. En Anthony, E. James y Benedek, Therese (Compiladores). Parentalidad. Primera edición. España: Amorrortu.
65. Speier, Anny; Schiff de scheimberg, Rosa; Boschetto, Hebe. (1977) *Psicoterapia de grupo en la adolescencia. Un enfoque basado en la expresión personal y simbólica*. Primera edición. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
66. Spitz, René A. (1983) *El efecto de los trastornos de personalidad de la madre sobre el bienestar de su bebé*. En Anthony, E. James y Benedek, Therese (Compiladores). Parentalidad. Primera edición. España: Amorrortu.
67. Soulé Michel, Noël Janine y Frichtet Anne. (1995) En Lebovici, Serge y Halpern, Françoise (compiladores). *Psicopatología del bebé*. México: Siglo XXI.
68. Trabajos pertenecientes al V Seminario del Programa Institucional de Investigación en Ciencia y Tecnología, Organizado por la Universidad Iberoamericana, La Asociación Psicoanalítica Mexicana y el Instituto Nacional de Perinatología (1991) Cuadernos de Psicoanálisis N° 3 y 4 Julio-Diciembre. México: Plaza y Valdes:
- Pines, D. *Uso inconsciente del cuerpo en la mujer*.
 - López, D. Wolmuth, R. *Imagen corporal, identidad sexual y conflictos edípicos en mujeres deseosas de embarazarse*.
 - Vives, J. Lartigue, T. *Interjuego de las identificaciones durante la primer gestación*.
 - Vives, Lartigue, Arnaldo, López-Duplan, Padrón, Zapata. *Vicisitudes en la estructuración del vínculo materno-infantil durante la gestación*.
69. Vida y Familia, A. C. VIFAC (2005) Información institucional en página de Internet. www.vifac.org.mx
70. Vives Rocabert, Juan; Lartigue Teresa. (1994) *Apego y vínculo materno-infantil*. Primera Edición. Universidad de Guadalajara. México: Doble Luna Editores e Impresores.
71. Vives, Juan y Lartigue, Teresa (1994). *Manual de psicoterapia breve durante el embarazo y la lactancia*. Manuales de práctica profesional, Departamento de psicología. Universidad Iberoamericana. México.
72. Vives, Juan y Lartigue, Teresa (1994). *Guía para la detección de alteraciones en la formación del vínculo materno-infantil*. Manuales de práctica profesional, Departamento de psicología. Universidad Iberoamericana. México.
73. Wright, E. (1987) *Parto Psicoprofiláctico*. Décima Reimpresión. México: Pax.
74. Winnicott, Donald W. (1958) *Pediatría y psicoanálisis*. México: Paidós.