



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018.

AUTORES:

Oquendo Véliz, Sara Marina.

Plata Parada, Ana María.

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TUTOR:

Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs.

Guayaquil, Ecuador

20 de febrero del 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Oquendo Véliz, Sara Marina** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR

f. _____

Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Galarza Colamarco, Alexandra, Mgs.

Guayaquil, a los 20 del mes de febrero del año 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Plata Parada, Ana María** como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**.

TUTOR

f. _____

Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs.

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Galarza Colamarco, Alexandra, Mgs.

Guayaquil, a los 20 del mes de febrero del año 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Oquendo Véliz, Sara Marina

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 20 del mes de Febrero del año 2018

LA AUTORA

f. _____

Oquendo Véliz, Sara Marina



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Plata Parada, Ana María

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 20 del mes de febrero del año 2018

LA AUTORA

f. _____

Plata Parada, Ana María.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, Oquendo Véliz, Sara Marina

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 del mes de febrero del año 2018.

LA AUTORA:

f. _____

Oquendo Véliz, Sara Marina.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Yo, Plata Parada, Ana María

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 del mes de febrero del año 2018.

LA AUTORA:

f. _____

Plata Parada, Ana María.

INFORME DE URKUND

URKUND	
Documento	Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron n atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur.docx (D35458184)
Presentado	2018-02-08 17:03 (-05:00)
Presentado por	francisco martinez (psic.martinez@hotmail.com)
Recibido	francisco.martinez.ucsg@analysis.arkund.com
Mensaje	Sara Oquendo Veliz-Ana María Plata Parada Mostrar el mensaje completo 0% de estas 57 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

TEMA: Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018.

ESTUDIANTES:

Oquendo Véliz Sara Marina

Plata Parada Ana María

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

FECHA: 20 de febrero 2018

INFORME ELABORADO POR:

Psic. Cl. Francisco Martínez Zea, Mgs.

AGRADECIMIENTO

A Jehová en primer lugar, por cada bendición, por darme la fuerza y la sabiduría para acabar este proyecto. Gracias por poner en mi camino personas maravillosas que me acompañaron durante este camino y que sin ellos hubiera sido imposible.

A mis padres por confiar y creer en mi cada día, sobretodo por apoyarme en cada decisión que tomo. Gracias por impulsarme a ser siempre una mejor persona en todos los aspectos posibles. Por enseñarme a través del ejemplo lo que es la dedicación, la pasión y el amor por su trabajo.

A mis hermanas Romi, Dome y a mi bebé Pepita por siempre estar cuando las necesito, por alegrar mis días y acompañarme en mis noches de desvelo.

A mis mejores amigas Bitá y Pao que se preocuparon conmigo por este proyecto como si fuera el de ellas, por revisarlo, leerlo y darme los mejores consejos en momentos de angustia.

A mi maestro el Psic. Cl. Francisco Martínez, por acompañarnos durante todo este proceso, ayudarnos a crecer e impulsarnos siempre a dar lo mejor de nosotras. Por compartir con nosotras su conocimiento y hacer de este proyecto una experiencia maravillosa.

A mi compañera de proyecto y amiga Ana María Plata, por confiar en mi, por escucharme, inspirarme a mejorar como profesional y ayudarme a crecer como persona.

- Oquendo Véliz Sara Marina

AGRADECIMIENTO

El encuentro con Dios me ha llevado por sendas de reconocimiento interior que han dibujado bocetos llenos de aceptación, párrafos de discernimiento y capítulos como este, de alegría y satisfacción.

A mis padres Julio y Adriana el soporte de mi vida, la luz en mis días grises y oscuros, el amor desinteresado, los brazos que me impulsan y me contienen, el aliento de mi corazón, la fidelidad y la connotación del verdadero amor.

A mis hermanos Camila, Oscar y Diana por la complicidad, las risas, el aliento, la fraternidad, son el algodón dulce de mi vida.

A Dani, Pame, Paz y Daniela por mirar más allá de lo evidente, por reconocer en mí cualidades que no sabía que tenía y animarme a ser mejor cada día, su amistad me ha hecho tanto bien.

A mi maestro el Psic. Cl. Francisco Martínez, gracias por acompañarnos y guiarnos en este viaje donde gestamos un trabajo que manifiesta la constancia, dedicación y trabajo en equipo. ¡Que el deseo de saber nunca acabe!

Y finalmente a mi compañera de tesis, Sarita, por tu trabajo arduo y constante, por compartir tus miedos y sobreponerte a ellos, para finalmente compartir la misma ilusión, colega ¡gracias por tu amistad!

-Plata Parada Ana María

DEDICATORIA

A Jehová por todas sus bendiciones.

A mi papi por siempre darnos la mejor educación posible, por enseñarnos que todo lo podemos conseguir con trabajo duro. Por ser el hombre más trabajador que conozco, por enseñarme a ser humilde y a entender que se debe apreciar más la calidad que la cantidad del tiempo.

A mi mami por estar toda su vida para mi, por inculcarme todos los valores y principios necesarios. Por su fortaleza, su amor y toda su paciencia. Eres mi inspiración y motor de vida.

A mi mami Chabela, por ser la mujer más luchadora que conoceré en la vida. Por ser la luz que guiaba el camino de todos nosotros y el amor infinito que nos dio hasta el final.

-Oquendo Véliz Sara Marina

DEDICATORIA

Quiero dedicar mi trabajo a Dios, a los azares del destino que pusieron en mi camino a dos grandes seres humanos que me han llevado de la mano desde mis primeros pasos hasta hoy, mi primer logro profesional.

¡Que bendicion tenerlos en mi vida!

Papá, Mamá

Los amo

-Plata Parada Ana María



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Psic. Cl. Alexandra Patricia Galarza Colamarco, Mgs.

DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Rosa Irene Gómez Aguayo Mgs.

COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

Psic. Cl. Carolina Peñafiel Torres, Mgs.

OPONENTE

ÍNDICE

RESUMEN	XVI
ABSTRACT	XVII
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN.....	3
CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN.....	4
Misión.....	5
Visión.....	6
Valores.....	6
OBJETO.....	8
OBJETIVOS DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN.....	10
Objetivo General:	10
Objetivos Específicos:.....	10
EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN.....	11
MARCO TEÓRICO	12
CAPÍTULO I: Enfoque médico	12
Embarazo y proceso de gestación	12
Adolescencia	13
Áreas donde se realizó la experiencia de sistematización dentro del Hospital General Guasmo Sur	14
CAPÍTULO II: Enfoque psicológico	28
Pubertad y adolescencia en psicoanálisis.....	28
Contexto histórico y socio-cultural de la pubertad y adolescencia en la experiencia	28
La maternidad como fenómeno de identificación histérica.....	35
Posiciones parentales que incidieron en la subjetividad de las adolescentes.....	44
El Goce.....	49
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	54
Método	54
Tipo de investigación	54
Población.....	55
Instrumentos	55
Entrevistas	55

Observaciones	56
Recursos	56
MOMENTOS DEL PROCESO METODOLÓGICO EN LA SISTEMATIZACIÓN	58
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS CASOS CLÍNICOS	59
CASO “Pamela”	59
CASO “Daniela”	62
CASO “Mercedes”	65
ANÁLISIS DE ENTREVISTAS.....	69
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS.....	79
Entrevista realizada a ginecólogo.....	79
Entrevista realizada a especialista en Psicología Perinatal.....	84

RESUMEN

El presente trabajo de titulación tiene como objetivo analizar las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur. El método aplicado en nuestra sistematización fue el cualitativo debido a que por medio de las entrevistas y observaciones realizadas se pudo obtener la información necesaria para la realización del mismo. Se presentaron tres casos clínicos que sostienen el marco teórico de la sistematización.

Los resultados obtenidos evidencian varios factores que inciden en el embarazo adolescente, como fenómeno de identificación histérica, funciones parentales endebles o ausentes, por último como un goce que se identifica en la repetición de este síntoma en la historia familiar

Palabras Clave: Impacto subjetivo, maternidad, adolescencia, proceso de gestación, goce, funciones parentales.

ABSTRACT

The following work aims to analyze the multiple causes that impacts the subjectivity in the teenagers from 14 to 19 years old that were treated during their pregnancy and postpartum period in the Hospital General Guasmo Sur. Through observations and interviews, as a qualitative method, the current work was able to obtain the needed information for the development of the systematization.

The results obtained, indicate multiple factors that impact in the adolescents' pregnancy as a phenomenon of hysterical identification, weak or absent parental functions and finally as a joy that is identified in the repetition of this symptom in the family history.

Key words: Subjective impact, maternity, adolescence, gestation process, joy, parental functions.

INTRODUCCIÓN

Las prácticas pre-profesionales fueron desarrolladas en el Hospital General Guasmo Sur, el interés académico convocó a realizar una sistematización en el recinto hospitalario, por esta razón en un primer momento se hablará de dicha institución, su misión, visión y valores, todo lo relacionado al ámbito hospitalario y al contexto de las prácticas realizadas.

El embarazo y la adolescencia son dos procesos enigmáticos para cualquier mujer, con los cuales se trabajó durante las prácticas clínicas. El proceso de gestación es un proceso biológico que conlleva cambios físicos y psicológicos en la mujer. Por otro lado la adolescencia es una crisis en donde el sujeto tiene un encuentro con el real de la sexualidad. Que el proceso de gestación y adolescencia se encuentren en un mismo momento lógico conlleva un impacto subjetivo el cual para poder entenderlo hay que investigar acerca de los múltiples factores que pudieron influir en este.

Por esta razón en la primera parte del marco teórico hablaremos del proceso de gestación y adolescencia con una mirada médica que permitirá entender los procesos biológicos por los cuales pasa el sujeto durante estas etapas evolutivas. En un segundo momento se abordará desde la mirada psicoanalítica la adolescencia y pubertad, la maternidad como fenómeno de identificación histórica, además de la feminidad, las posiciones parentales que incidieron en la subjetividad de las madres adolescentes y por último el goce como fenómeno de repetición en la historia familiar.

En un tercer momento se hará una breve descripción de la metodología utilizada en la sistematización, los instrumentos, los recursos y población que se utilizaron para el correcto desarrollo del trabajo. Después se procederá a hacer la presentación de tres casos clínicos que ayudarán a sostener el marco teórico de referencia y posteriormente realizar las conclusiones de todo lo desarrollado a lo largo del trabajo de titulación, finalmente las recomendaciones pertinentes a las instituciones involucradas durante la experiencia.

JUSTIFICACIÓN

En el Ecuador el embarazo adolescente es uno de los problemas de salud pública más recurrentes a pesar de haber implementado en los últimos años múltiples campañas de prevención dirigidas a la sociedad, especialmente en zonas vulnerables y de estrato socio-económico bajo, las estadísticas siguen evidenciando la problemática en crecimiento. En el Ecuador, 2 de cada 10 partos son de adolescentes; 4 de cada 10 mujeres en nuestro país tuvieron su primer hijo en la adolescencia, siendo el Ecuador el país con mayor índice de embarazos adolescentes en la región andina. (INEC, 2010).

El Hospital General Guasmo Sur tiene pocos meses de apertura al público, el recinto hospitalario no cuenta con una investigación acerca del embarazo adolescente y sus implicaciones psicológicas. Además esta institución hospitalaria está ubicada en una zona de la ciudad de Guayaquil en la cual la mayoría de usuarios que acuden a este recinto hospitalario son de estrato socio-económico bajo, a consecuencia de esto se evidencia en gran cantidad madres adolescentes.

Esta problemática social atendida en las prácticas pre-profesionales nos convocó a investigar más de cerca el embarazo adolescente con una mirada psicoanalítica, es así que nace el deseo de querer entender esta problemática ofreciéndole al sujeto un espacio de escucha.

CONTEXTO DE LA SISTEMATIZACIÓN

Previo al inicio de las prácticas pre-profesionales surgió la idea de realizar en pareja el trabajo de titulación, debido a que se compartían los mismos intereses a nivel académico. Por esta razón solicitamos realizar las prácticas en la misma plaza, la institución hospitalaria designada para la realización de las mismas fue el Hospital General Guasmo Sur, ubicado en la Avenida Cacique Tomalá y Callejón Eloy Alfaro, Guayaquil 090112.

El Hospital General Guasmo Sur, fue inaugurado el 17 de enero del 2017 en la ciudad de Guayaquil. En esta fecha se realizó la entrega de 474 camas, siendo éste el hospital público más grande del país, construido durante la presidencia del Ec. Rafael Correa Delgado.

En su discurso inaugural el presidente Correa (2017) justificó la elección del lugar debido a que a pesar de la existencia y cercanía de los hospitales: Naval y Dr. Teodoro Maldonado Carbo, estos no brindaban atención a las personas no afiliadas que vivían en las zonas continuas. Mencionó además que en la obra se invirtieron cerca de 187,2 millones de dólares para beneficiar de esta manera a más de 81 mil habitantes del sector.

El hospital cuenta con Unidad de Especialidades Clínicas, Quirúrgicas y un área de Gestión de apoyo Diagnóstico y Terapéutico. Las mismas que se detallarán a continuación:

Unidad de Especialidades Clínicas.	Unidad de Especialidades Quirúrgicas.	Área de Gestión de apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
<ul style="list-style-type: none"> • Cardiología • Dermatología • Nefrología. • Gastroenterología • Medicina Interna. • Neurología. • Psiquiatría. • Hematología. • Pediatría. • Odontología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía General. • Cirugía plástica y reconstructiva. • Emergencia. • Esterilización. • Hospitalización de adultos. • Hospitalización y cirugía pediátrica. • Quirófano. • Unidad de cuidados intensivos. • Unidad de cuidados intensivos neonatología y pediatría. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro quirúrgico. • Imagenología. • Laboratorio: Clínico y patológico. • Medicina transfusional • Nutrición. • Rehabilitación y salud mental: Psiquiatría y Psicología. • Rehabilitación y terapia física. • Terapia física.

Tomado de: Hospital General Guasmo Sur (2017).

El Hospital General Guasmo Sur lleva desde su apertura 10 meses de funcionamiento, es una institución hospitalaria que tiene claro que la salud no es una mercancía sino un derecho, esto se evidencia en su misión, visión y valores institucionales que se detallarán a continuación:

Misión.

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

Visión.

Ser reconocidos por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

Valores.

- Respeto: Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.
- Inclusión: Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.
- Vocación de servicio: Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión.
- Integridad: Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento.
- Compromiso: Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.
- Justicia: Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.

Tomado de: Hospital General Guasmo Sur (2017)

El Hospital General Guasmo Sur, está en busca de la certificación de la normativa ESAMyN (Establecimiento de Salud Amigos de la Madre y del Niño). El Ministerio de Salud Pública (2017), señala en su sitio *web* que busca esta implementación “con el fin de disminuir la mortalidad, morbilidad materna y neonatal a través de: la atención adecuada a la gestante, el parto humanizado, y el apoyo, protección y fomento de la lactancia materna”.

Para que el Hospital General Guasmo Sur obtenga la certificación, anteriormente mencionada, es necesario un equipo de psicólogos en las áreas de Ginecología, CIN (Cuidados Intermedios Neonatales) y Obstetricia. Los objetivos del ESAMyN se presentaran a continuación:

1. Mejorar la calidad e integralidad de la atención pre-natal.
2. Promover el parto humanizado y la adecuada atención del recién nacido.
3. Mejorar la calidad de la atención de las emergencias obstétricas y neonatales.
4. Prevenir la transmisión vertical del VIH y sífilis.

5. Fomentar, apoyar y proteger la lactancia materna.

Tomado de: Ministerio de Salud Pública (2017)

Por esta razón la tutora asignada dentro de la institución, la Mgs. Karla Núñez especializada en Psicología Perinatal, junto con el jefe de docencia del recinto hospitalario, el Dr. Francisco Obando, realizaron un cronograma en el cual los practicantes de psicología clínica deberían de rotar por las áreas previamente mencionadas.

Es en este contexto que fuimos asignadas a rotar en el área de Obstetricia, donde realizamos acompañamiento durante el parto para contener la angustia durante este evento que puede llegar a ser traumático para ciertas madres. De igual forma se rotó en el área de Ginecología, donde realizamos acompañamiento psicológico durante el periodo de puerperio y charlas, fomentando la lactancia materna. Finalmente en el área de CIN (Cuidados Intermedios Neonatales), realizamos seguimiento y terapia psicológica a las madres durante la estancia hospitalaria de su bebé en sala.

OBJETO

Al momento de realizar las prácticas pre-profesionales dentro del Hospital General Guasmo Sur, como se mencionó anteriormente la institución trataba de certificarse bajo la normativa del ESAMyN (Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño). Por lo tanto se decidió ubicar a los practicantes de psicología clínica en las diferentes áreas previamente establecidas.

En el transcurso de las prácticas pre-profesionales se pudo evidenciar una cantidad considerable de gestantes adolescentes ingresando al recinto hospitalario en trabajo de parto o con alguna complicación durante su embarazo. El rango etario de las mujeres variaba entre los 15 a 40 años de edad, sin embargo la mayoría de ellas eran menores de 25 años. Durante la estancia hospitalaria de las madres la mayoría del tiempo se encuentran solas, por lo tanto se trata de brindar atención psicológica a la mayoría, aunque se prioriza a las menores de edad, dada su vulnerabilidad.

La angustia dentro del embarazo es algo que siempre está presente, así la madre ya no sea primigesta, esta angustia puede ser causada por factores sociales, biológicos, familiares o económicos, pero es importante que la madre pueda sobrellevarla para que tenga un embarazo saludable y se cree un vínculo madre-hijo que favorezca el apego temprano. Sin embargo cuando el embarazo se da en la adolescencia pueden existir muchas más variables que influyen en la estabilidad emocional y psicológica de la madre.

Se considera importante correlacionar los datos estadísticos recopilados por la prensa, los cuales refieren que los “últimos 10 años, el incremento de partos de adolescentes entre 10 y 14 años fue del 78% y en adolescentes entre 15 a 19 años del 11%”. (La hora, 2016), con las estadísticas del censo del año 2010 que registraron 122.301 madres adolescentes (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2013), para articularla con nuestra experiencia de las prácticas realizadas en el Hospital General Guasmo Sur. Es de esta manera que el objeto de estudio protagonista de nuestra sistematización son las adolescentes de 14 a 19 años de edad.

Otro grupo a considerar dentro de la presente sistematización fueron los familiares de las madres adolescentes. Se pudo observar cómo algunos de los padres de las pacientes, estaban interesados en la salud de sus hijas y se comprometían a intervenir como se los recomendaban los médicos y los profesionales de la salud mental. Sin embargo dentro de la información recopilada mediante las entrevistas psicológicas con éstas jóvenes, se pudo evidenciar como

ciertas dificultades parentales que presentaban en sus hogares, incidieron en su subjetividad y su situación de gestante.

Finalmente dentro de la sistematización es necesario tomar en cuenta a los profesionales del área de salud. Su atención brindada durante este periodo es de alta importancia debido a que contribuyen al aumento o disminución de la angustia en las jóvenes madres. Dentro de éste *staff* de profesionales se encuentran los pediatras, obstetras, licenciadas en enfermería, auxiliares en enfermería, ginecólogos, internos de obstetricia, doula y psicóloga perinatal. Ellos son capaces de evidenciar el desenvolvimiento de las madres con sus hijos, del cuidado y atención que tiene cada una de ellas durante el embarazo y la responsabilidad con la cual cada una se maneja.

OBJETIVOS DEL PROCESO DE SISTEMATIZACIÓN

Objetivo General:

Analizar las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio, mediante la recolección de los datos obtenidos durante la experiencia de las prácticas pre-profesionales en el Hospital General Guasmo Sur.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar la maternidad como un fenómeno de identificación histórica que incide en la subjetividad de las adolescentes atendidas, mediante los datos obtenidos en las entrevistas psicológicas y observaciones en el recinto hospitalario.
2. Determinar si las dificultades parentales inciden en la subjetividad de las adolescentes atendidas, mediante los datos obtenidos en las entrevistas psicológicas.
3. Identificar la existencia de un goce familiar como factor de incidencia en la subjetividad de las adolescentes atendidas, mediante los datos obtenidos en las entrevistas psicológicas de ellas y sus familiares.
4. Sintetizar la información relevante de cada variable que se consideró para cumplir con el análisis propuesto en la sistematización.

EJE DE LA SISTEMATIZACIÓN

El marco teórico de referencia que sustentará el siguiente trabajo estará dividido en dos partes. El primero tendrá un enfoque médico que permitirá entender el proceso de gestación, parto y periodo de puerperio, además de la importancia de la lactancia materna en el recién nacido y finalmente como la medicina concibe la adolescencia. La segunda parte tendrá una orientación psicoanalítica debido a la formación académica cursada a lo largo de los años aprobados en la Universidad. En este enfoque se analizará la maternidad en la adolescencia.

Las fuentes que se tomarán como sostén en la parte médica serán a la Organización Mundial de la Salud (OMS) además de otras fuentes médicas que hablen acerca del embarazo. En el enfoque psicoanalítico se citará a Freud, Lacan, entre otros autores que desde su visión psicoanalítica posibilitan el anudamiento para la correcta construcción del cuerpo del trabajo.

El método aplicado en la sistematización será de corte cualitativo, este permitirá analizar los diferentes resultados obtenidos de las entrevistas aplicadas a las madres adolescentes y familiares del Hospital General Guasmo Sur. Además es importante mencionar que se realizarán entrevistas semiestructuradas a profesionales externos y del propio hospital, con la finalidad de entender desde su orientación médica por qué procesos pasa una mujer durante su embarazo. La interpretación de dichos resultados servirá para enriquecer el marco teórico de referencia y darán sustento a los objetivos planteados en la sistematización.

El análisis y la interpretación de los resultados obtenidos, como anteriormente fue mencionado, serán a través de las entrevistas y observaciones, ya que por medio de dichas técnicas se obtendrá la información necesaria para comprender qué aspectos influyen en la subjetividad de las madres adolescentes.

Por último también serán tomados en cuenta los casos más relevantes atendidos por las practicantes en el hospital. Estos casos permitirán hacer énfasis al tema de nuestra sistematización, teniendo presente las intervenciones realizadas, por las practicantes, durante la experiencia y de cómo estas tuvieron incidencia en la subjetividad de las madres adolescentes.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: Enfoque médico

Dentro de esta primera parte del marco teórico de referencia elaboraremos el enfoque médico, desde el cual daremos a conocer las generalidades médicas de las áreas en donde se trabajó durante la experiencia clínica de las prácticas pre-profesionales, además de las afecciones más recurrentes que se presentan en las gestantes, madres y neonatos del Hospital General Guasmo Sur.

En este apartado explicaremos los términos embarazo, proceso de gestación y adolescencia, instancias que conllevan una serie de cambios físicos, hormonales y psicológicos. Estas etapas de la vida de una mujer son de vital importancia dentro de ésta sistematización debido a que nos permiten especificar de mejor forma el objeto de estudio a investigar. Por lo tanto, se iniciará esta sección definiendo estos conceptos desde el criterio médico.

Embarazo y proceso de gestación

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) este proceso de embarazo comienza a partir de la implantación del blastocisto a la pared del útero, lo cual sucede después de unos 6 días de la fecundación del óvulo, es en este momento que éste atraviesa el endometrio e invade el estroma. Este proceso de implantación acaba una vez que el epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, lo cual ocurre después de 12 a 16 días después de la fecundación. (Organización Mundial de la Salud, citado por Navas, Menéndez, Hidalgo, & Espert, 2012)

De acuerdo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU (2010) el embarazo consiste en aproximadamente 40 semanas, comenzando desde el primer día del último periodo menstrual. Este proceso de gestación se agrupa en 3 trimestres.

El primer trimestre comprende desde la semanas 1 a la 12, donde el cuerpo de la madre atraviesa muchos cambios hormonales. Dentro de este periodo el blastocito comienza a generar la hormona del embarazo GCH (Gonadotropina Coriónica Humana) y de esta manera también aumenta la producción de estrógeno y progesterona. Por otro lado el embrión crece rápidamente y se forman ciertos órganos como el cerebro, médula espinal, corazón, intestinos, entre otros. En estas primeras semanas a menudo las gestantes presentan síntomas como náuseas, malestares estomacales, mareos, cambios de humor, etc.

El segundo trimestre comienza en la semana 13 hasta la 28, dentro de este periodo tal vez desaparezcan los malestares o síntomas del embarazo, pero comienzan los cambios físicos, en el cual comienza a expandirse el abdomen de la gestante de acuerdo al crecimiento del bebé. Respecto al desarrollo del embrión, en esta etapa se generan los primeros movimientos fetales, el bebé puede oír, se siguen desarrollando más detalladamente sus órganos, sin embargo el sistema respiratorio no está listo para funcionar fuera del útero.

Finalmente el tercer trimestre que comprende de la semana 29 a la 40, en ésta etapa las gestantes suelen sentir agotamiento y dificultades para respirar. Mientras más se aproxima a las últimas semanas, el cuello uterino se vuelve más delgado y suave, en un proceso que se llama borramiento para facilitar el parto. Además en este periodo el bebé termina de desarrollarse y los órganos del mismo están listos para funcionar por su cuenta.

Adolescencia

Tomando como referencia a La Organización Mundial de la Salud, ésta define la adolescencia como:

El periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Este periodo de transición se caracteriza por cambios fisiológicos y biológicos que presentan los adolescentes desde los 10 hasta los 19 años. En esta etapa aparecen los caracteres sexuales secundarios, además se presentan cambios hormonales y el cuerpo comienza a producir estrógeno, progesterona y testosterona, generando una mayor cantidad de testosterona en los hombres y progesterona y estrógenos en las mujeres. Para el final de este proceso cada persona alcanza la madurez sexual a nivel biológico.

Este proceso para las niñas comienza cuando empieza el desarrollo de los senos, crece vello en el área púbica, en las axilas y piernas, las caderas se ensanchan, además se presenta la menarquía que es el primer periodo menstrual. Este periodo es muy importante, debido a que la mujer adquiere su capacidad reproductora, su cuerpo está todavía inmaduro pero es capaz

de atravesar un periodo de gestación. De acuerdo a una entrevista realizada al especialista en Ginecología Dr. Amalio Martínez Nieto (2017) el periodo ideal para concebir un hijo es en la década de los 20 a 30 años, sin embargo aclara que “esto no significa que si una chica se embaraza a los 18 o 19 años está mal, mientras más se aleja de esa década es que se pone delicado y se convierte en un embarazo de alto riesgo”.

Del lado masculino los niños comienzan a notar un crecimiento en el escroto, testículos y agrandamiento del pene. Al mismo tiempo existe un cambio en su tono de voz, un aumento de peso y estatura. Al igual que las mujeres los hombres experimentan cambios fisiológicos, no solo en los caracteres sexuales secundarios, sino que también se ensanchan los hombros y aumentan de tamaño las manos y pies. Además a nivel reproductivo tomando como referencia a la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU (2017) los hombres tienen un suceso que marca el inicio de la pubertad y su capacidad reproductiva, que son las emisiones nocturnas regulares.

Áreas donde se realizó la experiencia de sistematización dentro del Hospital General Guasmo Sur

Ginecología I y II

El área de Hospitalización de Ginecología se divide en dos: Ginecología I, en la cual están todas las mujeres que se encuentran en el periodo de puerperio. Cabe precisar que si el recién nacido se encuentra en buen estado de salud permanecerá en sala con la madre, por otra parte si el recién nacido nace con alguna anomalía congénita o problema médico, el neonato es trasladado al área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) o Cuidados Intermedios Neonatales (CIN) según la gravedad del paciente.

En el área de Ginecología II se encuentran todas las mujeres que presentan complicaciones durante su periodo de gestación, tales como: amenaza de parto prematuro, pre eclampsia, eclampsia, infección en las vías urinarias, diabetes gestacional, embarazo molar, epilepsia etc. Además se encuentran las mujeres que están en fase latente es decir en trabajo de parto, para posteriormente ser llevadas al Centro Obstétrico, donde su parto puede ser vaginal o cesárea.

Jerarquización del área de Ginecología I

El responsable del área de Ginecología I y II es el Dr. Galo Farfan Jaime. Actualmente el área de Ginecología I no cuenta con jefe de área, el médico que se encuentra de guardia es el responsable durante el turno correspondiente. Los profesionales que se encuentran en el área

de Ginecología I son: obstetras, ginecólogos, pediatras, enfermeros y auxiliares de enfermería. El *staff* médico se presentará a continuación:

Ginecólogos	Obstetras	Pediatras
Dra. Graciela Moran Moran	Obs. Nadia Malave Ayala.	Dra. Mercedes Saavedra.
Dr. Gustavo Arboleda Torres	Obs. Norma Quiñonez	Dr. Marcos Rivera
Dra. Zobeida Guzmán Lucero	Obs. Carmen Fajardo Burgos	Dra. Yamel Romero
Licenciados en Enfermería		
Auxiliar de Enfermería		

Jerarquización del área de Ginecología II

El jefe del área de Ginecología II es la Dr. Eulalia Tamayo Guerra que se encuentra todos los días de 8:00 am - 4:00 pm. Los profesionales que se encuentran en el área de Ginecología II son: ginecólogos, obstetras, enfermeros y auxiliares de enfermería. El *staff* médico se presentará a continuación:

Ginecólogos	Obstetras
Dra. Priscila Cabello Maques.	Obs. Nancy Olivo Mielles.
Dra. María Mina Martínez.	Obs. Nelly Gonzabay Clemen.
Dra. Ginger Macías Corral.	Obs. Irene Espinoza Hualca.
Licenciados en Enfermería	
Auxiliar de Enfermería	

Logística del área de Ginecología I y II

La logística y el funcionamiento del área de Ginecología I y II es la misma. Las dos salas tienen 10 habitaciones de la 201 hasta la 210. Cada una tiene cinco camas que se enumeran alfabéticamente A, B, C, D, E. Cuenta con un área de 5 habitaciones llamadas “aislados” para una sola persona. Cada cama cuenta con todos los equipos necesarios para administrar la medicación y cuenta con un dispositivo que tiene un botón rojo que pueden presionar cada vez que necesiten a alguien del personal médico. Además cada sala de Ginecología cuenta con una “bodega de materiales” en la cual se encuentra la medicación para las pacientes y los

pañales para los recién nacidos. La sala también cuenta con un consultorio llamado “cuidados neonatales” en el cual vacunan a todos los recién nacidos.

Los turnos de los profesionales son rotativos con una duración de 12 horas. El turno de los ginecólogos y obstetras se divide en dos: diurno y nocturno. El diurno comienza a las 7:00 am y finaliza a las 7:00 pm. El turno nocturno comienza a las 7:00 pm y finaliza a las 7:00 am. El turno de los licenciados en enfermería y auxiliares de enfermería igualmente son diurnos y nocturnos. El turno diurno comienza a las 7:30 am y finaliza 8:00 pm y el turno nocturno comienza a las 7:30 pm y finaliza a las 8:00 am. Los pediatras solo manejan un horario durante el día de 8:00 am – 4:00 pm. La sala cuenta con una estación de enfermería en la cual se encuentran los profesionales, es aquí donde ingresan al sistema “Módulo Órdenes” la información de cada paciente.

En Ginecología I, los ginecólogos, obstetras y pediatras pasan visita a todas las pacientes y recién nacidos que se encuentren en sala con la madre. En el caso de Ginecología I todas las pacientes que están hospitalizadas están en periodo de puerperio. Si la paciente parió por medio vaginal, la hospitalización es de 24 horas. Si la paciente fue intervenida quirúrgicamente es decir, cesárea la hospitalización es de 48 horas para suministrar medicación y monitorear estado de salud. El alta médica de las pacientes y sus hijos dependerá del diagnóstico del ginecólogo y del pediatra.

En Ginecología II, los ginecólogos y obstetras pasan visita igualmente en la mañana. Si la paciente muestra una mejoría clínica y el médico de cabecera considera que esta lista para retornar a casa, se prepara el alta médica. El área de Ginecología I y II maneja dos horarios para dar alta médica a las 12:00 pm y 3:00 pm. Los horarios de visita de los familiares es a las 1:00 pm.

Afecciones médicas recurrentes en las pacientes adolescentes durante la experiencia

Durante la práctica realizada en el área de Ginecología las afecciones más recurrentes en las gestantes adolescentes fueron la pre eclampsia, aborto y ruptura prematura de membranas, por esta razón se explicarán desde la mirada médica las siguientes afecciones.

- **Pre eclampsia**

La pre eclampsia es un trastorno que se presenta en el embarazo y se caracteriza por la elevación de la presión arterial durante el periodo de gestación. Lo cual puede traer

complicaciones para la madre y el bebé. El principal factor de riesgo que acarrea la elevación de la presión arterial durante el periodo de gestación es que ocurra un parto prematuro, es decir antes de la semana 37 de gestación, lo cual llevará a que el bebé nazca antes de haber terminado su crecimiento y desarrollo. Este trastorno es de etiología desconocida tal y como lo menciona los profesionales en la salud Luis Villanueva y Susana Collado (2007):

La pre eclampsia es un trastorno multisistémico de etiología desconocida, y representa una de las causas más importantes de morbilidad materna y perinatal en el mundo, afectando del 2 al 7% de los embarazos en nulíparas sanas. En países donde el control prenatal no es adecuado, la pre eclampsia-eclampsia explica el 40-80% de las muertes maternas, estimándose un total de 50,000 por año. (pág. 57)

En la entrevista realizada al Dr. Martínez (2017), éste habla acerca de las posibles causas de la pre eclampsia y menciona:

Parece que tiene mucho que ver con costumbres sobretodo alimenticias, nutricionales ya que todavía a nivel mundial no se encuentra la causa principal de la pre eclampsia, sin embargo se asocia con que se produzca un embarazo en los extremos de la vida, es decir en una mujer muy joven o en una señora después de los 35 años.

Durante la experiencia clínica realizada en el Hospital General Guasmo Sur, se evidenció un gran número de madres adolescentes con este trastorno. La entrevista con el profesional, anteriormente mencionado, nos permitió confirmar algunas hipótesis que teníamos acerca de este trastorno debido a que fue recurrente esta afección en madres adolescente con muchos factores de riesgo como por ejemplo: ausencia de apoyo de la pareja sentimental, ausencia de padres de familia, problemas económicos, etc. Se asociaba el estado emocional de las gestantes con la elevación de la presión arterial en el tercer trimestre por esta razón se le preguntó al profesional si el estado emocional de la paciente influye en su proceso de gestación, a lo cual el Dr. Martínez (2017) menciona:

En mi experiencia profesional le comento que cuando las madres adolescentes reciben apoyo y se encuentra bien emocionalmente pese a que la población adolescente es las más predispuesta a la pre eclampsia y eclampsia estas mujeres tan jóvenes no suelen presentar fácilmente estas complicaciones lo que demuestra que el apoyo que reciban en el periodo de gestación es muy importante para redimir complicaciones.

El diagnóstico de la pre eclampsia es un síndrome que se presenta generalmente después de la semana 20 de gestación. Se diagnostica por hipertensión, como lo mencionan Villanueva Egan y Collado Peña (2007) “La hipertensión se determina por cifras de presión arterial iguales o mayores de 140/90 mmHg en al menos dos ocasiones y con un intervalo entre mediciones de 4-6 h en mujeres que se conocían normotensas”

Los factores que aumentan el riesgo de desarrollar pre eclampsia son enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, anemia o tener familiares hipertensos. La pre eclampsia suele presentarse en el tercer trimestre de gestación, se deben de tener cuidados post parto tales como permanecer en una institución hospitalaria para que sea monitoreada la presión y signos vitales.

- **Aborto**

La Organización Mundial de la Salud (2017) define al aborto como la “interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable”, es decir antes de que pueda sobrevivir por sí mismo fuera del útero.

Tipos de aborto

Aborto inducido: Según la Organización Mundial de la Salud (2017), es el “resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo”. Estas maniobras pueden ser llevadas a cabo por la propia gestante o por otra persona, por encargo de ésta de forma doméstica, o quirúrgicamente. También es conocido como intencionado o voluntario.

Aborto espontáneo: Raquel Bernal González (2013) lo define como la “pérdida natural de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno” (p.11). Es conocido además con el nombre de natural involuntario, ocurre cuando el embarazo finaliza de forma inesperada. La gran mayoría de este tipo de abortos tiene lugar en las primeras 12 semanas de gestación, en la mayoría de los casos, dada la prematuridad del mismo, no se requiere ningún tipo de intervención quirúrgica.

Como lo menciona Bernal Gonzalez (2013) “Entre las causas más comunes se encuentran: Defectos cromosómicos, enfermedades maternas de carácter endocrino, infecciosas, inmunológicas, malformaciones del aparato genital y alteraciones en la placenta” (p.11). Además, existen factores de riesgo como el cigarrillo, alcohol, consumo de sustancias

psicotrópicas o los traumatismos que inciden en el aumento de la posibilidad de padecer un aborto espontáneo. Uno de los síntomas más comunes es el sangrado vaginal, que puede estar acompañado de dolor discontinuo. Bernal González (2013) se refiere a propósito de este tipo de aborto su forma de intervención, mencionando:

En este tipo de abortos, el contenido puede ser expulsado de forma total o parcial, y a pesar de que la mayor parte de las veces no es necesario ningún tipo de intervención, cuando el embrión muerto permanece en el interior del útero durante un determinado tiempo, denominándose así, aborto diferido, se recomienda la escisión quirúrgica para retirar restos embrionarios o placentarios y poder así evitar infecciones u otro tipo de alteraciones en la mucosa uterina. (p. 11)

El Dr. Martínez (2017) habla también de los factores de riesgo de una gestante adolescente y menciona:

Generalmente una adolescente embarazada toda ella es un paquete de alto riesgo obstétrico. Nosotros decimos que tiene muchas vertientes no solo la edad, la edad es una pero además es posible que esta gestante inmadura no solamente en su aspecto físico porque no ha alcanzado el total desarrollo de sus órganos sino que también es inmadura emocionalmente no se cuida, no sabe que tiene que alimentarse bien, no sabe que tiene que asistir a las consultas, va cuando quiere o puede, no sabe que tiene que llevar un proceso de vacunación propio del embarazo para prevenir complicaciones en el periodo de gestación para ella y el bebé, debe de tomar vitaminas prenatales que no toma porque no sabe que hay que hacerlo, muchas veces incluso hay el problema que en hospitales no hay una consulta específica para adolescentes entonces al ella tener que asistir a una consulta donde hay gestantes mayores 25, 28, etc. La adolescente no se siente muy cómoda respecto a todo lo que conlleva la maternidad.

Aborto legal: Es también conocido como aborto terapéutico, Según Silva Rosales (2005) es aquel provocado por un médico conforme a las prescripciones de la ética profesional, en cuanto se refiere a las indicaciones médicas adecuadas y de general aceptación (con fines terapéuticos como salvar la vida o preservar la salud de la mujer embarazada), y no prohibido por el derecho (p.18).

Aborto ilegal: Conocido también como aborto clandestino, es “aquel que está prohibido por el derecho y se le sanciona como delito” (Silva Rosales, 2005. p, 18,19). En la mayoría de los

casos estos abortos se realizan en condiciones de déficit higiénico, si se presenta dificultades en la intervención quirúrgica, no pueden acudir a una institución hospitalaria debido a que el aborto, en la mayoría de países es considerado un delito.

Durante la experiencia en el Hospital General Guasmo Sur, lo que más se presentó fueron casos de abortos espontáneos, la gran mayoría madres adolescentes entre 15 a 19 años, acudían al hospital con fuertes dolores abdominales. Estas pacientes eran derivadas a interconsulta con psicología.

- **Ruptura prematura de membranas**

“Los nacimientos prematuros son un gran problema en el mundo y las ruptura prematuras de membranas contribuyen en cerca de un tercio a esa prematuridad” (Vigil-De Gracia, Savransky , Pérez Wuff, Delgado Gutierrez , & Nunez, 2011, p. 2)

La Federación Latino Americana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia hablan de los tipos de ruptura de membranas y los profesionales mencionan:

La ruptura prematura de membranas es definida como espontánea cuando dicha ruptura ocurre antes del inicio de la labor de parto. Si dicha ruptura ocurre antes de las 37 semanas de gestación se denomina ruptura prematura pre término de membranas ovulares (RPPM) 6. Estas pacientes con RPPM se pueden subdividir según la edad gestacional en tres grupos: A- RPPM cerca del término, que son aquellas pacientes con ruptura de membranas entre las 34 y 37 semanas. B- RPPM lejos del término que son aquel grupo de embarazadas que presentan ruptura de membranas con edad gestacional entre las 24 y 34 semanas y C-RPPM pre-viable cuando la ruptura ocurre antes de las 24 semanas o antes del límite de viabilidad, que puede variar según la institución u hospital donde laboramos. (Vigil-De Gracia et al, 2011)

En la experiencia realizada en el área de Ginecología era muy recurrente esta afección en gestantes adolescentes y adultas. Es importante mencionar que estas pacientes muchas veces eran derivadas a interconsulta de Psicología por el médico de cabecera debido a factores como la edad o estado emocional de la gestante. La ruptura de membranas puede llevar a un parto prematuro debido a esto es importante que la paciente ingrese al hospital para controlar los niveles de líquido amniótico, en casos extremos tiene que realizarse una cesárea de emergencia.

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Cuidados Intermedios Neonatales (CIN)

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Cuidados Intermedios Neonatales (CIN) pertenecen al área de Centro Obstétrico. En las cuales son ingresados los neonatos que durante su proceso de gestación sus madres tuvieron ciertas complicaciones como la pre eclampsia y ruptura temprana de membranas, afecciones previamente mencionadas cuando se abordó el área de Ginecología II. En algunas ocasiones también suelen haber complicaciones durante el trabajo de parto o problemas congénitos que hacen necesaria la atención médica durante el periodo perinatal.

Como previamente se ha mencionado el Hospital General Guasmo Sur se está certificando bajo las normativas del ESAMyN (Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y del Niño) por lo tanto, este hospital es la única institución de salud pública del país donde las madres pueden permanecer con sus bebés durante toda su estancia hospitalaria. Teniendo en cuenta que éstas áreas son de extremo cuidado y asepsia.

Jerarquización del área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Cuidados Intermedios Neonatales (CIN)

El Jefe del área de Neonatología es el Dr. Oswaldo Andrade. Bajo su mando se encuentran aproximadamente 23 pediatras y neonatólogos. Cabe recalcar que dentro del *staff* de profesionales que laboran en esta área se le da importancia al trabajo interdisciplinario, ya que desde la mirada médica se concibe al ser humano como un ser bio-psico-social, por este motivo es parte fundamental del equipo de salud la psicóloga perinatal. Por último se suman al grupo de profesionales licenciados y auxiliares de enfermería, doula, además de practicantes de auxiliares de enfermería e internos de psicología de diferentes instituciones de educación superior.

Jefe de Neonatología
Dr. Oswaldo Andrade
Jefe de Terapia Intensiva Neonatal
Dr. Víctor Aguirre Castro
Jefe de Enfermería UCI Neonatal
Lic. Amalia Dávila

Anexa a estas áreas se encuentra el Lactario, ésta cuenta siempre con una licenciada en enfermería y una auxiliar de enfermería. Ellas son las encargadas de enseñar a cada madre que ingresa las reglas de asepsia para permanecer en el área, además de ayudarlas con la extracción de leche, debido a que algunos bebés son alimentados con sondas o en caso de que deseen donar al banco de leche.

Logística del área de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Cuidados Intermedios Neonatales (CIN)

Dentro la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) existe capacidad para 14 termocunas y además hay 5 habitaciones en el área de aislados. En el área de Cuidados Intermedios Neonatales (CIN), de la misma manera tienen capacidad para hospitalizar 14 neonatos. Cada termocuna cuenta con los equipos necesarios dependiendo de la situación de cada bebé, además cabe recalcar que como la situación suele ser crítica, cada máquina posee una alarma que suena en caso de que lo monitoreado como la temperatura, saturación de oxígeno o ciclo respiratorio se altere de manera drástica.

Los doctores dentro de éstas áreas pasan visita en conjunto, esto lo realizan en la mañana alrededor de las 8am y en la tarde a las 3pm. Como se mencionó anteriormente las madres pueden permanecer todo el tiempo dentro de éstas áreas con sus bebés, pero existe de todas maneras un horario de visita para los padres de los neonatos y ésta es igual que en el área de Ginecología de 1:00 – 3:00pm.

El área de Neonatología es de extremo cuidado y asepsia, por lo que al ingresar se deben utilizar todos los insumos necesarios. Todo el *staff* de profesionales debe utilizar zapatones, gorras, un uniforme esterilizado que entrega el hospital y mascarilla. Por otro lado las madres que se encuentran dentro de ésta área junto a sus bebés deben utilizar una bata limpia proporcionada por el hospital, gorra, mascarilla y zapatones, por debajo de la bata pueden tener algún pantalón, pero el tronco superior solo debe estar cubierto por la bata para que realicen apego. Los padres de los neonatos o cualquier otra persona (casos extremos) que ingrese al área realizan el mismo procedimiento. Finalmente todas las personas, profesionales de la salud, visitantes y madres de neonatos deben lavarse las manos de una manera rigurosa las veces que sean necesarias.

A lo largo de nuestra experiencia de la práctica clínica dentro de éstas áreas de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Cuidados Intermedios Neonatales (CIN), las

afecciones más recurrentes que presentan los neonatos son el nacimiento prematuro y las complicaciones que estas conllevan, además enfermedades cardíacas congénitas, las cuales explicaremos a continuación:

Afecciones médicas recurrentes en las pacientes adolescentes durante la experiencia

A lo largo de nuestra experiencia de la práctica clínica dentro de éstas áreas de Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Cuidados Intermedios Neonatales (CIN), las afecciones más recurrentes que presentan los neonatos son el nacimiento prematuro y las complicaciones que estas conllevan, además enfermedades cardíacas congénitas, las cuales explicaremos a continuación.

- **Nacimientos Prematuros**

De acuerdo con la Mgs. Karla Núñez especializada en Psicología Perinatal (2017) encargada del área de Neonatología en el Hospital General Guasmo Sur el estado emocional de las gestantes influye en su embarazo a nivel orgánico ocasionando partos prematuros.

La Organización Mundial de la Salud (2017) menciona que “se considera prematuro un bebé nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Los niños prematuros se dividen en subcategorías en función de la edad gestacional”.

- Prematuros extremos, nacidos con menos de 28 semanas.
- Muy prematuros, nacidos entre las 28 y 32 semanas.
- Prematuros moderados a tardíos, nacidos entre las 32 a 37 semanas.

Tomado de: Organización Mundial de la Salud

A continuación se muestra una tabla elaborada por el Ministerio de Salud Pública (2015) donde se explica de una manera más gráfica las subcategorías del nacimiento prematuro de acuerdo a su edad gestacional:

Semanas															
menor a 28	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
Prematuro								A término						Pos-término	
Extremo	Muy prematuro		Moderado		Tardío		Precoz	Completo	Tardío		Pos-término				
Menor de 27 s 6 días	28 a 31 s 6 días		32 a 33 s 6 días		34 a 36 s 6 días		37 a 38 s 6 días	39 a 40 s 6 días		41 a 41 s 6 días	Mayor a 42				

Tomado de: Ministerio de Salud Pública (2015)

De acuerdo con los pediatras y neonatólogos Gómez, Danglot y Aceves (2012) de la Revista Mexicana de Pediatría “las características físicas del neonato van de acuerdo con su edad de gestación y juegan un papel importante para conocer su condición de salud al nacer” (p.33). En la práctica diaria la valoración más empleada por lo pediatras para conocer la condición del niño prematuro es la de Capurro, Konichezky, Fonseca, Caldeyro-Barcía (1978), donde se revisan 5 características somáticas, las cuales son:









1. La formación del pezón
2. La textura de la piel
3. La forma de la oreja
4. El tamaño de la mamá
5. Los surcos plantares

Además de dos signos neurológicos:

1. El signo «de la bufanda»
2. El signo «cabeza en gota»

Tomado de: Revista Mexicana de Pediatría (2012)

Edad gestacional

		Edad gestacional					
A S o m á t i c o y N e u r o l ó g i c o	Forma del pezón	Pezón apenas visible. No se visualiza areola 0	Pezón bien definido. Areola 0.75 cm 5	Areola bien definida. No sobresaliente, 0.75 cm 10	Areola sobresaliente, 0.75 cm 15		
	Textura de la piel	Muy fina. Gelatinosa 0	Fina y lisa 5	Lisa y moderadamente gruesa. Descamación superficial 10	Gruesa, rígida surcos superficiales. Descamación superficial 18	Gruesa y apergaminada 22	
	Forma de la oreja	Plana y sin forma 0	Inicio engrosamiento del borde 5	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior 10	Engrosada e incurvada totalmente 24		
	Tamaño del tejido mamario	No palpable 0	Diámetro 0.5 cm 5	Diámetro 0.5-1.0 cm 10	Diámetro >1.0 cm 15		
	Pliegues plantares	Ausentes 0	Pequeños surcos rojos en mitad anterior 5	Surcos rojos definidos en mitad ant. Surcos 1/3 anterior 10	Surcos sobre mitad anterior 15	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior 20	
	Signo: de la bufanda	 0	 6	 12	 18		
K=200 días	Signo: cabeza en gota	 0	 4	 8	 12		

Tomado de: Revista Mexicana de Pediatría (2012)

Estás 5 características somáticas que son valoradas por los pediatras y neonatólogos son aquellas que evidenciarán el nivel de inmadurez del bebé prematuro. Es importante una atención inmediata debido a que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017) “a nivel mundial, la prematuridad es la primera causa de mortalidad en los niños menores de cinco años”.

Como estos bebés nacen antes de estar fisiológicamente preparados para dejar el vientre materno, por lo general presentan problemas de salud y la gravedad de estas complicaciones dependerá de la inmadurez del neonato. Las afecciones más comunes que observamos dentro de los bebés prematuros hospitalizados en el Hospital General Guasmo Sur son:

Síndrome de dificultad respiratoria neonatal (SDRN).

De acuerdo con la *American Academy of Pediatrics* (2017) este síndrome “es un desorden respiratorio relacionado con los pulmones inmaduros del bebé. Esto ocurre debido a que los pulmones de los bebés prematuros a menudo carecen de surfactante, una sustancia líquida que permite que los pulmones permanezcan expandidos”. Este síndrome se debe a que la función pulmonar del bebé prematuro está comprometida por diversos factores como la inmadurez neurológica central y la debilidad de la musculatura respiratoria. (Rellan Rodríguez, García de Ribera, & Aragón García., 2008)

Apnea y Bradicardia.

Esta afección es común en los bebés prematuros, es una pausa temporal de más de quince segundos en la respiración, la cual se asocia con la bradicardia que es una disminución de ritmo cardíaco. (American Academy of Pediatrics, 2017). Para controlar la saturación de oxígeno en la sangre se utiliza en el bebé un pulsioxímetro, cuando existe un descenso en este registro se habla de una desaturación, lo cual se observa a menudo en los bebés dentro del área de UCIN y CIN.

Patología Neurológica:

El neonato que nace antes de las 37 semanas presenta un Sistema Nervioso Central inmaduro, por lo que tiene una escasa capacidad de adaptación postnatal. Es por esta razón que de manera recurrente observamos hemorragias subcutáneas en los bebés prematuros extremos, como lo explican Rellan Rodríguez et al (2008):

La estructura anatómica está caracterizada por la fragilidad de la estructura vascular a nivel de la matriz germinal y escasa migración neuronal, pobre mielinización de la sustancia blanca y crecimiento exponencial de la sustancia gris. La susceptibilidad a la hipoxia, a los cambios de la osmolaridad y tensionales, hacen que el sangrado a nivel subependimario sea frecuente con la producción de la hemorragia intraventricular (HIV) y su forma más grave de infarto hemorrágico (p. 71).

Patologías Cardíacas

En los bebés prematuros de menor peso se presenta de manera más frecuente la hipotensión arterial “esta hipotensión puede estar relacionada con la incapacidad del sistema nervioso

autónomo para mantener adecuado tono vascular o con otros factores como la hipovolemia, la sepsis y /o disfunción cardiaca” (Rellan Rodríguez et al, 2008).

Además de las afecciones previamente mencionadas uno de los problemas de los neonatos que no nacen a término es la incapacidad de regular su temperatura, por lo cual deben permanecer en las termocunas. Sin embargo mientras más prematuro es el bebé las medidas son más extremas, por lo cual apenas nacen los meten dentro de una funda de plástico para que conserven el calor y si el bebé es prematuro extremo, es decir menor a 28 semanas de gestación, aun dentro de la termocuna deben permanecer con su cuerpo dentro de un plástico para regular su temperatura.

Durante la práctica realizada en estas áreas de neonatos también se han presentan algunas cardiopatías en bebés que han nacido a término, es decir después de las 37 semanas de gestación. Estas afecciones son de nivel congénito, es decir que se producen por una malformación del corazón del feto dentro de las primeras semanas del proceso de la gestante.

De acuerdo con la Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU.(2017) estas cardiopatías causan el mayor índice de muertes en el primer año de vida que cualquier otra enfermedad congénita.

Estos problemas pueden presentarse como solos o juntos. La mayoría de los niños con CPC no tienen otros tipos de defectos de nacimiento. Sin embargo, las anomalías cardíacas también pueden ser parte de síndromes genéticos y cromosómicos, algunos de los cuales pueden ser hereditarios. (Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU., 2017)

CAPÍTULO II: Enfoque psicológico

Pubertad y adolescencia en psicoanálisis.

Contexto histórico y socio-cultural de la pubertad y adolescencia en la experiencia.

La pubertad y adolescencia convergen en el mismo momento lógico y evolutivo dentro del proceso de constitución de la subjetividad de un sujeto. Por esta razón se confunden estos términos y es necesario hacer una distinción para la construcción de nuestra sistematización. En psicoanálisis se habla de pubertad, Sigmund Freud (1993) en “*Tres Ensayos de Teoría Sexual, punto III Metamorfosis de la pubertad*” menciona:

La pulsión sexual era hasta entonces predominantemente auto erótica; ahora halla al objeto sexual. Hasta ese momento actuaba partiendo de pulsiones y zonas erógenas singulares que, independientemente unas de otras, buscaban un cierto placer en calidad de única meta sexual. Ahora es dada una nueva meta sexual; para alcanzarla, todas las pulsiones parciales cooperan, al par que las zonas erógenas se subordinan al primado de la zona genital (p.1).

Contreras Ortega y Gutiérrez Balladares (2015) hablan del mismo texto y mencionan:

La pubertad se divide en dos elementos: la nueva meta sexual y la separación entre el sexo masculino y femenino. En este momento la oleada pulsional se dirige hacia otro objeto de amor por fuera de las figuras parentales dando lugar a una elección de objeto heterosexual u homosexual (p.5).

En conclusión en este texto Freud da cuenta de una elección de objeto, vínculo de sexuación y elección de posición sexuada. Cuando hablamos de pubertad es importante mencionar que este momento lógico va más allá de los cambios biológicos que dan cuenta de la transición del niño a púber.

Cuando hablamos de adolescencia nos estamos refiriendo a un término sociológico, el cual se refiere al momento evolutivo en el cual el sujeto pasa de ser niño a ser adulto. Este término se volvió de uso psicológico porque se habla de “crisis de la adolescencia”. Es importante aclarar que en la adolescencia no hay estructura, solo crisis. (Stevens, 1998, p.25).

¿Por qué este término es de la sociología con base biológica?, las manifestaciones culturales a través de la historia dan cuenta de una ruptura entre la condición de ser niño y la condición de ser adulto. Estas manifestaciones aparecen como rituales de paso, el momento de realización

esta generalmente asociado a los cambios biológicos que dan cuenta del inicio de la adolescencia. Estos ceremoniales son propios de cada cultura. León Ruiz, (2013) habla acerca de estas manifestaciones culturales y menciona:

En casi todos estos ritos aparecen formas simbólicas de tratar cuestiones probablemente generalizables a todas las culturas: la separación de los padres, el paso de la dependencia a la independencia, el acceso a las relaciones sexuales, etc. Podríamos decir que ellos son la manifestación de un momento de corte entre la familia y la sociedad, que lleva al joven a desprenderse de la familia y a los padres a separarse y a entregar a los hijos a la colectividad.

Cuando hablamos de adolescencia hablamos de crisis, de una serie de cambios biológicos que llevan a una nueva inserción del sujeto en la sociedad. ¿De qué sociedad estamos hablando? Es importante mencionar que los adolescentes de hoy no se parecen a los de décadas pasadas, muchos cambios acontecen año tras año, cada vez de manera más acelerada debido al ímpetu de la globalización, dando a luz nuevas generaciones con nuevos intereses.

Estos cambios culturales, sociales y generacionales producen modificaciones en la producción de la subjetividad. En *“Adolescencias: tiempo y cuerpo en la cultura actual”* Susana Sternbach (2006) menciona: “la adolescencia no constituye un universal, sino que resulta definida como tal, es decir, categorizada, descripta, problematizada según los discursos de la época”(p.51).

Esta época se caracteriza por la producción de objetos que homogenizan a los sujetos, la sociedad invita en todo momento al sujeto a gozar, no hay límites. Es la época del desfallecimiento del Nombre del Padre en la cual se pone de manifiesto la declinación de la ley, de la autoridad que regula el goce. (Naparstek, 2009)

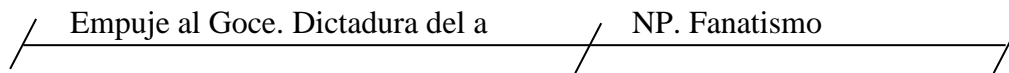
Freud, en su texto *“totem y tabú”*, habla de la cultura, la define a partir de la lógica de prohibiciones y renuncia al goce. Más adelante se hablará de la cultura a partir del goce desregularizado. Fabián Naparstek (2009) profundizará esto en su trabajo; *“La era de la fiesta permanente”*, en la cual de manera gráfica representará cómo era el goce en tiempos freudianos y posteriormente en tiempos contemporáneos.

/ Goce / Ley. Padre muerto. Cultura /

Tomado de: Naparstek, 2009, p.10

Como vemos en la gráfica anterior, aquí se ve que el goce, en tiempos freudiandos, quedaba ubicado como clandestino, limitado y regulado por la ley.

Mientras que la segunda sociedad, la actual, es la que nos empuja a gozar, en esta existirá un borramiento de la ley. Tal como se expresa en el siguiente gráfico.



Tomado de: Naparstek, 2009, p.14.

Como se ve este goce se presenta como no regulado y sin límites, esto se pone de manifiesto en nuestra práctica en el hospital ya que una gran parte de madres adolescentes atendidas dan cuenta de esta ausencia de la función paterna, la cual no permite instalar ideales, construir identificaciones y a consecuencia de esto no hay producción del deseo. Por esta razón podemos formular que el desborde sexual que lleva a embarazos adolescentes en algunos casos es a consecuencia del desfallecimiento de la función paterna que no pone límites, siendo el embarazo un síntoma, una respuesta ante lo real.

Susana Sternbach (2006) menciona:

Las adolescencias se ramifican y diversifican en función de la extracción socioeconómica, el lugar de residencia o la tribu que conforma el grupo de pertenencia o de referencia. Tribu que se nuclea en torno a emblemas, gustos musicales, indumentarias, configurando un nosotros de fuerte arraigo en la construcción de la subjetividad (p.53)

Esto es de vital importancia debido a que las gestantes y madres adolescentes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur provienen de un estrato socioeconómico bajo. En el cual se pone de manifiesto este imaginario social: “si no eres madre, no eres mujer”. El deseo materno es muy común en las adolescentes de esta institución hospitalaria.

Una adolescente de 15 años, atendida en Ginecología II, ingresada por aborto espontáneo. Se le pregunta acerca del deseo de ser madre a lo cual responde “todas mis amigas tienen su bebé y yo no, quería uno para mí”. En conclusión estamos hablando de un grupo determinado de adolescentes. Para terminar este apartado es importante concluir que cuando hablamos de pubertad estamos también hablando de elecciones que se hacen en la adolescencia. Por esta razón se expuso las diferencias y puntos de encuentro de estos dos términos.

La Adolescencia: síntoma de la pubertad.

En la adolescencia hay una transformación, como menciona Alexander Stevens (2001) “Estos síntoma y fantasmas que el niño había construido no pueden operar más” (p.7). Se produce entonces el encuentro con un nuevo real. A diferencias de los animales guiados por el instinto es decir al momento de la reproducción ellos saben qué hacer, los sujetos están provistos de un órgano que los animales no tienen, este órgano es el lenguaje. “Lo que hace al real difícil es que el lenguaje no dice bastante” (p.7).

El segundo punto que marca este nuevo real, según Stevens, es el sentimiento de la vida, ¿Qué quiere el otro de mí?. El púber tiene que reconstruir síntoma y fantasma. Como menciona Stevens (2001) “momento en que el sujeto busca una respuesta sintomática, momento de la constitución de un nuevo síntoma”(p.9). Esto es necesario debido a la falta de respuestas a este real que presentifica la pubertad. Tal y como lo menciona Francisco Martínez y Vanessa Zambrano (2013) en su tesis “*Adolescencia: una urgencia subjetiva*”.

La pubertad responde a un encuentro y remarcando que no precisamente es un encuentro cualquiera, sino un encuentro con lo real del sexo. Mientras que del lado de la adolescencia ubicaremos al desencuentro que nacerá precisamente como efecto sintomático de este primer encuentro que ha dejado una herida subjetiva en el sujeto. (p.24)

Alexander Stevens (2001) en su texto “*Clínica de la infancia y adolescencia*” habla de la salida de la adolescencia y cita a Lacan “es necesario que el sujeto se oriente hacia el ideal del yo” es decir, la elección de una profesión, un hombre, una mujer, de un ideal. Stevens (2001) concluye “el ideal del yo es la elección de un síntoma que tiene una envoltura significativa y que estabiliza las relaciones del sujeto con su sentimiento de vivir. El ideal del yo se constituye a partir de lo que Lacan llama función paterna”(p.11).

La experiencia con las madres adolescentes en el Hospital General Guasmo Sur dan cuenta de lo mencionado anteriormente, una de las pacientes atendidas en Ginecología I, ingresada por preeclampsia, menciona que a los 15 años se fue de compromiso y le dijo a su madre “yo quería saber que era ser la esposa de un hombre”.

En esta época donde esta función paterna vacila, hace que para la gran mayoría esta elección sea difícil. La función del padre freudiano es la prohibición, refiriéndonos al complejo de

Edipoen el cual el padre hace un corte entre la diada madre-hijo. Alexander Stevens en “*Clínica de la infancia y adolescencia*” (2001) menciona:

Lacan en el “*Seminario 5*”, considera que hay algo más importante que eso en la función del padre y es la introducción del deseo. Que el padre reconozca, que diga si a la invención significativa del niño, que incluye su invención sintomática. Me parece que esta función del padre que dice si, es especialmente importante en la adolescencia. (p.29).

En la experiencia realizada en el hospital vemos que las adolescentes en su discurso hablan de un padre que no posibilita, que no dice si a nada. Una paciente atendida en Ginecología I hablaba del exceso de control y reglas en su casa. Otra paciente manifiesta “sentirse anulada”, es así como la práctica evidencia como para estas adolescentes es difícil encontrar una salida. En conclusión, la pubertad es el momento lógico en el cual el sujeto debe encontrar una respuesta y esta respuesta es lo que llamamos adolescencia.

Diferentes tipos de respuesta frente al real de la pubertad.

La adolescencia es el momento en el cual el sujeto debe rehacer sus elecciones de objeto. Alexander Stevens (1998) en su texto “*La adolescencia, síntoma de la pubertad menciona*” menciona “el sujeto todavía no se ha decidido respecto de sus elecciones de objeto; será ya heterosexual, ya homosexual” (p.26). Estas elecciones que se ponen a prueba en la pubertad deben descansar tanto de lado del fantasma como del síntoma. Estas elecciones se volverán a plantear, aunque la estructura ya está sin duda decidida: neurosis o psicosis (p.28).

Miller propone el síntoma como respuesta a la no relación sexual, de la inexistencia de esta. Es la dificultad para saber lo que se debe hacer en cuanto al sexo. A consecuencia de esto el sujeto elabora un síntoma que es para él una respuesta posible a este real que resulta imposible de circunscribir (p.28). Freud (1993) en su conferencia 17 “*El sentido de los síntomas*” menciona: “el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo”(p.) Alexander Stevens (1998) habla acerca del síntoma y menciona:

Al final de la enseñanza de Lacan el síntoma es asimismo la ejecución de un modo de goce particular, conectado a cierto número de rasgos. Por eso el síntoma deja de ser considerado como de estructura fundamentalmente simbólica; es pensada más bien como signo de goce, como modo de goce del sujeto. Ante el encuentro con un

imposible , el sujeto organiza un posible para el de una relación con el goce; este es su síntoma (p.29)

Siempre se trata de una respuesta particular en tanto elección y respuesta del sujeto. Cada uno tendrá que inventar su propia respuesta. Alexander Stevens (1998) menciona “el real de la pubertad es la irrupción de un órgano marcado por el discurso ante la ausencia de un saber sobre el sexo, ante la ausencia de un saber sobre lo que puede hacer frente al otro sexo” (p.34)

De este modo Stevens (1998) hablará de ciertas respuestas de la adolescencia ante esta irrupción en lo real, hablando de la estructura neurótica, las cuales nombraremos a continuación:

- La primera va de lado del saber, respuesta positiva en la cual el sujeto a modo de sustitución escoge saber sobre el mundo en el lugar de ese saber que falta sobre el sexo (p.35). La segunda es en relación con las identificaciones, por ejemplo las barras bravas. Una de las pacientes atendidas en CIN (Cuidados Intermedios Neonatales) hablaba en su discurso acerca de la gran afición que sentía por su equipo emelec, mencionaba “allí eres alguien y te respetan”. Stevens (1998) menciona “lo real se articula de entrada en el lazo social con el otro, con el deseo del otro sexo”(p.35).
- La tercera es en relación al fantasma que falla es decir, los pasajes al acto o *acting out*. Stevens lo menciona como desfallecimiento del fantasma. El pasaje al acto o *acting out* es finalmente la última barrera frente a la angustia, el suicidio por ejemplo como salida drástica de la escena. La cuarta respuesta es el sustituto del padre se puede encontrar encarnado en un profesor por ejemplo. Pero como hemos venido mencionando esto es cada vez más difícil debido al desfallecimiento del Nombre del Padre.
- La quinta manera de responder a este real que irrumpe es la religión, como un intento de reinstalar al padre. Padre simbólico que organiza y pacífica al sujeto. La sexta respuesta posible para el púber, es la elección regresiva de la anorexia y bulimia, interpretada como demanda de amor. Esta elección menciona Stevens (1998) “permiten el rechazo a la sexuación. En la anorexia jóvenes que llegan a la desaparición de la menstruación y la eliminación de las formas del cuerpo femenino”. La séptima respuesta es la toxicomanía, como elección del goce fuera del sexo, vemos

al tóxico como un síntoma bastante sólido porque ofrece una identificación “soy toxicómano”(p.39).

En conclusión cada sujeto responderá con un síntoma particular para encontrar un saber hacer con el otro sexo. En nuestra sistematización a través de la experiencia realizada identificamos en algunas madres adolescentes el embarazo como *acting out*, es decir como un llamado al Otro, que explicaremos en el siguiente apartado.

Embarazo como acting out.

Interpretamos el embarazo como *acting out* debido al discurso de las madres adolescentes atendidas a lo largo de la experiencia en la institución hospitalaria. Un exceso de angustia es el denominador común de estas jóvenes en la cual el embarazo es respuesta frente a esta, pero ¿De dónde viene estos altos montos de angustia? Gracias a la experiencia realizada en el Hospital General Guasmo Sur, podemos decir que estos *acting out* son un llamado frente a este Nombre del Padre que desfallece, que no responde y deja al sujeto frente a un real. Esto nos pone de cara a una clínica donde el acto prevalece sobre el síntoma.

El acto se encuentra siempre bajo la premisa del impase que se inaugura a causa de la no existencia de una relación de correspondencia entre los sexos, y es eso por lo que el acto propende por un pasaje para realizar lo imposible. De esta manera, el acto es una decisión, una osadía, algo del orden de lo que inaugura, lo que funda, crea. (Miller, citado por Gaviria, Luz Elena y Flores, Eugenia, 2013)

Una paciente atendida en Ginecología I, se encontraba en periodo de puerperio, hablaba de su embarazo y mencionaba “yo quería tener un hijo y demostrarle a mi papá que yo si podía”. Otra paciente atendida en Ginecología II, fase latente mencionaba “yo me fui de la casa y quede embarazada a los 15 años porque ya no soportaba a mi papá, a él le gustaba la bebida y era violento, aún hoy le digo que fue por culpa de él”.

Como menciona Luz Elena Gaviria y Eugenia Flores (2013) “el *acting out*, en el que siempre hay un marco para ese mensaje que va dirigido al Otro. Es una identificación de un sujeto a un significante, donde se juega el ser y el goce, pero en relación al sentido sin perder en ningún momento la relación con el Otro.” Es importante finalizar este apartado con lo que las autoras anteriormente mencionadas precisan a continuación:

Todo sujeto fracasa respecto a lo real de lo sexual y signos de ello son la angustia y el síntoma mismo. Frente a ese fracaso el neurótico tiene recursos semánticos y además cuenta con la posibilidad de articular un semblante privilegiado a partir de un cierto principio de orientación que es la función fálica. “La función fálica tal como la define Lacan, es un significante del goce, es la inscripción a nivel del semblante con la que el ser hablante cuenta para determinarse con respecto a lo sexual”.

Es importante reflexionar acerca de todo lo mencionado a lo largo de este apartado y tomar puntos teóricos fundamentales para realizar una conclusión. Como primer punto teórico podemos decir que la adolescencia es una crisis frente a un real que se encuentra en la pubertad. El objeto de estudio de nuestra sistematización son adolescentes que se encuentran pasando por el embarazo, entendiendo también al proceso de gestación como una crisis debido a los cambios en el cuerpo y psique de la mujer.

Podríamos concluir este apartado mencionando que las madres adolescentes del recinto hospitalario pasan por una doble crisis, como habíamos mencionado anteriormente el proceso de gestación marca ya una cierta inestabilidad en la mujer y que esta coincida con la crisis de la adolescencia, nos hace pensar en una doble crisis. Esto se pone de manifiesto en sesión cuando una paciente de 17 años hospitalizada en Ginecología I, menciona “todavía no se bien que hacer, ni cómo cuidarlo necesito a mi mamá para que me enseñe”. Otra paciente de 14 años en Ginecología I, mencionaba en sesión, “yo no sé que hacer, ni siquiera sabía que me podía quedar embarazada tan rápido”. Por esta razón en el siguiente apartado se hablará acerca de cómo el psicoanálisis concibe la maternidad.

La maternidad como fenómeno de identificación histérica.

La maternidad según el psicoanálisis.

En este apartado abordaremos la concepción de maternidad en psicoanálisis, esto es necesario para nuestra sistematización, ya que nuestro objeto de estudio pasa por el proceso de gestación. En psicoanálisis para hablar de la sexualidad adulta, es necesario mencionar la sexualidad infantil ya que de ella depende todo. Por esta razón como primer punto se explicará brevemente el complejo de Edipo en la niña.

En un primer momento la niña va a desear poseer a su madre, esto quiere decir un deseo incestuoso, pero este no es el complejo de Edipo como tal en la niña sino una fase pre-edípica como Juan David Nasio (2013) lo menciona:

Si aceptamos la acepción corriente del término Edipo que designa la inclinación erótica del niño hacia el padre del sexo opuesto, no podemos decir que la niña que desea poseer a la madre se encuentra en la etapa del Edipo(p.53)

En un segundo momento nos encontramos con el sentimiento de la niña de sentirse sola y humillada, esto debido a que la niña comprueba la diferencia de su sexo y el del niño, inmediatamente se siente decepcionada, Nasio (2013) menciona “ahora es otro quien tiene el falo que toma desde entonces la forma de un pene” (p.56).

En este momento la niña se siente engañada. ¿Por quién?, por la madre. Juan David Nasio (2013) a propósito de esto menciona: “la madre ayer omnipotente que hoy se revela incapaz de dar un falo que ella misma no posee ni poseerá jamás. Si la madre esta tan despojada como ella, solo merece desprecio y reproches” (p.58).

El sentimiento de soledad radica en que la niña como menciona Nasio (2013) “no tiene ni uno ni otro progenitor hacia quien volverse: ha rechazado a la madre y aun no recurre al padre” (p.59). Seguido a esto la niña va anhelar tener el falo, Nasio (2013) explica la envidia y menciona: “que quede claro que la niña no envidia el órgano peniano del varón, sino que ansía el símbolo de poder que ese órgano encarna a los ojos del niño” (p.60).

En este momento entra en escena el padre fantástico, portador del falo. Aquí comienza el tiempo del Edipo. La niña se refugia en su padre para reclamarle el falo que no obtuvo de la madre. Nasio (2013) menciona: “la niña recibe esta negativa irrevocable del padre como una acerba bofetada que pone fin a toda esperanza de conquistar algún día el mítico falo” (p.61). La niña comprende que nunca lo tendrá pero no se conforma, se lanza en los brazos del padre, pero como menciona Nasio (2013):

Ya no para quitarle el poder sino para ser ella misma la fuente de poder. Si, la niña quería tener el falo, ahora quiere ir más lejos, quiere serlo, ser el objeto del padre, significa que quiere ser ella misma en totalidad, el preciado falo (p.61).

Es importante mencionar que cuando la niña anhelaba, tenía una posición masculina, ahora que desea, adopta una posición femenina. (p.62). En conclusión como menciona Nasio (2013) “el deseo edípico de ser poseída por el padre es el de ser su mujer” (p.62).

En este momento la madre regresa a escena ahora es admirada por la niña debido a que es su modelo de feminidad y se identifica con ella. Antes de hablar de la resolución del complejo de Edipo es importante citar a Nasio (2013) el cual manifiesta:

Toda madre es para su hija tanto un modelo ideal como una temible rival. Así se consuma el primer movimiento de identificación de la niña con el deseo de su madre, el de ser la mujer del hombre amado y darle un hijo (p.62, 63).

Respecto a la salida del Edipo, en la niña nos encontramos con la segunda negación del padre, esta vez a tomarla como objeto sexual, a considerarla como su falo. A consecuencia de esto, como la niña no puede ser el objeto sexual del padre, quiere entonces ser como él (p.63).

La niña se ve obligada como menciona Nasio (2013) “reprimir el deseo de ser poseída por el padre” (p.63). Por esta razón Nasio propone que la desexualización del padre es en el fondo un duelo, la niña llora a su padre sexualizado y lo hace revivir desexualizado en su interior, mata al padre fantaseado, pero lo resucita como modelo de identificación (p.63,64). Como conclusión Nasio (2013) habla de la salida de la escena edípica y menciona:

Identificándose con los rasgos del padre, después de haberse identificado con los rasgos femeninos de su madre, la niña abandona la escena edípica y se abre a partir de entonces a los futuros compañeros de su vida de mujer (p.64)

Vemos como la sexualidad infantil marca la sexualidad adulta. El punto teórico que tomaremos a manera de conclusión de la salida del Edipo es muy importante para nuestra sistematización, debido a que lo que escuchamos de manera recurrente en el discurso de las madres adolescentes toma sentido cuando hablan acerca del deseo materno y la dinámica familiar, que da cuenta del complejo de Edipo por esta razón Nasio (2013) menciona:

“La voluntad combativa de una niña pequeña que no cesará hasta realizar su deseo de ser amada y, llegado el momento concebir un hijo. Amar y transmitir la vida, en definitiva, es la misión más digna que la naturaleza asigna a la mujer” (p.65).

El embarazo no es solo una disposición biológica, también hay implicaciones culturales que llevan a la mujer a buscar consciente o inconscientemente un hijo. Como por ejemplo: cuidar a sus hermanos menores, es algo que muy recurrente en el discurso de las pacientes. Aquí se puede inferir que debido al estrato socio-económico de estas madres no hay para ellas un

espacio que posibilite otra invención como por ejemplo, ser ingeniera o arquitecta, etc. Las adolescentes vía ser madre responden al ser.

En su libro *“Maternidad: mito y realidad”*, Mirta Videla habla de los síntomas tanto físicos como psicológicos de la gestante y los asocia a su infancia, ella propone que las reacciones ante el embarazo responden a la misma, al paso por el complejo de Edipo. A propósito de esto la autora (1983) menciona:

Frente al hijo, los padres reeditan los mismos afectos encontrados, los mismos impulsos conflictuales que vivió en una primera edición, durante su infancia, en el curso de la relación con sus padres: es lo que se ha dado en llamar “el complejo de Edipo en espejo”. Puesto que lo que distingue a uno del otro es simplemente diferente posición, el distinto vértice que ocupa en el eterno “triángulo edípico” (el niño se ve a sí mismo en caricatura) (p.94).

A manera de conclusión de este apartado podemos hablar del embarazo como un proceso de regresión, que genera en la gestante altos montos de angustia. Por esta razón a pesar de ser el embarazo un proceso biológico idéntico en todas las mujeres, es vivenciado subjetivamente de manera particular para cada sujeto, por esta razón es pertinente terminar con esta cita:

La maternidad está ligada a la figura del ser madre representado por la propia madre, da cuenta de las contradicciones puestas en juego en la regresión que sucede, ya que reaparecen los sentimientos de aquella niña que fantasea con ser madre pero para esto debía destruir a la suya. Se generan entonces fantasías de que su hijo sea robado por su madre o perder a su madre por haberle arrebatado su lugar, estas fantasías persecutorias tienen un gran componente de culpa infantil por haberse convertido en realidad. Podemos inferir que son los deseos edípicos los que se vivencian como realidad, por el vínculo de amor- odio entre madre e hija. (Soifer, citado por Lujambio, 2016, p.19. 20)

Deseo y goce en la histeria.

El sujeto de nuestra experiencia como se ha mencionado a lo largo nuestra sistematización son las madres adolescentes, por esta razón es necesario hablar de neurosis histérica. Como primer punto en este apartado es necesario mencionar que la metáfora paterna es la que prohíbe al sujeto asimilarse a la demanda del Otro primordial, es decir la separación.

Millot (1985) habla acerca de esto y menciona “En las formaciones del inconsciente Lacan muestra que la histérica esta precisamente suspendida en esta primera etapa de clivaje necesario entre la demanda y el deseo” (p.1). Por esta razón Millot (1985) afirma:

“La histérica está sometida a la necesidad de crearse un deseo insatisfecho para que se constituya para ella otro real que no sea enteramente inmanente a la satisfacción recíproca de la demanda, es decir, a la captura del deseo del sujeto por la palabra del otro”(p.1)

Es a consecuencia de esto que la histérica se ve llevada a preguntarse acerca del deseo del otro. La histérica lo imaginariza, puesto que es del lado de todos los pequeños otros, sus semejantes (a), que va a llevar su pregunta. Por el deseo insatisfecho de esos pequeños otros intenta metaforizar el deseo desconocido del gran Otro. En conclusión la estructura fundamental del deseo de la histérica es ser deseo no de un objeto, sino de un deseo (p.1).

La última enseñanza de Lacan entorno al goce como punto-pivote de la organización estructural del sujeto se articula el deseo no solamente con la demanda, es decir con la cadena significativa, “sino con el goce como límite interno de lo simbólico” (Millot, 1985, p.2). la insatisfacción entonces toma otro estatuto: el de un modo de goce (p.2)

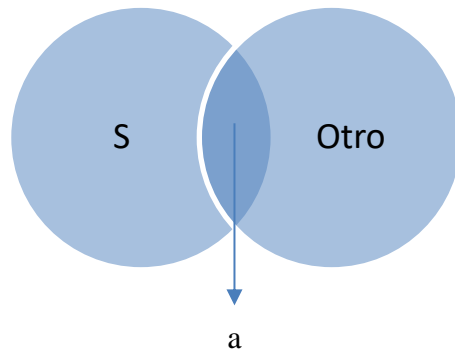
Millot afirma que la insatisfacción toma otra función al articularse en un absoluto que la histérica mantiene en el horizonte, a la vez posible pero, al mismo tiempo, como siempre remitido.(p.2). En conclusión el autor menciona “como el goce absoluto no puede ser alcanzado, la histérica rehusa cualquier otro, prefiriendo la privación” (Millot, 1985, p.2).

Lacan en el seminario sobre “*La angustia*” y en el seminario “*De otro al otro*”. Habla acerca del deseo y goce, el deseo esta de lado del Otro del significativo. El goce esta de lado de la cosa. Lacan muestra que la operación de división del sujeto coincide con el proceso de sustitución del deseo. Millot (1985) propone “tres tiempos lógicos: goce, angustia y deseo”(p.3)

Goce -----> Deseo

La angustia es el término intermedio entre goce y deseo. La interrogación del sujeto acerca del deseo del otro, ¿Qué quiere el otro de mí?, es lo que produce la angustia, pregunta dirigida al gran Otro. “Entonces el deseo del Otro es la respuesta a la pregunta del sujeto” (Millot, 1985, p.3). En la operación de división del sujeto hay un pequeño resto (pequeño a), ahí

reconocemos estructuralmente al objeto perdido. Una vez el deseo esta satisfecho, algo resta. En conclusión, el pequeño (a) que cae es el soporte de la indestructibilidad del deseo, como se mostrará en el siguiente gráfico:



Entonces lo mencionado anteriormente nos permite inferir que el deseo del Otro, implica la sutitución del A por el pequeño (a) es decir el deseo implica una degradación del Otro. Millot (1985) menciona:

“El goce del Otro puede ser situado como causa final de un proceso de repetición que caracteriza bien la insistencia del deseo. Punto de origen , es tambien el fin último. Perdido desde siempre, se apunta a el de un esfuerzo de reencuentros prometidos a lo imposible, donde no cesa de repetirse el fracaso de los mismos y de engendrarse por allí una perdida”(p.5)

En conclusión se infiere que la posición de la histérica es ponerse como objeto y no como sujeto. Es lo que se pone de manifiesto en las madres del hospital, en el discurso de las adolescentes se puede leer entre líneas como las pacientes hablan acerca del deseo de sus parejas o padres (Otro).

A consecuencia de esto en muchas ocasiones es difícil lograr que hablen acerca de su deseo porque su demanda va dirigida a pedir respuesta acerca del Otro. En CIN (Cuidados Intermedios Neonatales) una paciente mencionaba “he hecho de todo para que venga a visitarme a mi y a mi bebé, usted que cree que piense el o que yo deba hacer”.

Identificación histérica

Es importante hablar de identificación histérica en nuestra sistematización debido a lo encontrado en la experiencia clínica. La mayor parte de las madres adolescentes en sesión dan cuenta de su embarazo y como este responde a una identificación.

Freud (1921) en *Psicología de las masas y análisis del yo*, capítulo VII, habla acerca de la identificación y menciona “La identificación es conocida en el psicoanálisis como la manifestación más temprana de un enlace afectivo a otra persona, y desempeña un importante papel en la prehistoria del complejo de Edipo” (p.76).

El niño muestra un interés especial por su padre, quisiera ser como él y reemplazarlo, hace de él su ideal. Esta conducta prepara al niño al complejo de Edipo. Simultáneamente el niño comienza a tomar a su madre como objeto de sus instintos libidinosos.

Tenemos dos enlaces psicológicamente diferentes, por un lado sexual a la madre y una identificación al padre, al que considera el modelo a imitar. Estos coexisten por un tiempo sin influirse ni estorbarse entre sí. Pero luego de un tiempo estas tienden a la unificación hasta acabar encontrándose y de esta confluencia nace el complejo de Edipo normal. (p.80). Freud (1921) habla acerca del complejo de Edipo y menciona:

El niño advierte que el padre le cierra el camino hacia la madre, y su identificación con él adquiere por este hecho, un matiz hostil, terminando por fundirse en el deseo de sustituirle también cerca de la madre. La identificación es, además, desde un principio, ambivalente, y puede concretar, tanto en una exteriorización cariñosa como en el deseo de supresión (p. 80)

Freud (1921) a manera de conclusión expone “todo lo que comprobamos es que la identificación aspira a conformar el propio Yo análogamente al otro tomado como modelo.” (p.80). Ahora bien en los síntomas neuróticos, es más complejo. Freud (1921) habla de ello con un ejemplo y menciona:

El caso de que la hija contrae el mismo síntoma patológico que atormenta a la madre, por ejemplo una tos pertinaz. Pues bien, esta identificación puede resultar de dos procesos distintos. Puede ser, primeramente, la misma del complejo de Edipo, significando, por lo tanto, el deseo hostil de sustituir a la madre, y entonces, el síntoma expresa la inclinación erótica hacia el padre y realiza la sustitución deseada, pero bajo la influencia directa de la consciencia de la culpabilidad: «¿No querías ser tu madre? Ya lo has conseguido. Por lo menos, ya experimentas sus mismos sufrimientos». Tal es el mecanismo completo de la formación de síntomas histéricos. Pero también puede suceder que el síntoma sea el mismo de la persona amada (así, en nuestro «Fragmento del análisis de una histeria», imita Dora la tos de su padre), y entonces habremos de

describir la situación diciendo, que la identificación ha ocupado el lugar de la elección de objeto, transformándose ésta, por regresión, en una identificación. (p.79, 80)

Es importante mencionar además que las identificaciones no siempre tienen que ser a la persona amada, muchas veces la identificación es solo parcial y limitada, como menciona Freud (1921) “contentándose con tomar un solo rasgo de la persona-objeto” (p.80).

Freud (1921) también habla de un tercer caso en el cual la identificación “se efectúa independientemente de toda actitud libidinosa con respecto a la persona copiada” (p.81). Este mecanismo de identificación es posible por la actitud o voluntad de colocarse en la misma situación. Así Freud (1921) concluye mencionando:

Las enseñanzas extraídas de estas tres fuentes pueden resumirse en la forma que sigue: 1º, la identificación es la forma primitiva del enlace afectivo de un objeto; 2º, siguiendo una dirección regresiva, se convierte en sustitución de un enlace libidinoso a un objeto, como por introyección del objeto en el Yo; y 3º, puede surgir siempre que el sujeto descubre en sí, un rasgo común con otra persona que no es objeto de sus instintos sexuales. Cuanto más importante sea tal comunidad, más perfecta y completa podrá llegar a ser la identificación parcial y constituir así el principio de un nuevo enlace (p.82, 83)

Después de expuestos los puntos teóricos referentes a la identificación histérica, podemos concluir que el tipo de identificación de las madres adolescentes atendidas en el recinto hospitalario es el tercero en el cual la identificación es posible sobre la base de un deseo en común como menciona Millot (1985) “de una misma disposición afectiva, sin que la persona a quien la histérica se identifica sea necesariamente el objeto de un investimento libidinal” (p.2).

Una madre atendida en Ginecología I manifestaba “este hijo es muy deseado, yo soy la mayor y era la única que no tenía hijos”. Otra paciente atendida en la misma área, mencionaba “yo tengo muchos sobrinos, a todos los cogía como hijos, ya hacía falta el mío”. Otra paciente atendida en Ginecología I, se encontraba en periodo de puerperio y mencionaba en sesión “todas mis amigas tenían un bebé menos yo, mi mamá también piensa que faltaban niños en la casa”. En conclusión como mencionan los autores (Mazzuca, Canónico, Esseiva, 2008) “el sujeto reconoce en el otro un mismo deseo” y se identifica a través del síntoma.

La condición Femenina

¿Qué es la feminidad?, para el psicoanálisis sigue siendo una pregunta sin respuesta, pero precisamente eso es la feminidad, una respuesta particular que encuentra el sujeto a la pregunta, ¿Qué es ser mujer? Evidentemente la cultura te ofrece “modelos” que representan el ideal de ser mujer.

Para Freud la sexualidad era misteriosa, en el complejo de Edipo de la niña, mencionaba la envidia que siente la niña al darse cuenta que ella no tiene pene. En este momento se empieza a cuestionar lo femenino. Pero, ¿Cómo tramitar esta falta? –entendiendo al órgano como símbolo que encarna al significante falo– Como menciona Contreras Ortega y Gutiérrez Balladares (2015):

“Existen diversas formas de tramitar la falta en la mujer, el entañamiento de la sexualidad que estaría del lado de la inhibición, (el no poder hacer con un hombre), el complejo de masculinidad y la salida femenina que abarca las siguientes posibilidades: la maternidad, la relación con el propio cuerpo y la relación con el parteniére” (p.24)

En nuestra sistematización es importante mencionar que las adolescentes provienen de un estrato socioeconómico bajo, en el cual factores como el poco acceso a la información y falta de educación inciden mucho en el sujeto. En el imaginario social de la gran mayoría de madres en sus discursos se puede leer entre líneas “si no eres madre, no eres mujer”.

Una paciente de 17 años, hospitalizada en Ginecología I, mencionaba “yo cuando quedé embarazada pensaba mucho en mi vida, mis estudios sin terminar pero mi mamá me decía que ya hacían falta niños en la casa, que debía tener un hijo”. Otra paciente de Ginecología I, mencionaba “yo pensaba que no podía tener hijos, yo solo le rogaba a Dios que me mandara uno, que iba a hacer yo sin hijos”. En conclusión, se pone de manifiesto como la maternidad es la respuesta a la pregunta acerca de la feminidad.

Posiciones parentales que incidieron en la subjetividad de las adolescentes.

En este apartado del enfoque psicológico hablaremos acerca de las posiciones parentales que inciden en la subjetividad de las adolescentes, objeto de esta sistematización. Dentro de nuestra experiencia en la práctica clínica de manera recurrente se observa como estas figuras parentales presentes en las vidas de las madres y gestantes atendidas son endeble, débiles o ausentes. Es por esta razón que nos parece importante comenzar explicando estas funciones las cuales son: el deseo materno y la función paterna, fundamentales en la constitución de todo sujeto.

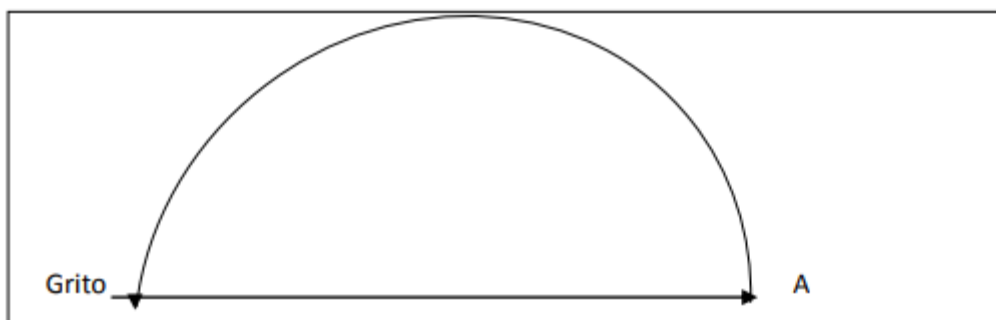
Previo al nacimiento de un bebé se supone que existe el deseo de concebir un hijo por parte de uno o ambos progenitores. Sin embargo se habla de funciones debido a que la posición puede encarnarla cualquier persona, no necesariamente la madre y el padre biológicos del niño. Estas deben cumplir con su rol de manera adecuada para que el sujeto logre constituirse dentro del lenguaje y se ubique en la estructura neurótica. De esta manera la psicóloga Carla Noejovich (2011) menciona “el deseo del Otro y la metáfora paterna serían los primeros elementos a identificar para delimitar la manera en la que se constituye el sujeto del inconsciente” (p. 120).

Deseo Materno

Como se mencionó anteriormente la función materna, no es necesariamente encarnada por la madre biológica, pero el niño si debe de ser maternizado por una persona que transmita un deseo de vida para él. El deseo materno es aquel que introduce al niño en el mundo simbólico.

De tal manera de acuerdo con Cristina Calcagnini (2003) “decíamos que la madre con el pecho, también da la palabra, y con la palabra el significante y la voz. Ella encarna el lugar del Otro, A con mayúsculas, el Otro primordial, molino de la palabra, tesoro del significante” (p. 3).

La persona que cumple esta función materna es aquella que dará un significado a cada sonido o movimiento que realice el menor. El llanto o grito va a convertirse en la vía de comunicación dentro de esta diada. “Por tanto, el sujeto es capturado por la puesta en acto del Otro materno que lo signa, es decir, lo inaugura con su palabra en el mundo del lenguaje y del significante” (Córdoba Salazar, s.f.).



Tomado de: Cercado y Contreras (2016)

Como se puede observar en el esquema de retroacción este Otro que recibe el grito y lo transforma en llamado es el Otro primordial, A, la madre. Por consiguiente de acuerdo con Calcagnini (2003) “el Otro primordial como un amo absoluto, lugar del tesoro de los significantes, ha de ir produciendo sus marcas en el sujeto, precisamente a partir de cómo signifique los llamados que el sujeto emita” (p.3)

Por lo tanto Lacan en el “*Seminario 5: Formaciones del Inconsciente*” (1957) manifiesta que la primera simbolización del niño depende del deseo de la madre y de nada más. Sin embargo durante estas idas y venidas de la madre ante estos llamados, se da lo que Freud llama el *Fort-Da*. La ausencia y presencia de esta figura que colma al niño, hace que éste entre en una dialéctica subjetiva, se da cuenta que la madre desea algo más y se pregunta qué es, por lo que él trata de convertirse en el objeto de deseo de la madre que es el falo.

Durante el proceso de constitución del sujeto, en la primera etapa de alienación al lenguaje, donde el deseo materno juega un importante papel ese “deseo deberá ser atravesado por un significante que represente la ley y cuyo portador se ubica en posición de tercero respecto a la díada madre/hijo” (Noejovich, 2011, p.120).

Es aquí donde interviene la función paterna, después del proceso de alienación se debe dar la separación para que el niño se constituya como sujeto de su propio deseo, un sujeto en falta. Así, de esta manera logre salir de la relación con la madre y pueda incorporarse en la sociedad. De no intervenir de manera adecuada la función paterna, el deseo materno puede ocasionar estragos, tal y como lo menciona Calcagnini citando a Lacan en el Seminario 17 (2003):

El papel de la madre es el deseo de la madre. Esto es capital. El deseo de la madre no es algo que pueda soportarse tal cual, que pueda resultar indiferente. Siempre

produce estragos. Es estar dentro de la boca del cocodrilo, eso es la madre. No se sabe que mosca puede llegar a picarle de repente, y va y cierra la boca. Eso es el deseo de la madre. Traté de explicar que había algo tranquilizador. (...) Hay un palo, de piedra por supuesto que está ahí en potencia, en la boca y eso lo contiene, lo traba. Es lo que se llama el falo. Es el palo que te protege si de repente, eso se cierra. (p. 5)

A lo largo de la experiencia clínica hemos podido evidenciar como este deseo materno está presente en las madres adolescentes, las cuales esperan con anhelo a sus hijos. Sin embargo al momento de revisar la historia familiar encontramos como en la relación madre-hija, que como se explicó en el apartado anterior, depende de la salida que haya tomado la niña en el complejo de Edipo, esta función materna ha sido endeble o ausente en ciertas pacientes, una de ellas que se encontraba en el área de CIN mencionaba “mi madre nos dejó abandonados por irse con otro hombre, ella prefirió ser mujer que madre”.

Función Paterna.

Como mencionábamos anteriormente la función paterna es aquella que inscribe el significante del Nombre del Padre, ésta es fundamental en la constitución del sujeto debido que atraviesa el deseo materno y “permite vehiculizar el significante fálico que es lo que separa a la madre del hijo, introduciéndose de esta manera la castración y colocando al sujeto en una posición de falta” (Aranda , Ochoa, Aguado, & Palomino, 1999)

De la misma manera que el deseo materno puede ser un rol no necesariamente cumplido por la madre, la función paterna no refiere necesariamente al padre real. Sino que se realiza una distinción entre el padre real y simbólico, por lo tanto cabe recalcar que el padre es un significante que distingue una paternidad biológica y que debe existir un reconocimiento por parte del sujeto que asume este rol, tanto como un consentimiento de parte del hijo.

Al referirse al padre como función, se habla de metáfora paterna, en ese sentido el padre no es un objeto real, sino como explica Lacan (1957) en el “*Seminario 5: Formaciones del Inconsciente*”:

(...) el padre es una metáfora. (...) Una metáfora es, ya se los he explicado, es un significante que viene en lugar de otro significante. Digo el padre en el complejo de Edipo, incluso si esto debe turbar las orejas de algunos. Digo exactamente el padre

es un significante sustituido a otro significante. Y ahí está el resorte, y el único resorte esencial del padre, en tanto que interviene en el complejo de Edipo. Y si ustedes no buscan las carencias paternas a ese nivel, no las encontrarán en ninguna otra parte. (p.179)

Por lo tanto la función paterna consiste en sustituir al significante materno, el cual fue introducido primero en la simbolización. Es ahí donde Lacan introduce el significante Nombre del Padre y elabora la siguiente formula:

$$\frac{NP}{DM} \cdot \frac{DM}{X} \longrightarrow NP \frac{(A)}{\phi}$$

Tomado de: León Ruiz (2013)

Lacan escribe la fórmula de la metáfora paterna en la que el deseo de la madre: (DM), significa al sujeto con una x, que como en el álgebra puede adquirir diferentes valores. Para el deseo de la madre el hijo adviene al lugar del falo imaginario. El N. P., nombre del padre, reprime el D M. y pasa bajo la barra y como producto de esta eficacia este lugar adquiere un nuevo valor. El sujeto deja de ser el falo del Otro y en tanto deja de ser objeto de puro goce entra en el lazo social, entra en la significación fálica. (Calcagnini, 2003, p. 4-5)

De no ser inscrito el significante de Nombre del Padre, si la función es endeble, el sujeto puede llegar a forcluirla de tal manera que no hay una función que regule el goce, así como lo menciona Massimo Recalcati (2004) existe una “imposibilidad de operar una mediación simbólica que articule la virtud pacificante de la castración simbólica edípica con lo real del goce”. Por lo tanto se produce una psicosis donde como no hay una represión, se presenta “un retorno directamente en lo real de aquello que no pudo ser simbolizado” (Recalcati, 2004).

Sin embargo no se profundizará la forclusión del Nombre del Padre dentro de ésta sistematización debido a que no encontramos ningún caso donde se presentara una psicosis en nuestra experiencia dentro del Hospital General Guasmo Sur.

En manera de síntesis, como hemos visto dentro de éste y los apartados anteriores la función paterna es de vital importancia para la constitución de un sujeto. En primera instancia es aquella que atraviesa el deseo materno y cumple un papel fundamental en el proceso de separación donde el sujeto se coloca en posición de falta. Además esta función interviene como reguladora de goce, como autoridad. A partir de ésta también se constituye el ideal del yo que permite instalar ideales y construir identificaciones. Por lo tanto, si la función paterna es débil o ausente, se va a producir una herida subjetiva en el sujeto.

Durante la experiencia de la práctica clínica en el recinto hospitalario hemos logrado evidenciar la ausencia de una figura paterna como lo más recurrente. La mayoría de las pacientes expresan el abandono del padre y la ausencia de otra persona que represente ésta función. Esto se pone de manifiesto cuando una paciente del área de Cuidados Intermedios Neonatales (CIN) comentó “mis padres se separaron cuando tenía 5 años y como mi mamá tenía otra pareja que no le gustaban los entenados, me dejó donde mi abuelita”. Otra paciente de la misma área menciona “yo recién conocí a mi padre a los 13 años, mi mamá tenía su pareja que intentó violarme en dos ocasiones, por eso me fui con mi esposo, aunque al comienzo no lo quería”.

Podemos observar cómo dentro del discurso de las madres y gestantes adolescentes atendidas en el hospital, se evidencia ésta herida subjetiva que ha producido la ausencia de una o ambas figuras parentales, necesarias en la constitución de un sujeto que se encuentra atravesando una etapa de doble crisis, debido a los cambios subjetivos y físicos propios del embarazo y la adolescencia.

El Goce.

Dentro de este apartado de la sistematización se abordarán las diferentes concepciones de goce, articulándolo con la experiencia de la práctica clínica. Para empezar, es importante recalcar la plasticidad del concepto de goce dentro del psicoanálisis, así como otros términos lacanianos, éste no es estático, al contrario es dinámico y en algunas ocasiones contradictorio. El goce como explican Martínez y Zambrano (2013) “lo podemos entender como un placer paradójico porque produce displacer, es aquello que está ubicado por fuera del principio del placer en términos freudianos” (p.16).

Jacques Alain Miller (2000) en su texto “*El lenguaje, aparato del goce*” hace un recorrido de la vasta obra de Lacan, respecto a la doctrina del goce. En él realiza una periodización de éste término, ordenándolo de manera lógica en el artículo “*Los seis paradigmas del goce*”, donde explica las diferentes concepciones que Lacan formuló acerca de él, a lo largo de sus escritos y seminarios. En la siguiente sección se sintetizarán los seis paradigmas para una mejor comprensión de este complejo término.

Periodización de la concepción de goce.

El primer paradigma Miller lo llama “La imaginarización del goce”. Es aquí donde Lacan ubica dos modos de satisfacción: simbólica e imaginaria. Miller (2000) menciona “en el primer paradigma de Lacan la libido tiene un estatuto imaginario, y el goce como imaginario no procede del lenguaje, de la palabra y de la comunicación” (p.144). Es de esta manera que se encuentra este goce distinto de la satisfacción simbólica en el eje a-a’. Éste goce no es dialéctico, Lacan lo describe como estancado e inerte, por lo tanto este primer paradigma acentúa la disyunción entre el significante y el goce, explicando como éste emerge al momento de una ruptura en la cadena simbólica.

El segundo paradigma llamado “La significantización del goce”, es el segundo movimiento de la enseñanza de Lacan. Miller explica como este paradigma se incorpora al primero, lo completa y se impone agresivamente. Esto sucede debido a que todos los términos que previamente fueron vertidos en la categoría de lo imaginario ahora son fundamentalmente términos simbólicos. Dentro de éste paradigma vemos como Lacan re-transcribe la pulsión intentando simbolizarla.

En este paradigma Miller (2000) menciona que Lacan crea el grafo del fantasma $\$ \diamond a$, para establecer que la imagen en función significante está articulada al sujeto simbólico, haciendo una conexión entre lo simbólico y lo libidinal. Cabe recalcar que el momento importante de este paradigma “es el momento del falo, cuyo estatuto de imagen, que lo distingue ya del órgano, se desplaza para privilegiar su estatuto simbólico” (p.147). Es decir el falo imaginario, pasa a ser falo simbólico y es en ésta significantización del goce que se da la castración, produciendo un goce mortificado, pasado al significante, a lo que Lacan llama deseo. Es así que el goce del segundo paradigma está repartido entre el deseo y el fantasma.

El tercer paradigma Miller lo llama “El goce imposible”, este es introducido a partir del Seminario “*La ética del psicoanálisis*”. Este paradigma establece que la verdadera satisfacción, la pulsional, no se encuentra en el orden de lo simbólico, ni lo imaginario, sino más bien Lacan le da una tercera asignación, en el orden de lo real. Se relaciona este goce imposible, con el término freudiano *Das Ding*, al cual solo se accede mediante forzamiento, “es decir, es estructuralmente inaccesible, salvo por transgresión” (p.152).

Para acceder a este goce se deben transgredir tres barreras: primero la barrera simbólica, de la ley, luego la barrera imaginaria como la aparición de lo bello que impide alcanzar La Cosa y finalmente la barrera de lo real que es conectada con el horror. Este paradigma vuelve a acentuar la disyunción entre significante y goce. Sin embargo en el primer paradigma donde se hacía el mismo señalamiento el goce era imaginario, mientras que aquí encontramos el goce como real. También vemos una oposición entre la libido que figura entre los significantes, como deseo y la libido *Das Ding*, como el goce.

El cuarto paradigma crea una nueva alianza entre lo simbólico y el goce, Miller lo llama “El goce normal”, éste paradigma refiere al seminario 11 “*Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*”. Es aquí donde se ubica al goce fragmentado en objetos a, “no está ya situado en un abismo sino en un pequeño hueco” (p.154). No se accede al goce mediante transgresión heroica como en el tercer paradigma donde el goce se encontraba del lado de lo real, sino más bien por la pulsión realizando un viaje por las zonas erógenas, ida y vuelta, sin transgredir.

Dentro de este paradigma Lacan distingue las operaciones de alienación y separación, donde concibe a la alienación como la identificación a un significante que supone al sujeto y la separación, el proceso donde se recupera a la libido como objeto perdido, como resultado de

este proceso está el goce. El objeto a que es producto de estas operaciones, traduce la significantización del goce.

El quinto paradigma denominado por Miller como “El goce discursivo” hace referencia a los Seminarios 16 “*De un Otro a un Otro*”, Seminario 17 “*El reverso del psicoanálisis*” y su escrito “*Radiofonía*. A lo largo de estos textos es que Lacan elabora la teoría de los discursos, es a partir de aquí que menciona “hay una relación primaria del saber con el goce” (p.160). Dentro de éste paradigma con la noción de discurso cambia la idea de que la relación entre significante y goce es una relación primaria y ordinaria, introduciendo la repetición, como repetición de goce.

Miller habla de que existe un ser previo al sistema significante y éste será un ser de goce, es decir, un cuerpo afectado de goce. Una vez que el sujeto es vehiculizado por el significante, que es acentuado como marca de goce, irrumpe en el cuerpo y se convierte en un ser de falta, barrado, produciendo un suplemento de goce, éste goce es lo que deviene como objeto perdido a partir del proceso de separación. Dicho de otra manera el goce fálico obtenido de la castración, al ser prohibido y paradigmático es suplido por el goce del plus de goce, éste objeto retornará en la repetición a manera de síntoma. Finalmente en este paradigma como mencionan Martínez y Zambrano (2013) “Miller sentenciará que el significante depende del goce y que el goce es impensable sin el significante ahondando aún más la circularidad primitiva entre significante y goce” (p.20).

Finalmente Miller introduce el sexto paradigma al cual llama “La no relación” basado en el Seminario “*Aun*”. Dentro de este paradigma Lacan corta la rama sobre la cual apoyaba toda su enseñanza, en éste planteó la relación originaria entre significante y goce, cuestiona el concepto de lenguaje e introduce el término lalengua. “Lalengua, que es la palabra antes de su ordenamiento gramatical y lexicográfico” (p.172), este concepto cuestiona la palabra como comunicación y la concibe a ésta y a su estructura como derivados del goce.

Este paradigma como menciona Miller está fundado en la no relación, los conceptos que antes fueron trascendentales y primordiales en la enseñanza de Lacan, fueron reducidos a ser meramente conectores. Había una primacía en la disyunción: entre el significante y significado, el goce y el Otro, el hombre y la mujer, donde Lacan afirmó que no había relación sexual. Por lo tanto este paradigma toma como punto de partida el goce, en tanto es una propiedad del cuerpo viviente.

Ésta disyunción entre el goce y el Otro, llevan a formular a Lacan que el goce prescinde el Otro, acá disyunción quiere decir no relación. Es así como hablan de un goce Uno, propio del cuerpo. En conclusión como explican Martínez y Zambrano (2013):

A este goce Lacan lo denominará goce Uno que a su vez se manifestará en distintas modalidades o versiones teniendo así al goce del propio cuerpo, al goce fálico, al goce de la palabra y al goce sublimatorio, donde la característica que nuclea a todos estos es que dejan de lado al Otro. (p.21)

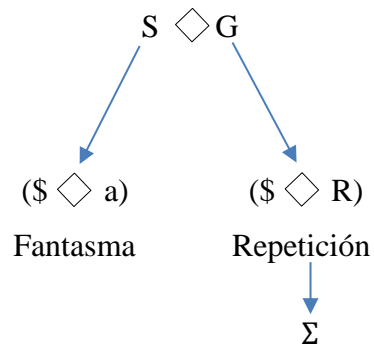
Goce ubicado en las madres/gestantes: La repetición de la historia familiar.

Este apartado es creado a partir de la experiencia clínica durante las prácticas pre-profesionales realizadas en el Hospital General Guasmo Sur. En este recinto hospitalario es recurrente observar madres o gestantes adolescentes en las áreas de Ginecología y Neonatología. Una de las funciones como practicantes de estas áreas era abordar a estas pacientes y ofrecerles un espacio de escucha, debido a que el embarazo adolescente puede generar ansiedad y angustia, además que es considerado como una problemática social.

Al momento de trabajar con las pacientes, se evidenció de manera repetitiva como ellas referían que su embarazo a su corta edad, era algo “normal”. A partir de esto, cada una elaboraba un poco acerca de su historia familiar y cabe rescatar que un grupo significativo manifestaba que sus madres habían vivido su embarazo también en la etapa de la adolescencia.

A partir de ésta razón tratamos de ubicar un goce en la repetición, así como se explicó previamente dentro del quinto paradigma “El goce discursivo”. En este paradigma Miller nos explica como el goce “vendría a ser el objeto perdido del sujeto y deviene como objeto plus de goce. Es este objeto que retornará en la repetición por ejemplo en el síntoma” (Martínez & Zambrano, 2013, p.20).

Para explicar mejor este paradigma Miller realiza un gráfico, mostrado a continuación.



Como se observa en el gráfico, pensar al goce con la forma de fantasma, es llegar a él a través de la transgresión, Miller lo ubica como una variante del tercer paradigma “El goce imposible”, ya que para llegar a él debe existir un atravesamiento del fantasma. Por otro lado pensar al goce de lado de la repetición, “es de alguna manera la forma desarrollada del fantasma, en el mismo sentido en que el fantasma es la forma concentrada de la repetición” (Miller, 2000, p.169), esta repetición de goce nos presenta una constancia, por lo que merece llamarse síntoma.

Desde el punto de vista del paradigma “El goce discursivo”, se puede llegar a pensar en ciertos casos, que ubicamos durante la práctica, que el embarazo adolescente deviene como síntoma, al presentarse como repetición de la historia familiar y como una respuesta posible a los enigmas de la adolescencia.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Esta sección corresponde a la metodología desarrollada en la sistematización y el análisis de 4 casos de madres adolescentes atendidas en el Hospital General Guasmo Sur. Estos fueron los más relevantes durante la experiencia en la institución hospitalaria porque nos permiten evidenciar la problemática planteada en nuestra sistematización.

Las entrevistas y observaciones realizadas en sala servirán para sustentar la teoría anteriormente mencionada, es decir la construcción del cuerpo del trabajo y posteriormente las conclusiones.

Método

El método que se usará en la sistematización referente al embarazo adolescente será de tipo bibliográfico debido a que por medio de diversos textos, ensayos, artículos, páginas *web's*, revistas, documentos científicos, etc., se logrará obtener información necesaria para el desarrollo del proyecto y su elaboración. Se considera que el proyecto de sistematización tiene un corte de metodología cualitativa.

Cualitativa: Las entrevistas realizadas a profesionales de la salud: psicóloga perinatal y ginecólogo, además de las entrevistas realizadas a las pacientes hospitalizadas en el Hospital General Guasmo Sur, permitieron recolectar los datos necesarios para la mejor comprensión y desarrollo de nuestra sistematización.

Tipo de investigación

La investigación es de tipo descriptivo y estudio de casos. En la sistematización como se evidencia a lo largo del presente trabajo se realizó una descripción de todos los actores involucrados, de la institución hospitalaria, su personal, las áreas en el cual se realizó la sistematización y de nuestro objeto de estudio, las madres adolescentes.

Los estudios de casos como menciona Bernal, (2006) son un “metodo de investigación, es un procedimiento metodológico para estudiar a profundidad y en detalle una unidad de análisis dentro de una unidad poblacional a partir de unos temas de interés por parte del investigador”. Como mencionamos anteriormente nos estamos refiriendo a madres adolescentes que tienen en común el proceso de gestación, la crisis de la adolescencia y el nivel socio-económico, este

tipo de investigación nos permite profundizar caso a caso y relacionarlo con el marco teórico de nuestra investigación.

Población

La población con la cual se trabajará será con las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio dentro del Hospital General Guasmo Sur en la ciudad de Guayaquil. Siendo estas consideradas como nuestra población finita debido a que se sabe el total de madres adolescentes con las cuales se realizó un trabajo psicológico. Es preciso mencionar que durante las prácticas clínicas las practicantes atendieron en total a 186 pacientes, de las cuales 64 entran dentro del rango etario de nuestro objeto de estudio. Finalmente de estas se tomarán 3 casos clínicos para la sustentación del problemática planteada.

Instrumentos

Los instrumentos y técnicas utilizados dentro del trabajo de sistematización fueron la entrevista y la observación. Estos instrumentos y técnicas permitieron la recolección de datos e información necesaria para la elaboración de éste proyecto y sustentar la problemática planteada.

Como se mencionó anteriormente las entrevistas se realizaron a las pacientes atendidas dentro del Hospital General Guasmo Sur, así mismo como a la psicóloga perinatal de la misma institución. Sin embargo también se logró realizar una entrevista con un cirujano-gineco-obstetra externo al recinto hospitalario donde se realizaban las prácticas, el cual nos ayudó a obtener desde la mirada médica un mayor conocimiento acerca del embarazo adolescente y las complicaciones más recurrentes que éstas jóvenes gestantes presentan.

Entrevistas

Al ser ésta investigación de carácter cualitativo la entrevista es uno de los instrumentos de recolección de datos más importante dentro de nuestra sistematización. Como parafrasea Ileana Vargas (2012) a Fontana y Frey “la entrevista cualitativa permite la recopilación de información detallada en vista de que la persona que informa comparte oralmente con el investigador aquello concerniente a un tema específico o evento acaecido en su vida” (p.5).

Las entrevistas psicológicas realizadas a las pacientes atendidas tomaron lugar dentro del recinto hospitalario. Éstas fueron semiestructuradas, con el objetivo de obtener la información

necesaria para un diagnóstico presuntivo y el posterior análisis que permita la sustentación de la problemática planteada en esta sistematización.

Ruiz Olabuenaga e Ispizua (1989) hablan sobre las entrevistas semiestructuradas y mencionan “sus objetivos son comprender más que explicar, maximizar el significado, alcanzar un respuesta subjetivamente sincera más que objetivamente verdadera y captar emociones pasando por alto la racionalidad”. Por lo tanto en las entrevistas a las pacientes se partía de preguntas generales acerca del embarazo y la historia familiar hasta llegar a la historia del síntoma, buscando que las adolescentes expresen sus experiencias.

La entrevista a la psicóloga perinatal también fue realizada dentro de la institución médica, en el salón de conferencias del área de UCIN. Ésta entrevista fue semiestructurada, planificada previamente, pero abierta en caso de surgir alguna pregunta para aclarar cualquier duda. La entrevista realizada al experto en ginecología y obstetricia, externo al hospital, se dio en un consultorio privado. De la misma manera la entrevista fue semiestructurada dirigida con un enfoque médico acerca del embarazo adolescente y sus complicaciones.

Observaciones

La observación también es uno de los instrumentos utilizados para la recolección de datos dentro de esta sistematización. Así como menciona Fernández-Ballesteros (1980) “observar supone una conducta deliberada del observador, cuyos objetivos van en la línea de recoger datos en base a los cuales poder formular o verificar hipótesis” (p.135).

Durante la experiencia en el recinto hospitalario se logró observar cómo se desenvolvían las pacientes con sus hijos, ya sea en el área de Ginecología I, o en el área de Cuidados Intensivos Neonatales, donde el cuidado era diferente debido a la condición que variaba en cada bebé. También se pudo observar el trato de los profesionales de la salud con las pacientes, lo cual influía en la manera que éstas se sentían durante su estancia hospitalaria o la de sus hijos.

Por medio de la información recogida con este instrumento se evidenciaba el impacto de la maternidad en las madres y gestantes adolescentes, objeto de esta sistematización.

Recursos

Al realizarse las prácticas en el Hospital General Guasmo Sur dentro de las áreas de Ginecología I, Ginecología II, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y Cuidados Intermedios Neonatales (CIN), los recursos utilizados fueron diferentes.

Dentro de las áreas de Ginecología se tuvo como recurso las salas donde se encontraban las pacientes ingresadas, donde en algunas ocasiones se podía colocar una silla para realizar las entrevistas psicológicas junto a la cama. Para la recolección de datos se utilizó un cuaderno de anotaciones y un bolígrafo.

En el área de Neonatología como se mencionó en el apartado del enfoque médico se requiere una extrema asepsia por lo que era necesario el uso de gorros, zapatones, uniforme previamente esterilizado entregado por el hospital y mascarilla. Dentro de esta área se contaba con la zona de lactario donde se encuentra un escritorio y dos sillas, donde a menudo se podían realizar entrevistas con las madres de los bebés hospitalizados.

Por último es importante recalcar el área de ingreso de datos que utilizan los doctores del área de Neonatología donde se encuentra una computadora que dispone del sistema “Módulos Órdenes”, en el cual se ingresan los datos de los pacientes, donde las practicantes podían realizar anotaciones sobre la información recolectada y enviarla a la tutora del hospital.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS CASOS CLÍNICOS

CASO “Pamela”

1. Presentación del caso:

A continuación presentaremos un caso trabajado por la practicante Ana María Plata Parada en el área de Cuidados Intermedios Neonatales (CIN) en el mes de Octubre del 2017. Pamela tiene 17 años, cuando ingresó en el hospital se encontraba en periodo de gestación, madre adolescente primigesta. A la paciente le realizaron una cesárea de emergencia debido a que presentó eclampsia, como se mencionó anteriormente la pre eclampsia y eclampsia son afecciones muy comunes en gestantes adolescentes.

El bebé de la paciente nace de 32 semanas, por esta razón se considera prematuro, es ingresado a CIN por problemas respiratorios. En el área Cuidados Intermedios Neonatales (CIN) la madre puede acompañar a su hijo las 24 horas del día, la institución hospitalaria promueve y protege el vínculo madre e hijo además de la lactancia materna, la paciente es derivaba a psicología debido a que no tenía deseos de estar en sala con su bebé y presentaba excesivo llanto. Debido al estado de salud de su hijo, la paciente tuvo una estancia hospitalaria larga, esto permitió tener alrededor de 6 sesiones con la paciente.

2. Historia del síntoma:

La paciente en sala se encuentra muy angustiada debido a la reciente pérdida de la pareja sentimental y su maternidad. La paciente pone de manifiesto en sesión que conoció a su novio en el colegio, mantenían una relación estable, queda embarazada en la primera relación sexual, al poco tiempo se enteró que su pareja sentimental tenía esposa y dos hijos.

La madre de la paciente le prohíbe esta relación ya que al informarle al padre del bebé la noticia del embarazo, tampoco quiere hacerse cargo y niega por su esposa tener una relación con la paciente. A pesar de la prohibición de la madre Pamela sigue con su relación sentimental a escondidas, la paciente menciona en sesión “al poco tiempo terminamos porque descubrí que el vendía marihuana y eso tampoco lo iba a aceptar”.

La paciente se encontraba muy ansiosa y angustiada porque estando en el hospital, su ex pareja la había contactado para ir y conocer a su hijo para hacerse cargo. La paciente menciona en sesión:

Me dijo que estaba enamorado de mí y que no podía dejar de pensar en mí, yo sé que ya no puedo estar con él, porque yo quiero casarme y a mí no me gustaría que mi esposo haga eso que le hizo el a su mujer, si el viene yo no quiero verlo a mí me parece bien que se haga cargo de su hijo pero mi mamá no me deja porque dice que si no se hizo cargo los primeros meses que va a hacer ahora, por eso yo le dije que puede venir pero cuando mi mamá no esté.

En sesiones posteriores la paciente empieza a elaborar su maternidad y menciona que se sentía muy sola antes de quedar embarazada, la paciente pone de manifiesto “me sentía escuchada por él, teníamos una buena relación”. La larga estancia hospitalaria producía en la paciente altos montos de angustia, en sesión la paciente menciona “no quiero estar aquí hace 3 días que no como, ayer bajé con mis amigas (otras madres del área de CIN) y estaban sus esposos esperándolas, yo me devolví se me quitó el hambre, todo”. Se pone de manifiesto como la paciente relaciona la maternidad con tener pareja.

La paciente se muestra desbordada en sesión y menciona “no puedo, es que todo me lo recuerda a él (ex pareja sentimental), mi bebé es igualito a él, lo miro de frente y no... no puedo es muy difícil”. Se pone de manifiesto lo difícil que es para la paciente asumir su maternidad. La paciente menciona además en sesión que extraña mucho a su familia, refiere sentirse sola, llega a formular:

Yo me pongo a pensar más adelante él me va a preguntar por su papá y yo le voy a decir la verdad pero no quiero que el pase por ese dolor de no tener padre. Son muchas cosas, quiero ser fuerte por mi hijo pero llega la noche y lloro, cuando voy al baño quiero gritar. Tengo tanto coraje dentro de mí, no lo odio pero estoy resentida.

Fue necesario el acompañamiento en sala ya que por el estado psicológico de la paciente, la institución hospitalaria no quería que Pamela dejara a su bebé en el hospital. Por esta razón fue necesario tener una entrevista con la madre de Pamela, la cual manifestó no saber que había hecho mal para que su hija hubiese quedado embarazada.

La madre de Pamela menciona en sesión “si yo me fui de compromiso a esa edad fueron por otras circunstancias, mi infancia fue difícil mi papá y mi mamá se separaron, mi papá tomaba mucho, mi mamá se fue de la casa con otro señor, mi papá metía mujeres a la casa, yo vivía con mi mamá me tocó irme de la casa porque el esposo de mi mamá intento abusar de mi, entonces me fui, ahí conocí a mi actual esposo no es que estaba enamorada pero pasaba en la

casa de él y mi suegra se portaba muy bien conmigo me hacía dormir en otro cuarto y yo pasaba ahí.. entonces como que yo necesitaba el calor de hogar... una estabilidad ya con el tiempo ya lo fui queriendo, salí embarazada y formamos una familia.”

La madre de la paciente manifiesta que el esposo le echa la culpa de que Pamela haya quedado embarazada por consentirla mucho. Al final de la sesión se hace un señalamiento acerca del embarazo de su hija y menciona:

No sé, tal vez quería llenar un vacío... porque en sí, me he puesto a pensar en que fallé, qué hice mal, ella que piensa... tal vez llenar un vacío porque cuando ella era pequeña el papá le hacía cariños y ella era bien apegada al papá, la más engreída de él pero ahora ella de grande él la rechazaba, por ejemplo él a veces llegaba y ella lo abrazaba y él decía “Ay hija ahora no, estoy cansado no molestes Pamela”. Pienso que eso le afectó porque ella lloraba diciendo que el papá la rechazaba, yo le decía: “pero ya lo conoces no te le acerques”, es que más de eso no podía hacer, yo le decía y no hacía caso.

La entrevista con la madre de Pamela era necesaria para indagar más acerca de la dinámica familiar y para hablar acerca de la maternidad de su hija, de lo necesario que es el empoderamiento de Pamela como madre, para que ella pudiera hacerse cargo de su hijo con la ayuda de su madre. Por el discurso de Pamela se podía leer entre líneas que su madre tomaba decisiones por ella respecto a su maternidad, por ejemplo el prohibir que el padre de su hijo lo conociera y se hiciera responsable.

3. Comentarios y conclusiones del caso:

La paciente se encuentra pasando por un duelo de separación debido a que la relación sentimental que tenía con el padre de su hijo terminó. Además la paciente se encuentra atravesando el duelo de su infancia, Pamela menciona en sesión quedar embarazada en su primera relación sexual, la sexualidad es considerada para el psicoanálisis como un real y el haber quedado embarazada en su primera relación sexual, más la suma de variables que acompañaron el proceso de gestación hizo de este un evento traumático.

Por otro lado se pone de manifiesto el rechazo del padre cuando la paciente entra a la adolescencia, rechazo que según el análisis del caso fue cubierto por la presencia de su pareja. Se puede inferir que Pamela lo que buscó en su compañero fue restituir el vacío dejado por su padre en un momento de crisis.

El embarazo pudiera también ser leído como un *acting* que intenta convocar la mirada o atención del Otro paterno, ya que durante el proceso de gestación la pareja de Pamela la abandona y es el padre quien se implica en las responsabilidades y cuidados de la paciente.

CASO “Daniela”

1. Presentación del caso:

El siguiente caso clínico fue trabajado por la practicante Ana María Plata Parada en el área de CIN (Cuidados Intermedios Neonatales) en septiembre del 2017. Daniela tiene 16 años, madre adolescente primigesta. La paciente llega al hospital en la semana 32 de su periodo de gestación, su madre la había encontrado convulsionando en la madrugada debido a que Daniela tuvo eclampsia. Le realizaron una cesárea de emergencia debido a las convulsiones producidas por la dicha afección. Daniela estuvo en coma durante 48 horas, su bebé fue ingresado a CIN debido a que nació prematuro.

Daniela es derivada a psicología debido a que la institución hospitalaria considera importante saber el estado emocional de las madres adolescentes. Daniela en sesión comenta que estando embarazada trató de abortar muchas veces “tome pastillas abortivas, hacía mucho ejercicio pero nunca pasó nada un día hasta vomite sangre, mi mamá se dio cuenta y me dijo que dejara de hacer eso, que la bebé no había pedido nacer”.

2. Historia del síntoma:

Daniela pone de manifiesto en sesión que la relación sentimental que tenía con el padre de su hija se terminó, menciona que su relación era “peligrosa” debido a que ella hacía parte de la barra brava de Emelec y él de Barcelona. La paciente menciona en sesión “si nos descubrían a mí me podían botar y a él pegar”. Mantenían la relación en secreto, al momento de enterarse de su embarazo la paciente le cuenta a su ex pareja, él manifiesta querer hacerse responsable, le propone irse a vivir juntos. Daniela le propuso esperar a terminar el colegio para poder vivir juntos, el padre de su hijo no lo aceptó “se puso grosero y me dijo, no eres la única mujer”. Daniela al poco tiempo se entera que tenía una nueva relación sentimental.

Daniela durante el periodo de gestación igualmente enviaba las ecografías para que él tuviera conocimiento y manifestaba querer hacerse cargo, la paciente refiere: “el problema fue cuando unos amigos de él me vieron en el barrio y como no tenía barriga le dijeron que era

mentira que no estaba embarazada, pero simplemente no me salió mucha barriga” y al poco tiempo éste dejó de responder sus mensajes, lo cual generó mucha angustia en la paciente.

Daniela en sala se encuentra muy angustiada porque el padre de su hija no va al hospital, esto genera dificultades para asumir su maternidad, la paciente en sesión demanda un saber al psicólogo “dígame usted porque él no viene, qué pensará, entiendo que tenga sus dudas pero sí es su hija”. Por lo mencionado anteriormente la paciente tuvo un proceso de gestación con altos montos de ansiedad, Daniela pone de manifiesto en sesión:

Al final de mi embarazo yo sentía que mi bebé se iba a morir, habían mariposas negras en mi casa, soñaba mucho, un día soñé con mi abuelita que había fallecido, me decía que fuera con ella, siempre me veía sola hasta que empecé con dolores de cabeza, me desmayé y me hicieron cesárea de emergencia, yo no me acuerdo de esto, mi mamá me cuenta que estuve en coma, que ella le pedía a Dios que me levantara, cuando me levanté sentí que Dios me había dado otra oportunidad, yo pensé que era mi bebé la que iba a fallecer no yo.

Daniela en sesiones posteriores habla acerca de las barras bravas menciona “no puedo explicar lo que siento, ahí conoces gente, te respetan depende del cargo que tengas, cuando meten un gol no puedo explicar la emoción que siento, es demasiado importante para mí, voy desde que tengo 13 años”. La paciente menciona que la maternidad la ha hecho pensar que lo mejor sería dejar de ser parte de la barra de Emelec y menciona “el ambiente no es bueno, ahí hay muchas drogas y no quiero eso para mi hija”.

Daniela debido al grave estado de salud de su hija, tuvo una estancia hospitalaria larga en la cual se pudo continuar con el proceso psicológico, la paciente en sala comenta que quiere que el padre de su hija vaya al hospital y se haga cargo de su bebé. Se realizó un señalamiento en el cual se le dijo a la paciente que su hijo ahora necesitaba solo de ella, no del padre, el estar tan preocupada y ansiosa por su ex pareja traía dificultades en la vinculación madre-hija en sala, en algunas ocasiones la paciente no quería estar en apego con su hija.

Daniela empieza a elaborar más respecto a esto y menciona “yo lo sé, son mis padres, me siento muy presionada por ellos para que lo llame venga y le dé el apellido y se haga cargo, mi mamá creo yo que lo hace porque ella también tuvo un hijo sola a los 15 años”.

La paciente comenta que su ex pareja le pedía al primo que le escribiera para saber cómo iba su proceso de gestación. Daniela respondía, pero siguieron teniendo contacto vía *facebook*,

hasta que se vieron personalmente y empezaron una relación sentimental. La paciente comenta “yo tenía miedo de que mis papás se enteraran porque a mí me pareció que estaba mal, pero a ellos les pareció bien pero por interés, porque dijo que se iba a hacer cargo de mí y mi hija. Me gustaría que ellos fueran más exigentes eso no tenían por qué haber aceptado porque no era lo correcto”. La paciente habla del momento en el cual empezó a convulsionar y menciona “yo me despedí de mi novio en ese momento y le dije que gracias por escucharme que había sido como un padre para mí”. Daniela empieza a hablar de su padre y menciona “no crecí con él, es lo más importante y lo amo pero no lo veo como padre sino como amigo”, menciona que su relación con el primo de su ex pareja terminó porque cuando dio a luz no la acompañó, “ya no quiero estar con él no estuvo cuando más lo necesitaba, igual no es el padre de mi hija”. Daniela menciona que su papá luego de dar a luz habló con ella y le dijo que se dedicara a los estudios que dejara de pensar en novios, pone de manifiesto “a veces pienso que si me hubieran hablado más no estaría aquí a lo mejor en la universidad”.

La paciente en sesiones posteriores pone de manifiesto no tener mucha paciencia con su hija, menciona “llora mucho, yo le digo que la voy a mandar a adoptar (ríe), la verdad aquí solo estoy por ella porque aquí me siento desesperada quisiera salir corriendo”.

3. Comentarios y conclusiones del caso:

En el caso clínico se pone de manifiesto cómo incidieron las posiciones parentales en el embarazo de Daniela. El amor a su equipo de fútbol (Emelec) y cómo se refiere al sentido de pertenencia que éste le da: “ahí te respetan depende del lugar que ocupes”, dan cuenta de cómo Daniela buscaba un referente, algo que no encontraba en el seno familiar. Se pone de manifiesto además un Nombre del Padre débil que no posibilitó a la paciente una salida diferente.

Daniela a través de las sesiones manifiesta en su discurso cómo fuera su vida si sus funciones parentales hubiesen sido más sólidas, ella verbaliza: “si ellos me hubieran hablado más yo estaría hasta estudiando en la universidad”, refiriéndose a la ausencia y falta de control de sus figuras parentales. Ella demanda a los padres un corte, un “no”, el Nombre del Padre, prohíbe pero posibilita otra cosa, en el caso clínico a la paciente no se le prohíbe ni posibilita.

El proceso de gestación para la paciente fue muy traumático, un real que Daniela no podía tramitar, esto al encontrarse en la crisis de la adolescencia y el duelo por la pérdida de la

pareja sentimental provocó en Daniela ansiedad que la llevaron a tener varios intentos de aborto y al final del embarazo eclampsia. En conclusión como se mencionaba en el marco teórico el que la crisis de la adolescencia y el proceso de gestación se encuentren en el mismo momento lógico produce en el sujeto una doble crisis que no le permiten asumir su maternidad, presentando problemas en el vínculo madre-hija y lactancia materna.

CASO “Mercedes”

1. Presentación del caso:

El presente caso clínico fue trabajado por la practicante Sara Marina Oquendo Véliz, en primera instancia dentro del área de Ginecología, donde se realizó la entrevista inicial con la paciente, luego se pasó a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) donde estaba hospitalizado su bebé, durante el mes de octubre del 2017. Mercedes tiene 19 años, es madre adolescente de dos hijos, una niña de 3 años y el recién nacido que se encuentra en el área de UCIN. La paciente llega al hospital en la semana 31 de su embarazo, en la cual le realizaron una cesárea de emergencia.

Mercedes se entera de su estado a las 27 semanas del proceso de gestación. La paciente es derivada a Psicología debido a que presentaba altos montos de ansiedad antes de realizarle la cesárea, porque su bebé nacería prematuro.

2. Historia del síntoma:

Dentro la primera sesión que se tuvo con Mercedes, ella se encontraba angustiada y mencionó mientras lloraba “otro hijo sin padre”. Es entonces que Mercedes comienza a relatar su historia señalando que está casada con el padre de su primera hija, pero que éste nunca se hizo cargo de su bebé. Mercedes refirió “yo trabajaba en el Mi Comisariato, cuando tenía 8 meses de embarazo, un día me sentí mal y me enviaron a la casa, cuando llegué encontré a mi esposo con otra mujer”. Mercedes comenta que después de ese incidente se fue donde una tía, cuando regresó llamó al padre para que vaya a buscarla a la casa. Después de que se fue a la casa de sus padres a vivir nuevamente con ellos y sus dos hermanas menores, menciona que su esposo no la dejó llevarse nada y que luego le dijo “ya me enteré lo que has hecho, ese hijo no es mío”.

Mercedes comenta que conoció a su esposo por medio de su familia, era un conocido y lo invitaban a las fiestas familiares. Admite que al comienzo no quería confesarles a los padres

que eran novios, pero poco tiempo después de hacerlo se casaron. Durante esta sesión Mercedes recuerda que su madre también se hizo de compromiso joven y fue madre en la adolescencia. La paciente pone de manifiesto que tenía muchas ganas de tener un bebé, “mis cuñadas y mis primas, todas tenían bebés y yo no podía tener”. Durante el embarazo menciona que mantuvo una buena relación con el esposo, aunque ella admite “le he dejado pasar algunas situaciones, pero ésta fue imposible”, por lo tanto después del incidente, decide separarse y no volvió a tener más contacto con él, sino solo con su familia, la madre y la cuñada de su esposo conocen a su hija y mantiene una relación con ellos.

Mercedes estudió un curso de enfermería y estaba trabajando dentro de una clínica donde conoció al padre de su nuevo bebé, Xavier. Ella menciona que eran amigos y al final decidió darse una oportunidad y salir con él para comenzar una relación. Mercedes manifiesta que había tratado de mantenerse alejada de los hombres después de la separación con su esposo, pero habían transcurrido dos años desde que se separó. La paciente se fue a vivir con su pareja y al poco tiempo recibe la llamada de una mujer diciendo que ella era la mujer de Xavier, que tenían 10 años de relación y 3 hijas juntos. Mercedes manifiesta “casi me muero, no podía creerlo porque él nunca había mencionado a sus hijas, cuando le pregunté si era cierto no lo negó sino que se enojó y fue”.

Mercedes se separa de su pareja y menciona “yo pensé bueno por lo menos no estoy embarazada, regresé a la casa de mis padres y a las 27 semanas me sentía mal, cuando fui al doctor me dijeron que estaba embarazada”. Durante las 4 semanas que tuvo para asimilar su estado, Mercedes estuvo desanimada, tuvo peleas con los padres, a lo que refiere:

Mi mamá cuando le conté me dio una cachetada y me dijo: otro hijo sin padre, un hijo de uno y otro de otro. Mi padre por otro lado se enojó conmigo y no me miró durante el embarazo, él decía que no iba a aceptar a mi hijo mientras el padre no le dé el apellido. Yo conversé con Xavier, pero él no dijo nada acerca de mi estado.

Es por esta razón que durante la primera sesión la paciente lloraba mucho y se oía en su discurso de manera repetida esta frase que le dijo la madre “un hijo de uno y otro hijo de otro”, “otro hijo sin padre”. Luego dentro del área de UCIN al ver a su bebé con tubos, sondas y vías la debilitó mucho, la fuerte impresión de observar a su hijo así la angustia de tal manera que prefirió alejar la mirada de él y regresar al área de lactario donde se sacan leche las madres.

A lo largo de las sesiones fue elaborando un poco sobre su historia familiar. Dentro de las primeras sesiones comenta que ella era muy apegada al padre, pero que luego esto cambió. Durante su adolescencia ella descubre un romance que mantenía su papá con la esposa del tío, acto seguido de esto le comenta a la mamá, pero ella decide no creerle. Por esta razón Mercedes se aleja de su padre, éste inmediatamente cambia su manera de tratarla. A pesar de que el papá sabía que Mercedes se separó del primer esposo porque éste la engañó, decide creer rumores en los que decían que Mercedes tenía otro hombre, por esto el padre siempre la insultaba.

Mercedes permanece dentro del área de Neonatología con su hijo más de un mes y aproximadamente al finalizar su estancia hospitalaria manifiesta que la mamá le había dicho que su padre no estaba enojado con ella y que solo quería que regrese a la casa y que la apoyaría en todo. Ésta noticia ayudó a que Mercedes mejore su estado de ánimo dentro de sala. Sin embargo una vez dada de alta cuando regresa a su casa, descubre que era mentira que su papá ya no estaba enojado y formula:

Mi papá seguía enojado, nunca vio a mi bebé, dijo que él no lo iba a querer hasta que su padre lo reconozca como hijo, pero yo le dije que no iba a obligar a nadie a que acepte a su bebé. Todo el tiempo pasé encerrada en mi cuarto hasta que una tía, hermana de mi mami, me dijo que me vaya a vivir a su casa. Yo decidí irme y me llevé a mi hija mayor que es la adoración de mis padres. Sin embargo, semanas después de mudarme donde mi tía, mi mamá se entera de que mi papá si mantenía una relación con la esposa de mi tío. Esto le afectó mucho y decide dejar a mi papá y con mis hermanas fueron todas a vivir donde mi tía.

Durante las últimas sesiones que se logró tener con Mercedes cuando regresaba al hospital manifestó que ella y la madre se sentían mejor, no habían tenido contacto con el padre, él solo se comunicaba con las hijas menores. Mercedes refiere que está ayudando a su mamá a armar *kits* de aseo para las personas en la cárcel y que con eso se están manteniendo. También comenta que los dos padres de sus hijas la buscaron, pero ninguno con intención de ayudar, por lo cual ha decidido estar sola.

3. Comentarios y conclusiones del caso:

En el presente caso clínico se pone de manifiesto lo trabajado en el apartado de goce del marco teórico de referencia. En el caso de Mercedes el embarazo adolescente se lo puede

interpretar como síntoma, al presentarse como repetición de la historia familiar y como una respuesta posible a los enigmas de la adolescencia y la feminidad.

Mercedes repite la historia de su madre al comprometerse con una pareja en su adolescencia. Además toma de ella “significantes-amo” que se presentan como rumiaciones de pensamiento en la paciente: “un hijo de uno y otro hijo de otro”, “otro hijo sin padre”, los cuales produjeron angustia y ansiedad durante su proceso de gestación y una vez nacido el bebé.

El embarazo de Mercedes también lo podemos caracterizar como posible respuesta a los enigmas de la adolescencia y feminidad, ya que a lo largo del caso en más de una sesión la interrogante sobre lo que implica ser mujer se resolvía en ella vía la maternidad.

ANÁLISIS DE ENTREVISTAS

A lo largo de la elaboración de este proyecto de sistematización, a partir de que se realizaron las prácticas dentro de un ámbito hospitalario, se consideró pertinente la elaboración de un marco teórico de referencia donde se diferenciaba el enfoque médico del psicológico. El objeto de nuestro estudio son las madres y gestantes adolescentes, por lo cual nos pareció necesario investigar más acerca de los cambios en el cuerpo y psique que se presentan en estos dos procesos que atraviesa una mujer, desde ambos puntos de vista.

En función de ello, se tuvo la oportunidad y honor de entrevistar a dos profesionales que trabajan en el ámbito médico con madres y gestantes adolescentes. Esto nos permitió articular la teoría investigada y conocimientos adquiridos a través de la práctica con la experiencia de estos profesionales de manera directa. Uno de ellos es el Dr. Amalio Francisco Martínez Nieto, cirujano especializado en Ginecología, Obstetricia y Sexología el cual nos permitió ampliar nuestro conocimiento desde la mirada médica acerca del embarazo adolescente. De lado del enfoque psicológico tenemos a la Mgs. Karla Núñez Jara especializada en Psicología Perinatal. A continuación daremos a conocer sobre su trayectoria profesional para luego dar paso al análisis de las entrevistas.

El Dr. Amalio Martínez Nieto se graduó en la primera promoción de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil y fue docente dentro de esta institución por más de treinta años. A lo largo de su trayectoria como médico y docente se le han otorgado varios premios en reconocimiento de su excelente trabajo, lo cuales son:

- Maestro ecuatoriano de Ginecología otorgado por la Federación Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia.
- Maestro Latinoamericano de Ginecología otorgado por la Federación Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia.
- Maestro Americano de Ginecología otorgado por la Federación Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia.

La Mgs. Karla Núñez Jara se graduó en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil de licenciada en Orientación y Consultoría Familiar, después optó por realizar una maestría en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil en la Universitat de Valencia en España. Desde su regreso al país ha trabajado en el área de Neonatología del Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, Hospital Roberto Gilbert y actualmente en el Hospital

General Guasmo Sur. Además participó como exponente en el primer congreso de Psicología del Ecuador realizado en el 2017.

Habiendo conocido el bagaje profesional por parte de ambos especialistas y a partir de las entrevistas realizadas a los mismos, cuyo ejercicio gira en torno al embarazo adolescente, se dará paso al análisis de ambas entrevistas resaltando los puntos donde confluyen a pesar de sus diferentes visones profesionales del embarazo.

Ambos profesionales hablan de la lactancia materna, sin embargo cada uno lo hace desde su práctica. El Dr. Martínez señala la importancia de la lactancia desde el punto de vista de la medicina, la cual recomienda la leche materna debido a sus nutrientes para un mejor desarrollo del niño. Por otro lado la Mgs. Núñez desde un enfoque psicológico reconoce la lactancia como algo más que alimentar, sino también para fortalecer el vínculo madre-hijo, ofreciéndole al bebé un espacio de seguridad y de ésta manera que la madre se sienta empoderada.

El Dr. Amalio Martínez Nieto a pesar de que trata a sus pacientes desde la medicina, reconoce que el aspecto psicológico es importante y que durante el embarazo influye de manera directa. Admite que aun cuando las gestantes adolescentes son más propicias a presentar dificultades como la pre-eclampsia o ruptura prematura de membranas, cuando estas mujeres reciben apoyo psicológico durante su proceso de gestación, éste suele ser menos complicado. De la misma manera la Mgs. Karla Núñez Jara menciona que desde lo observado desde su práctica el estado emocional de las gestantes influye a nivel orgánico ocasionando alteración en la presión arterial, partos prematuros y hasta pérdidas gestacionales.

CONCLUSIONES

Este recorrido teórico y clínico permite reflexionar y mencionar puntos fundamentales para una pertinente conclusión. En primer lugar se logró caracterizar en ciertos casos a la maternidad como un fenómeno de identificación histórica, como menciona Freud (1921) “la identificación aspira a conformar el propio yo análogamente al otro tomándolo como modelo” (p.80). En el proceso de gestación hay implicaciones sociales, económicas y culturales que inciden en la mujer al momento de concebir un hijo.

Las gestantes y madres adolescentes atendidas en el hospital provienen de un estrato socioeconómico bajo, en el cual se pone de manifiesto este imaginario social: “si no eres madre, no eres mujer”. También fue recurrente en el discurso de las pacientes el tener que cuidar de sus hermanos desde muy pequeñas, entre otras. Esto nos permite mencionar que el deseo materno es muy común en las adolescentes porque el sujeto reconoce en el otro un mismo deseo y se identifica a través del síntoma (embarazo).

También es importante mencionar como la maternidad responde en la gran mayoría de casos clínicos a la pregunta acerca de la feminidad debido a que no hay un espacio que posibilite alguna otra respuesta a la pregunta ¿Qué es ser mujer?

Como segundo punto se logró determinar cómo las dificultades parentales inciden en la subjetividad de las adolescentes atendidas en el proceso de gestación y puerperio. Mediante las entrevistas realizadas a las pacientes se logró conocer el impacto subjetivo en las madres adolescentes a consecuencia de las figuras parentales endebles, débiles o ausentes. Esto es de vital importancia, tal como lo menciona la psicóloga Carla Noejovich (2011) “el deseo del Otro y la metáfora paterna serían los primeros elementos a identificar para delimitar la manera en la que se constituye el sujeto del inconsciente” (p. 120).

El deseo materno en un primer momento es necesario porque la madre encarna el Otro primordial, en el cual se transmite el deseo de vida para el sujeto. En un segundo momento tiene que entrar en escena la función paterna, aquella que inscribe el significante Nombre del Padre, fundamental en la constitución del sujeto debido a que atraviesa el deseo materno, introduciendo la castración y colocando al sujeto en posición de falta.

Si estas funciones no se desarrollaron bien desde la infancia, principalmente la función paterna, el sujeto al llegar a la pubertad no sabe cómo construir nuevas identificaciones e instalar ideales, como menciona Stevens (2001) “Estos síntomas y fantasmas que el niño

había construido no pueden operar más” (p.7). Se produce entonces el encuentro con un nuevo real. Como habíamos mencionado anteriormente es en esta época donde esta función paterna vacila, se concluye determinando el embarazo adolescente, en ciertos casos, como un *acting*, demanda dirigida al padre a consecuencia del desfallecimiento del Nombre del Padre.

Dentro de la práctica también se logró identificar la existencia de un goce familiar como factor de incidencia en la subjetividad de ciertas madres y gestantes adolescentes atendidas en el hospital. Esto se logró determinar a partir de los datos obtenidos en las entrevistas psicológicas realizadas a las pacientes y sus familiares. Era recurrente dentro del discurso de estas pacientes al momento de elaborar acerca de su historia familiar, escuchar relatos en donde sus madres y en ocasiones sus abuelas habían sido madres en su adolescencia y como ellas repetían esta historia.

Respecto a la doctrina del goce, Miller (2000) hace un recorrido de las obras de Lacan y realiza una periodización de sus concepciones, ordenándolos de manera lógica, en la que ubica al goce de la repetición en el paradigma “el goce discursivo”. Desde este punto de vista esta repetición de goce al presentarse como constancia deviene como síntoma. El síntoma, en relación con el goce es una manera de escabullirse, en lugar de transgredir, por lo que Miller (2000) refiere “un saber hacer con el síntoma” (p.170). De esta manera podemos concluir que el embarazo adolescente en algunos casos deviene como síntoma, un saber hacer, tomado de la repetición de la historia familiar y como una respuesta posible a los enigmas de la adolescencia y feminidad.

RECOMENDACIONES

A partir de la práctica clínica realizada dentro del Hospital General Guasmo Sur y la reflexión teórica sobre el embarazo adolescente, es pertinente enfatizar ciertas nociones que permitirán a la institución hospitalaria dar un mejor servicio a sus pacientes y a los practicantes realizar un mejor trabajo dentro del ámbito hospitalario. Por esta razón presentaremos a continuación algunas recomendaciones:

A la carrera de Psicología Clínica:

- Como se ha mencionado dentro del proyecto de sistematización, el hospital está realizando la certificación del ESAMyN (Establecimiento de Salud Amigo de la Madre y del Niño) esta reglamentación incluye atención psicológica dentro del proceso de gestación, parto y post-parto, además de la promoción de apego temprano y lactancia materna. Por esta razón nos parece importante la capacitación a los nuevos practicantes acerca de la lactancia materna ya que una de sus funciones dentro de la institución será brindar charlas informativas a las madres en las salas de Ginecología y Neonatología.
- Por otro lado se debe capacitar a los nuevos practicantes acerca de términos médicos básicos que estarán presente a lo largo de su práctica clínica en el recinto hospitalario. De esta manera tendrán conocimiento de qué tipo de urgencia subjetiva pueden encontrar y de alguna manera estar preparados para la pertinente atención psicológica al sujeto.

A la institución hospitalaria:

- Debido a la certificación del ESAMyN, los practicantes tuvimos la oportunidad de realizar trabajo psicológico dentro del área de Centro Obstétrico. Esto fue de mucha ayuda para las pacientes, sobre todo las primigestas. Por lo tanto nos parece importante la capacitación del personal de Obstetricia en cuanto a violencia obstétrica, puesto que esto afecta de manera directa al sujeto y a la institución hospitalaria.
- Dentro del área de Neonatología nos parece importante realizar charlas de sensibilización al personal para no dejar pegado un significante al ser, como menciona Inés Sotelo (2007) en su texto "*Clínica de la urgencia*". Tratar de no

utilizar términos como: madre consumidora, mamá con VIH, mamá maltratada, etc. Debido a que de esta manera no se le permite al sujeto identificarse de otra manera.

A los estudiantes que realizaran sus prácticas pre-profesionales en el hospital:

- Es importante conocer que espera la institución del desempeño de los internos de Psicología. En el Hospital Guasmo Sur se quería conocer si la madre estaba empoderada de su rol como madre y preservar el bienestar del neonato, es deber del practicante responder a la demanda institucional pero también responder a la demanda del sujeto.
- El Hospital General Guasmo Sur, hace parte del Ministerio de Salud Pública del país, por esta razón el recinto hospitalario demanda a los estudiantes dar charlas a los usuarios acerca de la ruta de alcohol y drogas, violencia, VIH, entre otros. Es importante que el practicante esté capacitado e informado acerca de estas problemáticas sociales y cuál es el plan de acción que propone el gobierno ante estos casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranda , B., Ochoa, F., Aguado, I., & Palomino, L. (1999). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Obtenido de La Función Paterna en la Clínica Psicoanalítica:
<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/numerotres/funcionpaterna.html>
- Rellan Rodríguez, S., Garcia de Ribera, C., & Aragón Garcia., M. (2008). El recién nacido prematuro. *Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología*, 68-77.
- American Academy of Pediatrics. (2017). *healthy children.org*. Obtenido de
<https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/baby/preemie/paginas/health-issues-of-premature-babies.aspx>
- Bernal Gonzalez, R. (05 de 09 de 2013). *El aborto, la bioetica como principio de la vida*. Obtenido de El aborto, la bioetica como principio de la vida:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3939/BernalGonzalezR.pdf?sequence=1>
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. (2017). *Medline Plus*. Obtenido de Cardiopatía congénita: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001114.htm>
- Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. (2017). *Medline Plus*. Obtenido de Desarrollo del adolescente: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002003.htm>
- Cassella, D. A., Gómez, D. V., & Roa, D. D. (2000). *Prof. Dr. Carlos Alberto Cassella, Dr. Vicente Guillermo Gómez, Dr. Domingo J. Maidana Roa*. Obtenido de PUERPERIO NORMAL: https://med.unne.edu.ar/revista/revista100/puerperio_normal.htm
- Contreras Ortega, M. G., & Gutiérrez Balladares, A. S. (19 de 02 de 2015). *Embarazo adolescente un llamado al Otro que desfallece*. Recuperado el 12 de 22 de 2017, de Embarazo adolescente un llamado al Otro que desfallece:
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/3630/1/T-UCSG-PRE-FIL-CPC-49.pdf>
- Córdoba Salazar, E. (s.f.). *Nueva Escuela Lacaniana de Psicoanálisis / NEL-Bogotá*. Obtenido de Dialéctica del deseo y demanda en Lacan:
<http://nelbogota.blogspot.com/2012/09/dialectica-del-deseo-y-demanda-en-lacan.html>
- Cristina, C. (2003). *Escuela Freudiana de Buenos Aires*. Obtenido de La función materna: Entre el deseo y el estrago:
http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_625.pdf
- Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (2010). *WomensHealth.gov*. Obtenido de <https://espanol.womenshealth.gov/pregnancy/childbirth-and-beyond/labor-and-birth/#3>

- Fernández- Ballesteros, R. (1992). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Pirámide.
- Freud, S. (1921). *Psicología de las masas y análisis del yo*. Luarna Editores.
- Freud, S. (1993). *Obras completas- tomo XVI, conferencia 17. el sentido de los síntomas.*/ Buenos Aires: Amorrortur Editores.
- Freud, S. (1993). *Tres Ensayos de Una Teoría Sexual*. Buenos Aires: Amorrortur Editores.
- Gaviria, L. E., & Flores, E. (11 de 07 de 2013). *El acto (Pasaje al acto y acting out en el sujeto contemporáneo)*. Recuperado el 26 de 12 de 2017, de El acto (Pasaje al acto y acting out en el sujeto contemporáneo): <http://nel-medellin.org/el-acto-pasaje-al-acto-y-acting-out-en-el-sujeto-contemporaneo/>
- Gómez, M., Danglot, C., & Aceves , M. (2012). Clasificación de los niños recién nacidos. *Revista Mexicana de Pediatría*, 32-39.
- Hospital General Guasmo Sur. (2017). *Hospital General Guasmo Sur*. Obtenido de <http://www.hguasmosur.gob.ec/hospital/index.php/hospital/mision-y-vision>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (09 de 04 de 2013). *INEC*. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/ecuador-registra-122-301-madres-adolescentes-segun-censo-2010/>
- La hora*. (16 de octubre de 2016). Obtenido de Embarazo Adolescente aumenta en Ecuador: <https://lahora.com.ec/noticia/1101990040/embarazo-en-adolescentes-aumenta-en-ecuador>
- Lacan, J. (2010). *Seminario 5: Formaciones del inconsciente (1957-58)*. Buenos Aires: Paidós.
- Leon Ruiz, A. (27 de 02 de 2013). Recuperado el 22 de 12 de 2017, de Adolescencia y Pubertad: <http://nel-medellin.org/adolescencia-y-pubertad/>
- Lujambio., M. M. (08 de 07 de 2016). *Embarazo y maternidad una aproximación desde*. Recuperado el 03 de 01 de 2018, de Embarazo y maternidad una aproximación desde: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado_magdalena_lujambio.pdf
- Martínez Nieto, A. F. (29 de Noviembre de 2017). Mirada médica sobre el embarazo. (A. M. Plata Parada, Entrevistador)
- Martínez, F., & Zambrano, V. (26 de 02 de 2013). *Adolescencia: una urgencia subjetiva*. Recuperado el 02 de 01 de 2018, de Adolescencia: una urgencia subjetiva: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/486/1/T-UCSG-POS-PSCO-12.pdf>
- Mazzuca, R., Canónico, E., Esseiva, M. d., & Mazzuca, S. (28 de 03 de 2008). *Versiones Psicoanalíticas de la histeria*. Recuperado el 02 de 01 de 2018, de Versiones

Psicoanalíticas de la histeria:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862008000100039

- Menéndez, G., Navas, I., Hidalgo, Y., & Espert, J. (2012). *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300006
- Miller, J. A. (1986). Teoría de goces. En J. A. Miller, *Recorrido a Lacan* (págs. 149-160). Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J. A. (2000). Los seis paradigmas del goce. En J. A. Miller, *El lenguaje, aparato del goce* (págs. 141-180). Buenos Aires: Diva.
- Miller, J.-A. (1993). *Jacques Lacan: anotaciones sobre su concepto de pasaje al acto*. En: "Infortunios del acto analítico". Buenos Aires: A Tuel Editores.
- Millot, C. (1985). *Deseo y goce en la histeria*. Buenos Aires: Manantial.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Recien Nacido Prematuro*. Obtenido de <http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-Rec%C3%A9n-nacido-prematuro.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (s.f.). *Salud.gob.ec*. Recuperado el 12 de 11 de 2017, de <http://www.salud.gob.ec/establecimientos-de-salud-amigos-de-la-madre-y-del-nino-esamyn/>
- Naparstek, F. (2009). *La era de la fiesta permanente*. Buenos Aires: Grama ediciones.
- Nasio, J. (2013). *El Edipo: un concepto crucial en psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Presidencia de la República del Ecuador. (17 de Enero de 2017). *Presidencia de la República del Ecuador*. Obtenido de <http://www.presidencia.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/01/2017.01.17-INAUGURACION-DEL-HOSPITAL-GUASMO-SUR.pdf>
- Recalcati, M. (2004). *Virtualia*. Obtenido de La cuestión preliminar en la época del Otro que no existe: <http://virtualia.eol.org.ar/010/default.asp?notas/mrecalcati-01.html>
- Ruiz Olabuenaga, J., & Ispizua, M. (1989). *La descodificación de la vida cotidiana*. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.

- Silva Rosales, N. P. (05 de 12 de 2005). *La percepción de las mujeres, estudiantes de la universidad autónoma metropolitana-unidad iztapalapa, acerca del aborto inducido*. Recuperado el 07 de 12 de 2017, de file:///C:/Users/Windows/Downloads/UAMI12599.pdf
- Sternbach, S. (2006). Adolescencias: tiempo y cuerpo en la cultura actual. En M. C. Rother Hornstein, E. S. Cartolano, H. Lerner, N. Najt, L. Palazzini, M. Punta Rodulfo, . . . V. Ungar, *Adolescencias: trayectorias turbulentas* (págs. 51-79). Buenos Aires: Paidós.
- Stevens, A. (1998). *La adolescencia, sintoma de la pubertad*. Buenos Aires: Ediciones Labrado.
- Stevens, A. (16 de 03 de 2001). *Clinica de la Infancia y la adolescencia*. Cordoba: Babel Eitorial.
- Vargas Jimenez, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: Nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior Programa de Autoevaluación Académica Universidad Estatal a Distancia*, 119-139.
- Videla, M. (1983). *Maternidad: Mito y Realidad*. Buenos Aires: Peña Lillo Editor.
- Vigil-De Gracia, P., Savransky , R., Pérez Wuff, J., Delgado Gutierrez , J., & Nunez, E. (2011). *Guía Clínica de Flasog*. Obtenido de Ruptura Prematura de Membranas: <http://develop.webstudiopanama.com/flag/wp-content/uploads/2016/06/Ruptura-Prematura-de-Membranas-Guia-FLASOG-2011.pdf>
- Wachsberger, H., Miller, D., & Soler, C. (1994). El fantasma en la histeria. *Cuarto encuentro internacional del campo freudiano* (pág. 131;137). Buenos Aires: Manantial.

ANEXOS

Entrevista realizada a ginecólogo

Nombre: Dr. Amalio Francisco Martínez Nieto.

Especialidad: Cirujano Gineco – Obstetra – Sexólogo.

Entrevistadora: Ana María Plata Parada.

1- ¿Desde su experiencia profesional, el estado emocional de la paciente influye en su embarazo?

Si mucho, no es lo mismo una persona que se ha embarazado por accidente entre comillas, por ejemplo una violación o por una relación fortuita en donde no tenían programado un embarazo. A diferencia de un embarazo ha sido el resultado de un matrimonio o una relación aceptada por la pareja y con el deseo de tener un hijo.

2- ¿Cuáles son las afecciones médicas más comunes durante el embarazo?

El embarazo se dice que es la mejor prueba de la salud de la mujer porque no es una enfermedad sin embargo puede ser capaz de destapar enfermedades o patologías que pueden haber estado escondidas. Enfermedades inducidas por el embarazo pueden haber muchas, desde enfermedades que despierten alguna patología cardiovascular que tenga la gestante, alguna patología renal, endocrinas y sobretodo algo muy común en países subdesarrollados como el nuestro es el problema de la hipertensión inducida por el embarazo, es una complicación que se presente en el tercer trimestre de la gestante lleva implícito el hecho de que se empieza a subir la presión en la embarazada produciéndose una pre eclampsia y puede terminar con convulsiones, a eso le llamamos eclampsia.

¿Por qué es tan común esta afección en nuestros países?

Parece que tiene mucho que ver con costumbres sobretodo alimenticias, nutricionales ya que todavía a nivel mundial no se encuentra la causa principal de la pre eclampsia, sin embargo se asocia con que se produzca un embarazo en los extremos de la vida, es decir en una mujer muy joven o en una señora después de los 35 años. Otras de las causas es el tipo de alimentación muchas veces nuestra alimentación desde pequeños es a base de muchos hidratos de carbono, malos nutrientes nos pueden desencadenar una pre eclampsia donde justamente el riñón es uno de los principales órganos afectados de allí que infecciones

recurrentes en las vías urinarias también son importantes. También es importante considerar el estado psico afectivo de la paciente porque de esto dependerá la correcta evolución del periodo de gestación.

3- ¿Por qué en algunas madres se desarrolla diabetes gestacional?

La diabetes gestacional debe su nombre al hecho de que solo se presenta en el embarazo es muy frecuente que este problema se le presente a las señoras que tienen una carga genética de diabetes en su familia es decir varios familiares han sido diabéticos entonces hay una carga genética importante para ser diabética, además de esto sino se cuida con la ingesta de hidratos de carbono y todo lo demás. Nosotros en ginecología decimos que el embarazo es diabetogeno es decir induce a la diabetes entonces con mayor razón esta señora que tiene por donde venirle la diabetes se puede hacer diabética durante el embarazo, es clásico que solo se presente durante el embarazo después de la semana 20 y suele desaparecer una vez que pase el embarazo sin embargo hay casos en que luego del embarazo cuando este cuadro se ha presentado en varios embarazos anteriores, ya se queda permanentemente como una diabética tipo 2.

4- Nos podría hablar acerca de la lactancia materna y su importancia.

La lactancia materna es muy importante debe iniciarse lo más pronto posible, debe tener una duración mínima de 6 a 8 y por que no hasta 10 meses, la importancia de la lactancia es que estudios han demostrado que es a través de la leche materna que la madre le transfiere anticuerpos y sustancias inmunológicas muy importantes para preparar su organismo para lo que va a ser su vida futura, además para la ingestión de alimentación que va a venir en el futuro, muchos estudios a nivel mundial han demostrado que madres que no han dado de lactar a sus hijos, están afectados porque no han recibido estas sustancias inmunológicas propias y naturales que vienen de la lactancia materna. Yo como profesional solo recomiendo de 6 a 12 meses como máximo la lactancia materna porque como se observa por costumbre o tradición, por ejemplo el pueblo indígena hasta los 2 o 3 años le siguen dando leche materna y se ha demostrado que esa ya no es una leche que tiene ningún valor proteico ni inmunológico es solo agua blanca.

5- ¿Si los síntomas como por ejemplo: vomito, malestar, etc. pasan del primer trimestre es normal?

Las náuseas y vómitos del embarazo son típicos del primer trimestre del embarazo y suelen presentarse desde la 6ta o 7ma semana hasta la 14 de la gestación, es producida por la presencia de una hormona típica del embarazo llamada Gonadotropina Coriónica Humana (GCH). Esta hormona solo aparece en el embarazo y hace que según el organismo de la mujer, algunas son muy sensibles a la presencia de altos niveles de esta hormona en sangre, pueden llegar a producir náuseas y vómitos esto es manejable en cuanto no afecte a la gestante porque si produce vómitos muy constantes es necesario incluso ingresarla para hidratarla porque se puede desmejorar mucho. Entonces muchas veces son manejables con dieta y sustancias para evitar las náuseas tomadas por vía oral, sin embargo hay ocasiones en que la hiperémesis gravídica puede ser tan severa que tiene que ser hospitalizada. Si se presenta luego de las 14 semanas pues hay que investigar a que se debe porque debido al embarazo no es, puede ser que la señora sufra de gastritis o un alimento que le cayó mal, por alguna otra causa pero no es una razón normal dentro del embarazo. Puede ser una respuesta patológica de rechazo al bebe si se presenta luego del tercer trimestre las náuseas y vómitos en estos casos es necesario derivar a psicología.

6- ¿Considera usted importante el apoyo del padre durante el periodo de gestación de una mujer?

Si, por supuesto usualmente nosotros siempre decimos que el embarazo no es de la señora sino de la pareja, porque para que la señora se embarace es necesario una pareja, es decir un hombre y una mujer entonces siempre decimos están embarazados.

7- ¿Cuál es la edad fértil ideal para concebir un hijo?

La Organización Mundial de la Salud no lo ha cambiado y menciona que hay una década ideal y es más o menos entre los 20 y 30 años. Esto no significa que si una chica se embaraza a los 18 o 19 años está mal, mientras más se aleja de esa década es que se pone delicado y se convierte en un embarazo de alto riesgo, entonces si se embaraza a los 12,13 o 14 años pues evidentemente es un embarazo de alto riesgo de igual manera si se embaraza de 38 años es igualmente un embarazo de alto riesgo.

8- ¿Cuáles son los factores de riesgo para una madre adolescente durante la gestación?

Generalmente una adolescente embarazada toda ella es un paquete de alto riesgo obstétrico. Nosotros decimos que tiene muchas vertientes no solo la edad, la edad es una pero además es posible que esta chica que es inmadura no solamente en su aspecto físico porque no ha alcanzado el total desarrollo de sus órganos sino que también es inmadura emocionalmente no se cuida, no sabe que tiene que alimentarse bien, no sabe que tiene que asistir a las consultas, va cuando quiere o puede, no sabe que tiene que llevar un proceso de vacunación propio del embarazo para prevenir complicaciones en el embarazo para ella y él bebe, debe de tomar vitaminas prenatales que no toma porque no sabe que hay que hacerlo, muchas veces incluso hay el problema que en hospitales no hay una consulta específica para adolescentes entonces al ella tener que asistir a una consulta donde hay gestantes mayores 25, 28, etc. La adolescente no se siente muy cómoda y no va, ese no ir es muy perjudicial para su salud y la del bebe. Además la situación familiar de estas pacientes generalmente es complicada porque la familia no las apoya y no hay el cuidado adecuados durante el proceso de gestación. La pareja causante del embarazo generalmente tampoco está presente, en conclusión es difícil llevar un control adecuado.

9- ¿Cuáles piensa usted que son las causas del embarazo adolescente?

Definitivamente la educación, yo conversaba mucho con mis estudiantes le comento que yo daba la cátedra de Gineco Obstetricia en la Universidad Católica por más de 30 años y siempre le preguntaba a mis estudiantes, ¿Cuál es el mejor método anticonceptivo?, bueno todos daban sus opiniones, pero realmente se les hacía comprender y entender que el mejor método es la educación, una chica independientemente de su raza, color, étnica, etc. Que tenga una buena formación empezando por su casa sabrá decir no en el momento en el cual se ve presionada o inducida en una situación que pueda llegar a un embarazo, la educación permite el empoderamiento de una mujer a decir no, o si lo vamos a hacer ella sabe qué medidas de protección tomar para no tener un embarazo no deseado.

10- ¿En su recorrido profesional ha atendido alguna mujer adolescente?

Si, felizmente no todas las embarazadas adolescentes son rechazadas por sus familias he tenido incluso en las consultas privadas adolescentes que han cometido entre comillas el error del embarazo pero han recibido el apoyo de sus padres y han llevado un adecuado control

prenatal. En mi experiencia profesional le comento que cuando esto sucede pese a que la población adolescente es la más predispuesta a la pre eclampsia y eclampsia estas mujeres tan jóvenes no suelen presentar fácilmente estas complicaciones lo que demuestra que el apoyo que reciban en el periodo de gestación es muy importante para redimir complicaciones.



Entrevista realizada a especialista en Psicología Perinatal

Nombre: Mgs. Karla Núñez Jara

Especialidad: Psicología Perinatal

Entrevistadora: Sara Oquendo Véliz

1. ¿Qué factores de riesgo influyen en el vínculo madre-hijo en las mujeres adolescentes?

Bueno, los factores de riesgo que observados en la práctica son múltiples, podría hablar de 3 principalmente, falta de apoyo familiar, ausencia o abandono de la pareja y complicaciones con la lactancia por falta de apoyo e información.

2. ¿De qué manera el estado emocional de la paciente influye en su embarazo a nivel orgánico?

Alteración de la presión arterial, partos prematuros o pérdidas gestacionales, según lo observado en la práctica.

3. Desde su experiencia ¿de qué manera las dificultades parentales de las gestantes influyen en su maternidad?

Se observan dificultades para vincularse con sus bebés, mayor nivel de estrés para ejercer su rol de cuidador, teniendo influencia directa en la lactancia.

4. ¿Cuáles piensa usted que son las causas del embarazo adolescente?

Un embarazo adolescente es multicausal, pero un indicador que se repite son las relaciones familiares “conflictivas con inadecuada comunicación entre sus miembros”, “tenía problemas en mi casa, cuando estaba con el me sentía acompañada, que tenía alguien con quien hablar” (adolescente de 16 años primigesta).

5. ¿Qué considera usted necesario para que haya un empoderamiento de la mujer como madre?

Es muy importante que la madre experimente la maternidad como propia, que sienta a su bebé y se genere un espacio que favorezca la vinculación.

6. ¿Qué beneficios e importancia tiene la lactancia materna?

Beneficios a nivel físico y emocional, yo siempre digo “la lactancia materna como algo más que alimentar”. Estamos hablando de un espacio de seguridad y empoderamiento

materno, además de favorecer el desarrollo integral de un bebé que nace en una relación simbiótica, buscando generar un apego seguro con el adulto cuidador.

7. ¿Nos podría hablar acerca del contacto piel con piel, que beneficios tiene para la madre y el bebé?

Cuando hablamos de contacto piel con piel, no solo hacemos referencia a beneficios emocionales sino también físicos, hemos visto como este contacto favorece a la recuperación de bebés en condiciones clínicas graves, disminuyendo el estrés en el bebé y favoreciendo la lactancia materna. Una frase que suelo usar constante que podría resumirlo “físicamente estables y psíquicamente protegidos”.

8. ¿De acuerdo a su recorrido profesional, cuales son las afecciones más comunes en los RN frente a una complicación en el vínculo madre-hijo?

Frente a la ausencia o angustia desbordante en la madre, problemas de alimentación en el lactante, cuando se da abandono emocional por parte del adulto responsable de su cuidado podríamos hablar de que “el bebé se desacostumbra al contacto” y en ciertos casos según la carga emocional podríamos decir que lo “rechaza”, retraimiento sensorial, alteración del sueño y de los estados de alerta, entre los más observados.

9. ¿Que factores podrían causar ansiedad en el embarazo?

Hablo desde la práctica:

- Embarazo no planificado
- Madres primigestas
- Antecedentes de partos prematuros o pérdidas perinatales.

10. ¿Qué importancia tiene el papel del padre durante el proceso de gestación, parto y puerperio?

Se considera al padre, madre y bebé como una tríada familiar. En el contexto en el que estoy inmersa es común escuchar de los padres “no, yo los tomo en brazos cuando tienen 3 meses” o “me da miedo, porque son muy pequeños, por eso mejor no lo hago”.

El padre experimenta su paternidad de una manera distinta a mamá la cual ha llevado al bebé durante 40 semanas en su vientre, lo que posiblemente podría verse como una ventaja frente a las horas que tiene el padre de conocer a su bebé.

El involucramiento del padre desde la gestación favorece el vínculo que este genera con su bebé, es decir podríamos hablar que es una buena estrategia para fomentar desde los primeros días de embarazo.

En el nacimiento un padre capaz de realizar piel con piel con su bebé será parte de este proceso de vinculación permitiéndole sentir al bebé como suyo.

En relación a su pareja, su acompañamiento ayudará a disminuir la ansiedad, los cambios emocionales repentinos debido a la alteración hormonal y disminuir la probabilidad de una depresión post parto, además será pieza clave para establecer la lactancia materna.

11. ¿Nos podría hablar de un caso que a lo largo de su recorrido profesional se evidencie como el deseo materno influye en el RN?

Dentro del área de Ginecología tuve una paciente de 20 años que era consumidora de heroína. La paciente comentaba que durante todo su embarazo consumió drogas, pero que lo hizo en una menor dosis para no afectar tanto a su bebé, pero lo suficiente para ella no sufrir ningún síntoma del síndrome de abstinencia.

Esta paciente manifestaba como su relación familiar era complicada, su madre falleció cuando tuvo 6 años y se fue a vivir con su abuela, la cual fallece cuando tenía 16 años. El padre no mostraba interés por ella y la paciente comenta “a él nunca le he importado yo para él está primero su mujer”. Cuando conoce a su pareja y se va a vivir con él, sale en embarazo y le promete dejar el consumo por su hija, sin embargo no lo cumple.

Una vez que nace su hija, gracias al acompañamiento terapéutico que obtuvo en el hospital, la paciente logra hacer un corte en este significativo “soy drogadicta” y adopta el significativo “soy madre”. Este deseo materno ayudó a la pronta recuperación del RN, además de que se le permitió la paciente dar de lactar, lo cual fortaleció este vínculo madre-hijo. Luego de recibir el alta médica, semanas después que regresa la paciente con su hijo para un consulta en pediatría el cambio era notorio, la madre y el bebé estaban con otro semblante, con más peso, se veían saludables.





Guayaquil, 06 de Diciembre del 2017


Sr. Doctor
Francisco Obando Freire
Jefe de Docencia e Investigación.
Hospital General Guasmo Sur.
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente solicito a usted autorizar que la **Srta. Sara Marina Oquendo Véliz**, con cédula de identidad **0919383570** de nacionalidad ecuatoriana, practicante y estudiante de la unidad de titulación de nuestra carrera; pueda utilizar la información obtenida durante su experiencia práctica de la institución, con la finalidad de realizar un trabajo académico titulado **“Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018”**, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

Agradeciendo su atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,



Psic. Cl. Alexandra Galarza Colamarco, Mgs.
Directora de la Carrera de Psicología
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Cc. Psic. Perinatal Karla Núñez Jara.

Docencia
8/12/2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Apartado 09-01-4671
Teléfonos: 2209210
Guayaquil - Ecuador

Guayaquil, 06 de Diciembre del 2017

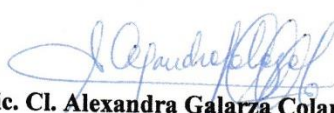
Sr. Doctor
Francisco Obando Freire
Jefe de Docencia e Investigación.
Hospital General Guasmo Sur.
Presente.-

De mi consideración:

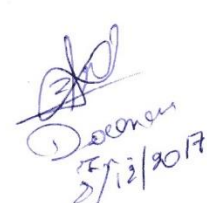
Por medio de la presente solicito a usted autorizar que la **Srta. Ana María Plata Parada**, con cédula de identidad **0929842102** de nacionalidad colombiana, practicante y estudiante de la unidad de titulación de nuestra carrera; pueda utilizar la información obtenida durante su experiencia práctica de la institución, con la finalidad de realizar un trabajo académico titulado **“Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018”**, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

Agradeciendo su atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,


Psic. Cl. Alexandra Galarza Colamarco, Mgs.
Directora de la Carrera de Psicología
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Cc. Psic. Perinatal Karla Núñez Jara.


Decanato
5/12/2017



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Apartado 09-01-4671
Teléfonos: 2209210
Guayaquil - Ecuador

Sr. Doctor
Vladimir Roura Seminario
Jefe de Docencia e Investigación.
Hospital General Guasmo Sur.
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente solicito a usted autorizar que la **Srta. Sara Marina Oquendo Véliz**, con cédula de identidad **0919383570** de nacionalidad ecuatoriana, practicante y estudiante de la unidad de titulación de nuestra carrera; pueda utilizar la información obtenida durante su experiencia práctica de la institución, con la finalidad de realizar un trabajo académico titulado **“Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018”**, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

Agradeciendo su atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,

Psic. Cl. Alexandra Galarza Colamarco, Mgs.

Directora de la Carrera de Psicología

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

*Betania Quintanilla
8/12/17
12:19 PM
Recibido*



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Apartado 09-01-4671
Teléfonos: 2209210
Guayaquil - Ecuador

Sr. Doctor
Vladimir Roura Seminario
Jefe de Docencia e Investigación.
Hospital General Guasmo Sur.
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente solicito a usted autorizar que la **Srta. Ana María Plata Parada**, con cédula de identidad **0929842102** de nacionalidad colombiana, practicante y estudiante de la unidad de titulación de nuestra carrera; pueda utilizar la información obtenida durante su experiencia práctica de la institución, con la finalidad de realizar un trabajo académico titulado **“Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018”**, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

Agradeciendo su atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,

Psic. Cl. Alexandra Galarza Colamarco, Mgs.

Directora de la Carrera de Psicología

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Betania Quiñonez
8/12/17
12:19 Pm
Recibido



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



Apartado 09-01-4671
Teléfonos: 2209210
Guayaquil - Ecuador

Guayaquil, 06 de Diciembre del 2017

**Sr. Doctor
Francisco Obando Freire
Jefe de Docencia e Investigación.
Hospital General Guasmo Sur.
Presente.-**

De mi consideración:

Por medio de la presente solicito a usted autorizar que la **Srta. Ana María Plata Parada**, con cédula de identidad **0929842102** de nacionalidad colombiana, practicante y estudiante de la unidad de titulación de nuestra carrera; pueda utilizar la información obtenida durante su experiencia práctica de la institución, con la finalidad de realizar un trabajo académico titulado **“Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018”**, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

Agradeciendo su atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,

05/12/17

**Psic. Cl. Alexandra Galarza Colamarco, Mgs.
Directora de la Carrera de Psicología
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.**

Cc. Psic. Perinatal Karla Núñez Jara.

Guayaquil, 06 de Diciembre del 2017


Sr. Doctor
Francisco Obando Freire
Jefe de Docencia e Investigación.
Hospital General Guasmo Sur.
Presente.-

De mi consideración:

Por medio de la presente solicito a usted autorizar que la **Srta. Sara Marina Oquendo Véliz**, con cédula de identidad **0919383570** de nacionalidad ecuatoriana, practicante y estudiante de la unidad de titulación de nuestra carrera; pueda utilizar la información obtenida durante su experiencia práctica de la institución, con la finalidad de realizar un trabajo académico titulado **“Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018”**, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

Agradeciendo su atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,



Psic. Cl. Alexandra Galarza Colamarco, Mgs.
Directora de la Carrera de Psicología
Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

Cc. **Psic. Perinatal Karla Núñez Jara.**





**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Oquendo Véliz, Sara Marina**, con C.C: **#0919383570** autora del trabajo de titulación: **Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **20 de febrero de 2018**

f. _____

Nombre: **Oquendo Véliz, Sara Marina**

C.C: **0919383570**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Plata Parada, Ana María**, con C.C: #**0929842102** autora del trabajo de titulación: **Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **20 de febrero de 2018**

f. _____

Nombre: **Plata Parada, Ana María**

C.C: **0929842102**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Análisis de las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur en el año 2017-2018.		
AUTOR(ES)	Sara Marina Oquendo Véliz Ana María Plata Parada		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Francisco Xavier Martínez Zea		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Filosofía Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de febrero de 2018	No. DE PÁGINAS:	113
ÁREAS TEMÁTICAS:	Psicología clínica, embarazo adolescente, familia y sociedad		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Impacto subjetivo, maternidad, adolescencia, proceso de gestación, goce, funciones parentales.		

RESUMEN/ABSTRACT:

El presente trabajo de titulación tiene como objetivo analizar las múltiples causas que inciden en la subjetividad de las adolescentes de 14 a 19 años que fueron atendidas durante su periodo de gestación y puerperio en el Hospital General Guasmo Sur. El método aplicado en nuestra sistematización fue el cualitativo debido a que por medio de las entrevistas y observaciones realizadas se pudo obtener la información necesaria para la realización del mismo. Se presentaron tres casos clínicos que sostienen el marco teórico de la sistematización.

Los resultados obtenidos evidencian varios factores que inciden en el embarazo adolescente, como fenómeno de identificación histórica, funciones parentales endebles o ausentes, por último como un goce que se identifica en la repetición de este síntoma en la historia familiar

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-991444266 +593-984915544	E-mail: saritaquendoveliz@hotmail.com anita_plata.p@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Gómez Aguayo Rosa Irene	
	Teléfono: +593-959236200	
	E-mail: : rosa.gomez01@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		