



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

Embarazo adolescente un llamado al Otro que desfallece

AUTOR (A):

**Contreras Ortega María Gracia
Gutiérrez Balladares Andrea Sofía**

PSICÓLOGAS CLÍNICAS

TUTOR:

Guerrero Gallardo Nora Marcia

Guayaquil, Ecuador

2014-2015



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Ma. Gracia Contreras Ortega**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicóloga clínica**

TUTOR (A)

Dra. Nora Marcia Guerrero Gallardo

DIRECTOR DE LA CARRERA

Alexandra Patricia Galarza Soria

Guayaquil, a los 19 del mes de febrero del año 2015



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

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por **Andrea Sofía Gutiérrez Balladares**, como requerimiento parcial para la obtención del Título de **Psicóloga clínica**

TUTOR (A)

Dra. Nora Marcia Guerrero Gallardo

DIRECTOR DE LA CARRERA

Alexandra Patricia Galarza Soria

Guayaquil, a los 19 del mes de febrero del año 2015



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **María Gracia Contreras Ortega**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Embarazo adolescente un llamado al Otro que desfallece** previa a la obtención del Título **de Psicóloga clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 19 del mes de febrero del año 2015

EL AUTOR (A)

María Gracia Contreras Ortega



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

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Andrea Sofía Gutiérrez Balladares

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación **Embarazo adolescente un llamado al Otro que desfallece** previa a la obtención del Título **de Psicóloga clínica**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

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

Guayaquil, a los 19 del mes de febrero del año 2015

EL AUTOR (A)

Andrea Sofía Gutiérrez Balladares



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

AUTORIZACIÓN

Yo, Ma. Gracia Contreras Ortega

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Embarazo adolescente un llamado al Otro que desfallece, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 del mes de febrero del año 2015

EL (LA) AUTOR(A):

María Gracia Contreras Ortega



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

AUTORIZACIÓN

Yo, **Andrea S. Gutiérrez Balladares**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación: Embarazo adolescente un llamado al Otro que desfallece, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 19 del mes de febrero del año 2015

EL (LA) AUTOR(A):

Andrea Sofía Gutiérrez Balladares

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme durante todos estos años de vida en especial durante la carrera.

A mis padres por todo su apoyo y sus palabras de aliento durante toda mi vida.

A mi hermano y hermana por haber estado allí y ser mi apoyo y compañía.

A mis abuelos Alejandro y Modesto (+) por haber sido un gran ejemplo de vida, por acompañarme y engreírme hasta el último día que los tuve a mi lado.

A mis abuelas por impulsarme día a día a seguir mis sueños, por siempre darme esperanza.

A mis amigos Vanessa, Silvia, Raúl, Tyrone, Ronald, Gloria, Christian G. siempre orgullosas e impulsándome a seguir con mi carrera.

A mis dirigentes scouts Paolo, Julio Jorge y Jonathan por sus consejos y ser mi apoyo cuando me sentía perdida

A mis maestros en especial a la Dra. Nora Guerrero y Psc. Francisco Martínez por haber impartido de manera clara y excelente cada una de sus cátedras.

Andrea Sofía Gutiérrez Balladares

AGRADECIMIENTO

A Dios y su guía permanente, por darme una familia que siempre ha creído en mí.

A mi directora de tesis, quien desde un comienzo se interesó por el tema propuesto. Por su paciencia, guía y apoyo para realizar este trabajo.

A mis padres Franklin y Aurora por su apoyo incondicional en cada una de las etapas de mi vida tanto personal como profesional.

A las personas que Dios puso en mi camino, que de una u otra manera dejaron en mí alguna lección de vida.

A la Institución "Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor" que abrió sus puertas, y nos permitió tener una práctica inolvidable y enriquecedora.

A mis compañeros, con quienes compartí cinco años de aprendizaje dentro y fuera de las aulas de la universidad.

A cada uno de los profesores que fueron partícipes de mi formación profesional, su entusiasmo, pasión por lo que hacen y su amor a la docencia.

A mi analista Psic. Piedad Ortega de Spurrier, por su acompañamiento en mi análisis personal.

María Gracia Contreras Ortega

DEDICATORIA

A mis abuelos Alejandro Gutiérrez y Modesto Balladares (+) que de herencia me dejaron el amor por la lectura y luchar por ser mejor cada día, se que desde el cielo se sienten orgullosos de que he cumplido el primero de muchos sueños que tengo.

A mis padres Hugo y María Luisa por estar ahí apoyándome e impulsándome a conseguir mis metas.

Andrea Sofía Gutiérrez Balladares



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

CALIFICACIÓN

Dra. Nora Marcia Guerrero Gallardo
PROFESOR GUÍA Ó TUTOR

ÍNDICE GENERAL

Contenido

| | |
|---|-----|
| AGRADECIMIENTO | v |
| DEDICATORIA | vii |
| ÍNDICE GENERAL | ix |
| RESUMEN (ABSTRACT) | xi |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPITULO I..... | 3 |
| 1.1 Pubertad: Ese real en juego | 4 |
| 1.2 La adolescencia síntoma de la pubertad: | 6 |
| 1.3 El síntoma: | 9 |
| 1.3.1 Síntomas actuales: | 12 |
| 1.4 Fantasma en la adolescencia: | 13 |
| 2. El Edipo | 16 |
| 2.1 Complejo de Edipo en Freud | 16 |
| 2.1.1 Los tres tiempos del Edipo según Lacan: | 18 |
| 2.1.2. De esta manera Lacan hablará de tres tiempos lógicos:..... | 18 |
| 2. 2 El Otro en la adolescencia: | 20 |
| 2.2.1 El Otro Social:..... | 20 |
| 2.2. La condición femenina:..... | 23 |
| 2.2.1 La mujer no es la madre: | 25 |
| 3.1. Angustia: | 26 |
| 3.1.1 Acting out | 27 |
| 3.1.2 Pasaje al acto | 28 |
| 3.2 El estrago materno: | 29 |
| 3.3. La violencia como síntoma en la actualidad..... | 31 |
| 3.4. Masoquismo Femenino: | 33 |
| Capítulo II | 35 |
| 2. Metodología: | 36 |
| 2.1 Abordaje de la clínica en la Institución hospitalaria: | 36 |

| | |
|--|----|
| 2.2 Objetivos: | 37 |
| 2.2.1. Objetivo general | 37 |
| 2.2.2. Objetivos específicos..... | 37 |
| 2.3 Marco general | 38 |
| 2.4. Población:..... | 40 |
| Capítulo III | 41 |
| Análisis de casos: | 42 |
| Caso "Y" | 43 |
| Caso "C" | 46 |
| Caso "L" | 49 |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 51 |
| Conclusiones: | 51 |
| Recomendaciones:..... | 53 |
| Bibliografía..... | 54 |
| Anexos | 57 |
| Madres a una edad cada vez más temprana en Ecuador | 57 |
| Ecuador, tercero en embarazo de adolescentes..... | 62 |
| Embarazo en adolescentes preocupa | 65 |
| Embarazo adolescente: hacia una nueva mirada | 67 |

RESUMEN (ABSTRACT)

Dentro del presente proyecto de sistematización de las prácticas se abordará una investigación en base a las prácticas pre-profesionales realizadas en el Hospital Gineceo-Obstétrico Maternidad Enrique C. Sotomayor con las adolescentes embarazadas de entre 12-17 años de las salas Santa Rita, Cuidados Intermedios I-II y Psicoprofilaxis, este embarazo como un llamado al Otro que desfallece.

La recopilación de los datos de este tema ha sido recolectada mediante la observación, la entrevista clínica y grupos operativos dentro de las salas de la maternidad, obteniendo como resultado que la principal consecuencia de que haya Otro que desfallezca durante su adolescencia trae en estos casos que se presentaran al finalizar el trabajo sus embarazos como un acting out hacia este Otro.

Palabras Claves:

Acting out

Adolescencia

Goce

El Otro

Estrago materno

INTRODUCCIÓN

La sistematización de las practicas pre-profesionales trata de dar a conocer los efectos y consecuencias que tiene crecer en un ambiente maltratante y mantener una relación estragante con su madre.

La importancia de la investigación radica en que el embarazo adolescente es visto como un problema de salud pública dentro de Ecuador, esto se debe a que el Ecuador esta entre los tres primeros países con un mayor índice de embarazo adolescente, esto se lo puede evidenciar desde diferentes publicaciones de periódicos del país, entre ellos “El Universo”, “El Telégrafo”, “La hora”, y “El tiempo”; dichos artículos serán encontrados en anexos.

Dentro de los artículos mencionados anteriormente, se demuestra como el índice de embarazo adolescente incrementó en un 2.3%, a pesar de las campañas implementadas por el Ministerio de salud “Habla serio, sexualidad sin misterio”, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC). Cabe recalcar que esta campaña surgió efecto en las mujeres de 35-45 años, pero en jóvenes de 15-19 años causó una reacción inversa.

La demanda que hace el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor, va ligada a tratar de disminuir las estadísticas que presenta el INEC.

1. Dentro del primer capítulo se abordara la base teórica sobre la cual se sostiene la presente investigación. Es importante decir que las practicantes para realizar sus prácticas y la sistematización de la misma se han guiado por la orientación psicoanalítica.

2. En el segundo capítulo se hará una breve descripción de la metodología utilizada, los instrumentos, población y materiales que se utilizaron para la realización del tema y la aplicación de los mismos. Es importante decir que ya que se tiene una orientación analítica las entrevistas clínicas y la psicoterapia que se utilizó buscaba movilizar la posición subjetiva de estas jóvenes, mediante la puesta en palabras de su angustia, lo que causaba que sus niveles de angustia disminuyan. El espacio de escucha y las intervenciones que se les ofreció y realizó, a estas pacientes fue de vital importancia para que ellas se implicaran dentro de su problemática.

La población con la cual trabajaron las practicantes fueron las jóvenes gestantes de entre 12-17 años que se encontraban dentro del Hospital Gineceo-Obstétrico Maternidad Enrique C. Sotomayor en las salas Santa Rita y Cuidados Intermedios I-II.

3. En el tercer capítulo se describirán tres casos trabajados por las practicantes con los cuales se tratara de demostrar la relación que tuvo este Otro que desfallece para el momento en el que tuvieron su elección de pareja, haciendo una repetición de su ambiente familiar, tomando su embarazo como una escapatoria a sus problemas.

Al final del trabajo se pondrán conclusiones y recomendaciones a los cuales llegaron al finalizar sus prácticas y el marco teórico.

CAPITULO I

1.1 Pubertad: Ese real en juego

Cuando nace un niño este requiere de un Otro para subsistir “sobre el cuerpo se inscribe el registro del amor y del placer” la madre es quien viene a significar su llanto y será su primer objeto de amor. A partir de aquí quedará una huella en el niño, su primera satisfacción, experiencia única que jamás podrá volver a encontrar y buscará. Por eso en la propuesta de Lacan, el objeto esta perdido desde siempre y su reencuentro va a ser siempre mítico. (Ortega, 2013)

En esta relación dual madre-hijo, es necesario que intervenga un Otro y haga un corte, para que de esta manera el niño al renunciar al deseo por el Otro materno, pueda entrar a la cultura y ser un sujeto de deseo. Es entonces cuando se hará la pregunta ¿qué me quiere el Otro?

Después de la infancia se plantean cierto número de elecciones pero no de manera permanente y se reafirman durante la adolescencia. Para Freud el término pubertad da cuenta de un vínculo de sexuación, elección de objeto y elección de posición sexuada.

Cuando se habla de pubertad es importante decir que va mas allá de los cambios biológicos que se dan como irrupción en el cuerpo, que denota la transición de niño a púber, es decir que a mas de estos cambios netamente hormonales, el púber se enfrenta a un real, que se refiere a la no relación sexual y el no saber sobre el otro sexo. “La pubertad es quizás uno de los nombres de la inexistencia de la relación sexual, uno de los momentos en que reaparece para el sujeto la no relación sexual.” (Stevens, 2008)

Reapareciendo así la pregunta ¿qué me quiere el Otro?, sin embargo ya no es el Otro parental hacia quien va dirigida la pregunta sino mas bien para el Otro sexo.

Como Freud propone en su artículo de 1905 “La metamorfosis de la pubertad” 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.” La elección de objeto en la pubertad tiene que renunciar a los objetos infantiles y comenzar de nuevo como corriente sensual.” (Ricaurte, 2013)

“Que la pubertad sea un real implica que se trata de algo que nunca puede terminar de decirse”. (Mitre, 2014). El niño sufre transformaciones en su cuerpo infantil, lo cual genera extrañeza; como respuesta a esto a lo que el púber no tiene palabras para significar aparece la adolescencia como síntoma de la pubertad.

Tal como menciona Juan Mitre en su texto “La adolescencia esa edad decisiva” durante la pubertad se da la posibilidad de la reproducción, lo cual genera una gran preocupación social por la sexualidad de los púberes, en tanto esto se puede ver que la demanda institucional hacia el área de psicología dentro de la maternidad y está ligada justamente al trabajo con madres adolescentes y la prevención de sus embarazos mediante enseñanzas de cómo usar métodos anticonceptivos lo cual busca como objetivo bajar la alta tasa de embarazos adolescentes en Ecuador.

Sin embargo a pesar de la preocupación que genera en la sociedad el embarazo adolescente y la demanda institucional que le acompaña, las

practicantes, además de acogerse a esta demanda , se interesan también por la vertiente a la que apunta una psicoterapia con orientación analítica que se refiere a este primer encuentro ante lo imposible de la no relación sexual.

“La pubertad exige al sujeto separarse de lo padres, de sus ideas, que de todas formas no le sirven al púber para responder sobre los enigmas del sexo. La inconsistencia de los saberes de la infancia, deja a la pulsión en un extravío hasta encontrar otra referencia que le permitan encontrar rutas alternativas para su satisfacción” (Ortega, 2013)

1.2 La adolescencia síntoma de la pubertad:

La adolescencia se da como síntoma de la pubertad, en tanto, al no saber cómo hacer con el otro sexo, el púber se inventa síntomas de manera particular como respuesta a este conjunto vacío de significación al cual se ve enfrentado, de la adolescencia se podría decir que es un momento lógico y no cronológico ya que se utilizan semblantes nuevos que pondrán en juego los viejos tal como menciona Juan Mitre en su texto *Adolescencia: esa edad decisiva* (2014).

La autora Gema Ribera, habla en su artículo “Saber... ¿Para qué?” (2008), que la adolescencia es un momento lógico, en el cual el sujeto se confronta con la pregunta ¿que desea el Otro de mí?, que para este, implica un despliegue alrededor de su existencia, en el cual habrá momentos de mucha angustias, que llega a ser insoportable en algunos casos, cuando se confronta con la no relación sexual. Por esto en ocasiones se vuelve tan insoportable este

real de la no relación sexual que no puede mantener la interrogación y se cierran ante el saber.

De la escucha que se hace de alguna de las pacientes de la Maternidad Enrique Sotomayor, se puede ver claramente como al pasar de la niñez a la pubertad y luego a la adolescencia, ante este no saber qué hacer con las pregunta ¿Quién soy?, ¿Soy mujer?, les resulta insoportable que desertan de sus estudios y se cierran al saber.

Ante esta incertidumbre la adolescente empieza a inventarse respuestas, para responder a todo lo que empieza a irrumpir en su vida y así enfrentarse ante la sexualidad y la relación con el Otro, dependerá de estas invenciones como la joven se enfrente ante los posibles desafíos existenciales que se le presenten. Por otro lado es la cultura la que responde ante dichas interrogantes, intentando darles un sentido. En la actualidad es muy frecuente que se inventen formas de responder a sus preguntas debido al acceso a la tecnología e internet, a pesar de que obtienen mucha información, esto es una avalancha de información con la cual el adolescente no sabe qué hacer, es tanta la información de la cual dispone que puede llegar a confundirlo.

La adolescencia es un tiempo donde el Otro familiar no es un referente suficiente y entonces pasa a acceder al Otro social, “es decir salir del círculo familiar para entrar en la escena social” (Mitre, 2014) es por esto que a lo que apunta el psicoanálisis es a esa respuesta particular que tendrá cada sujeto para arreglársela con ese real que es el encuentro con el Otro sexo y el no saber hacer con este. Por eso para el psicoanálisis la adolescencia es un conjunto de respuestas sintomáticas o invenciones que darán cuenta de esta confrontación con el real que está en juego.

Actualmente el adolescente se enfrenta a un gran problema que es de que el discurso de la cultura actual pretende homogeneizar a los jóvenes en un ideal. Lo cual hace referencia a dos cosas, la primera es lo que se espera de ellos y la segunda se relaciona con aquellos sujetos que no se ciñen a esta homogenización.

Se vive en un mundo globalizado, que deja de lado al sujeto, “detrás de una batería de ítems que procuran atrapar en su afán clasificador eso emerge como disfuncional en el engranaje social” (Ramos, 2008) se puede ver en la juventud como cada joven a su manera busca encajar en algún grupo, con el cual identificarse y sentirse incluido.

Por lo que las distintas naciones, empiezan a implementar programas, guías, protocolos, instructivos para formar al joven ideal, como si estuviesen fabricando un mueble, y el caso de los adolescentes problemáticos, buscan desprogramarlos, en el país existe la DINAPEN (La Dirección Nacional Especializada en Niños, Niñas y Adolescentes), esta entidad trata con adolescentes y niños que infringen la ley o están en una situación de vulnerabilidad. Poniéndolos en programas, impartiendo charlas sobre prevención de embarazos no deseados, drogas, delincuencia, entre otros temas.

Como se lo ve en las prácticas dentro del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Enrique C. Sotomayor, con estas madres adolescentes a pesar de la cantidad de información sobre prevención de embarazos y anticonceptivos, el impartir panfletos, charlas, capacitaciones, etc., no soluciona la problemática, de ellas que es este no saber qué hacer con el otro sexo.(ANEXO)

1.3 El síntoma:

La psiquiatría clínica no basa su investigación en el síntoma particular, a diferencia del psicoanálisis que toma como punto de partida la singularidad del sujeto. Es justamente ahí donde la psiquiatría generaliza, el psicoanálisis apunta a la respuesta individual. La psiquiatría tiene como objeto eliminar y callar el síntoma, mientras que el psicoanálisis busca que ese síntoma pueda ser puesto en palabras, ya que como decía Freud en su conferencia 17 “El síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo”.

En un primer momento Freud dirá sobre el síntoma que es resistente, esto estaría del lado que la libido no se satisface y siempre apuntará a más y por eso el síntoma insiste. Para el psicoanálisis el concepto síntoma es indispensable, ya que habla justamente del arreglo particular que se ha hecho cada sujeto de su enfermedad. Es una formación que escapa del yo y Freud iniciará sus estudios en psicoanálisis sobre la neurosis abordando las neurosis de modalidad obsesiva e histérica.

Los síntomas en Freud estarán entonces cargados de sentido, como las formaciones del inconsciente, En la histeria: Freud lo definirá desde sus estudios “sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos” que son esas representaciones que rechazadas por la conciencia que deben de producirse en otro lugar, en la histeria dirá que es el expresar de algo inconsciente mediante la superficie del cuerpo. Mientras que en la neurosis obsesiva los enfermos ocupan ideas y pensamientos que no le son relevantes y no son de su interés y sienten impulsos interiormente que no comprenden. Una idea es remplazada por la otra.

“Los síntomas neuróticos son el resultado de un conflicto que se libera en torno de una nueva modalidad de la satisfacción pulsional. (Freud, 1975). Se podría decir entonces que es un compromiso entre la pulsión y la defensa. La pulsión no se satisface y quiere tomarlo todo, además la defensa es porosa y siempre habrá algo que escape, entonces buscará salir por otra vía y tomará otra forma que no sea por medio de la palabra.

En la actualidad, en la clínica se habla más del accionar del sujeto que de la queja del síntoma que es hablado por el paciente, ya éste no se puede representar, entonces podríamos decir que la clínica de hoy es la del accionar. Hoy en día la sociedad no es represiva y el mercado ofrece desmedidamente objetos para la satisfacción del goce de sujeto, evitando la falta, es decir busca evadir la castración. Entonces, la falta de la falta genera angustia y lo que el mercado logra es posesionarse con la idea de “todo es posible, incluso lo imposible”. Ante este taponeo de la falta del sujeto son más los pacientes sin recursos de la palabra, sino más bien a la orden de un accionar constante y la puesta de su propio cuerpo. (Acting out y pasajes al acto.) En tanto que el encuentro con lo real no puede ser hablado. “Los síntomas modernos son síntomas que están al servicio directo del goce, sin pasar por el Otro sexo, solo son fijación de goce” (Ortega, 2013)

“Entre los acontecimientos que siempre retornan en la historia juvenil de los neuróticos, que no parecen faltar nunca, hay algunos de particular importancia que merecen destacarse como ejemplos de este género, les enumero: la observación del comercio sexual entre los padres, la seducción por una persona adulta y la amenaza de castración.” (Freud, 1975). Durante el transcurso de la vida del sujeto, se presentan acontecimientos que de una u otra forma causan marcas, sin embargo en el momento de la infancia el niño no tiene los recursos necesarios para poder simbolizar aquello que le pasa,

entonces es en la adolescencia, cuando surge un segundo momento que retorna aquello que había sido reprimido en la infancia, formando síntomas que dan significancia a ese primer momento.

Tal como menciona la Psicóloga Ana Ricaurte en la clase de “Psicopatología del adolescente” dictada en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil (2013), en la revisión del artículo “Adiós al significante” de J. A. Miller (1995) en donde se propone como Lacan retoma el concepto de síntoma en Freud, sin embargo no solo hace referencia al síntoma en su cara significativa sino que también situaba que el síntoma tiene una cara de goce. Cada parletre es marcado por un S1, una dimensión de letra que se inscribió en el cuerpo, que en el mejor de los casos en un análisis buscara ser reconocido para que el sujeto pueda saber de qué manera se ha posesionado en el mundo, de qué manera responde fantasmáticamente y que es eso de lo que goza.

La técnica que propone la clínica del sin sentido va por el lado de ir recortando los sentidos, con un intento de llegar a este S1 que ha marcado la vida de este sujeto. La lectura del síntoma da cuenta de que el síntoma ya no es un síntoma para interpretar, ya que por un lado el inconsciente se interpreta solo por medio de producciones del mismo como sueños, lapsus, olvidos y por otro lado si es interpretado el síntoma, se engorda.

Estaríamos haciendo un pasaje de la clínica del sentido en Freud a la clínica del sin sentido, clínica que da énfasis en el goce del sujeto y que devela las dos caras del síntoma, Este giro hablaría de esta insistencia del síntoma a pesar de su interpretación y es justamente el goce la causa de esta repetición. Por eso a lo que estamos orientados es a escuchar todo aquello que queda por fuera del sentido, dar relevancia a ese sin sentido y a esa letra que no cesa de escribirse.

El buen decir y el saber leer estarían del lado del analista, sin embargo se esperaría que este leer se transfiera al analizante para que de alguna manera este paciente pueda responsabilizarse de su síntoma y estar advertido de cómo goza es decir describir y poder leer quien es él en eso que le aqueja. “Podemos decir que el psicoanálisis está asegurado con la insistencia del síntoma. Aun cuando ellos parezcan opacos o carentes de palabra y apuntar a que el mundo sea más vivible para el sujeto” (Ortega, 2013)

1.3.1 Síntomas actuales:

Si por algo se puede caracterizar la sociedad contemporánea es por la declinación del Nombre del Padre y ante la ausencia de un gran Otro que permita poner límite al goce; lo que observamos es una multiplicación de los objetos de consumos ofrecidos para que el sujeto pueda taponar su falta.

El psicoanálisis nos enseña que cuando el sujeto se encuentra con la falta de la falta a lo que llamamos un encuentro con lo real, lo que fenomenológicamente se encuentra es un gran monto de angustia frente a lo cual los adolescentes inventaran un sin número de síntomas.

El síntoma es una respuesta ante lo real, es una respuesta que cada sujeto utiliza para responder a la época en la que está inmerso. Entre los síntomas más frecuentes que podemos encontrar en los jóvenes hoy tenemos los trastornos de la alimentación anorexia y bulimia.

El desborde sexual que los lleva a embarazos adolescentes así como el estar expuestos a la transmisión de enfermedades venéreas, el uso de drogas,

alcohol, conformación de grupo de pares que se conocen con el nombre de pandillas donde realizan actividades como robar, matar los llamados sicarios.

Frente a esta situación los psicoanalistas o los psicólogos clínicos con orientación analítica se incluyen en estas instituciones de salud y educativas para ofrecer a estos adolescentes un espacio de escucha, un lugar donde den cuenta de sus deseos, sufrimientos y además encuentren alternativas a su malestar.

1.4 Fantasma en la adolescencia:

El fantasma se construye durante la infancia a partir de recuerdos reprimidos acerca de incidentes sexuales que ocurrieron en su infancia, dichos recuerdos no han sido elaborados es por esto que tienden a estar reprimidos.

Para Freud (1915) son tres los fantasmas o fantasías originarias que se presentan en los sujetos, son el de la seducción, el del coito parental y el de la castración.

En la fantasía de seducción, ésta remite a que el niño fantasea con una tentativa de seducción por parte de uno de sus padres. El niño desea la consumación del acto sexual con el adulto, la seducción se orienta a los padres que se han vuelto su objeto sexual.

La fantasía de la escena originaria, está dada por la visión del coito de los padres, que contribuye a la perturbación, disgusto y miedo del niño.

La fantasía de castración, surge el temor a la castración por parte del padre si se cumpliera su deseo de acostarse con la madre.

Lacan definirá su matema como $\$ \diamond a$, dicho matema articula entre sí elementos heterogéneos: $\$$ que es un sujeto barrado, que está ubicado en el orden simbólico, que se relaciona con el objeto a , tomando varios valores: por un lado procede de un enfoque imaginario del fantasma, lo que hace del mismo que sea un objeto imaginario, por otro lado se ubica como real, es decir que es imposible ya que está perdido, es así como se forman dos etapas, una que articula fantasma y deseo y la otra que articula fantasma y goce.

El fantasma responde a la cuestión del deseo como deseo del Otro, sosteniéndolo en un objeto. El neurótico se sirve del fantasma como una defensa ante la angustia.

El fantasma es y sirve como una pantalla para el sujeto que le cierra a este el acceso a lo real, por otro lado también sirve como una ventana que le abre al sujeto un punto de vista sobre lo real, y tiene como función ligar al sujeto con el inconsciente. La fórmula del fantasma se escribe como una articulación entre el sujeto barrado por el significante y el objeto a que representa el goce es decir $\$ \diamond a$; además de estar relacionado con un objeto asexualizado bajo la significación fálica, que se lo ve reflejado en las teorías sexuales infantiles, lo que pasa en la pubertad es que este fantasma de la infancia, en la adolescencia se reactualiza.

Lacan dirá que el fantasma dentro de su estructura contiene el - , que es la función imaginaria de la castración, que está bajo una forma oculta y reversible, de uno de sus términos al otro, entonces aparecerá así el fantasma

como una cadena flexible. En el fantasma la castración viene a regular el deseo, pero se trata de la castración a nivel imaginario.

Dentro de la fórmula del fantasma el objeto a se encuentra del lado del autoerotismo, será entonces el amarramiento fálico del objeto a lo que introducirá al sujeto a la significación fálica.

Antes de hablar del fantasma en la adolescencia, hay que empezar por decir que el fantasma se verifica en la pubertad, el fantasma dirige al sujeto hacia la vía de la realización sexual, es la articulación que se hace ante este encuentro sexual.

Esta reactualización consiste en “el amarramiento del objeto a con la significación fálica que se produjo en la infancia, se verifica en la segunda oleada pulsional de la pubertad al ponerse en función por el encuentro con el Otro sexo” (Álvarez, 2008). Se da una nueva meta sexual, que es el relacionarse con el otro sexo, además de que se da la separación tajante entre lo femenino y masculino.

Por otro lado el fantasma se resiste a esta modificación, pero es importante que se verifique en la adolescencia ya que se da la elección de una figura esencial de la sexualidad humana, es decir la pareja sexual.

El fantasma falla en cuanto a lo imaginario y simbólico, en lo imaginario debido a que la imagen se modifica, esto se refiere a que los caracteres sexuales secundarios de este adolescente que estaban marcados por el discurso, hacen que deje de ser un niño y pase a ser mujer u hombre. En cuanto a la identificación simbólica, el niño deberá operar una separación en su relación con sus figuras parentales. Al caerse las figuras simbólicas de sus

padres, el joven buscara otras con las cuales identificarse, buscan una figura de autoridad, que no sea su padre, que le ayude a separarse de sus figuras parentales.

Lo real, está en relación con el cuerpo y con la separación del Otro, que se articula con el entrar en el lazo con el otro, con el deseo del otro sexo, el fantasma falla cuando se confronta con los nuevos invites del sexo, ya que el fantasma que se construyo en la infancia deja de funcionar de la misma manera.

Durante la adolescencia el fantasma orientara a dicho sujeto a una posible vía de realización sexual, y esto le permitirá luego un encuentro sexual.

Las respuestas fantasmaticas que se inventan estos adolescentes las elaboran ante lo que irrumpe en sus vidas al enfrentarse con la sexualidad y su relación con el Otro.

2. El Edipo

2.1 Complejo de Edipo en Freud

El complejo de Edipo marcara el vínculo del niño con el progenitor del sexo opuesto un deseo amoroso y la rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo. La resolución del complejo aparece cuando termina la etapa fálica ya que surge el miedo a la castración por haber tenido masturbaciones infantiles y deseos incestuosos hacia la figura parental del otro sexo, la castración será ejercida por parte de la figura parental de autoridad. La salida del Edipo llevara al niño a encontrar su identidad de hombre o mujer.

El Edipo en el niño se da porque el objeto de la pulsión, la madre, al entrar al Edipo el niño manipulara su pene, mientras se entrega al mismo tiempo a fantasmas ligados a la madre, después bajo la amenaza de castración expresada por el padre y la angustia provocada por la percepción del cuerpo femenino privado del falo, entonces el niño renunciara a poseer a la madre. El niño pierde a la madre para someterse a la ley universal de la prohibición del incesto. La ley que el padre ordena al niño que respete. (Nasio, 1997)

El Edipo en la niña, el pasaje que hace ella de la madre al padre es más complicado que en el Edipo del varón. En la niña se da cuando aparece la decepción que siente ella, al darse cuenta de la falta de falo, del que creía estar dotada, este sentimiento de decepción Freud lo denominara la envidia del pene, luego dirá que dicha envidia se transformara en el deseo de tener un hijo del padre, cuando esta niña sea una mujer, habrá un deseo por tener un hijo del hombre elegido. En la niña también aparece la angustia de castración cuando pierde al amor del ser amado.

En la niña una vez que acepta la castración como un hecho surge la actitud femenina. “La niña al aceptar la castración como un hecho consumado y la envidia del pene se resuelve en deseo de pene y se orienta al padre para conseguirlo” (Cazenave, 1999)

La castración implica la renuncia al autoerotismo, abriendo el posible encuentro con el objeto sexual que se concretara en la pubertad. Aquí se confronta con una falta que no puede anular y lo marca en su constitución como sujeto. “La neurosis infantil constituye el abrochamiento de la estructura, el resultado es la instalación de la castración, que es la institución de la

significación fantasmática que en tanto relación del sujeto con el objeto, fija el goce en una modalidad". (Cazenave, 1999).

2.1.1 Los tres tiempos del Edipo según Lacan:

En primera instancia es importante recordar que hablar del Nombre del Padre no es lo mismo que hablar del padre biológico, este se refiere a una función simbólica que permite al sujeto el paso a la cultura y a la cadena significativa, así mismo que se dé la separación entre el sujeto y el objeto ($\$ \leftrightarrow a$). Es la encargada de hacer ese corte en la relación dual madre e hijo, para que el niño no quede en calidad de objeto de deseo de la madre y así pone en falta a su madre y le permite volver a desear. A pesar de que esta función del Nombre del Padre pone freno al goce, no solo prohíbe sino que también posibilita de esa manera el $\$$ puede convertirse en un sujeto de deseo.

Lacan retomara el Edipo en Freud y menciona al Nombre del padre no como padre en lo real, sino más bien en el ejercer de una función paterna, esta función que no solo pone límites sino que también debe pasar por el amor dando así la posibilidad de la salida del Edipo y el poder en algún momento escoger a un otro por fuera de la familia. El Nombre del padre no encarna la ley sino más bien la representa.

2.1.2. De esta manera Lacan hablará de tres tiempos lógicos:

Primer tiempo lógico: lo que busca el niño es ser objeto del deseo de la madre, ser el falo que la complete. La primacía de este tiempo es la relación niño-madre, donde también se constituye el yo latente de las primeras palabras de su madre, relacionada con el estadio del espejo donde es necesaria la

intervención del “otro de la simbolización primordial “(la madre) para que se constituya un “yo”. El padre no está ausente, está presente pero velando esta relación.

También se podría mencionar en que en este tiempo aparece el triángulo niño-madre-falo, el infante depende del deseo de la madre de la primera simbolización que le otorga, desde aquí para el niño su deseo es deseo de la madre. ¿Cuál es el objeto de deseo de la madre? El falo, ante esto el niño en el plano imaginario del infante deberá elegir el ser o no ser “be or not to be” el falo de su madre. Si llega a identificarse con este falo genera una completitud imaginaria, en tanto que existe una falta en su madre.

Segundo tiempo lógico: en este momento no solo interviene la palabra de la madre sino también la palabra del padre, la ley paterna aparece en el imaginario como interdicto en la relación madre-hijo, haciendo del padre un rival. El padre enuncia no para la madre, un “no reintegraras tu producto” y para su hijo” no te acostaras con tu madre”, por lo tanto lo que debe ocurrir en este momento es que el niño se desprenda de la relación dual con su madre y de esa manera establezca un primer encuentro con la ley.

El segundo tiempo lógico se caracteriza por la presencia del cuarto elemento la función del padre, que posibilita al niño salir de ese acoplamiento con su madre y así que el niño pueda acceder a su propio deseo y al orden simbólico. El padre interviene haciendo de barrera en la relación madre –niño poniendo a la madre como castrada y el padre aparece como privador de la madre , en tanto ella debe someterse a una ley que no es la suya. El padre aparece como falo.

Tercer tiempo lógico: aquí el padre no aparece solo como el que priva sino como el que tiene el falo y puede darlo como no darlo, en la medida en que el porta la ley(no la encarna) esto hace que dependa del padre que la madre tenga el falo y ya no del niño, por lo tanto el giro que introduce el padre en este tiempo es que el niño pase de una cuestión “ser o no ser” a “tener o no tener” el falo.

Entonces, una vez que el padre se instaure como un portador del falo, portador de la ley el niño se identifica con el (constitución del ideal del yo) aquí se incorporan las insignias paternas necesarias para la adolescencia. Para la niña la salida del Edipo es distinta, ella no se identifica con el padre sino que dirige su mirada a él, en tanto que tiene el falo donde también se desprende una visión del padre para ella (mostrar cómo es una mujer a la que un hombre toma como objeto causa de deseo). En este tercer tiempo el padre no es el falo, sino que lo tiene, lo cual implica que el padre también está sometido a la ley y se logra así el giro que reinstaura el falo como objeto deseado por la madre , el padre puede darle a la madre lo que tiene (potencia en el sentido genital) aquí se trata de un padre que tiene y que da , que permite de forma que el infante puede desear otros objetos e identificarse con el padre construyendo un ideal del yo, lo cual sería la salida del Edipo.

2. 2 El Otro en la adolescencia:

2.2.1 El Otro Social:

El Otro no es una persona, pero está muy ligado a la función materna y paterna, el Otro es el lugar donde se sitúa a la cadena de significantes, es ese lugar en el cual tiene que aparecer el sujeto asumiendo la subjetividad donde se

muestra la pulsión. Se instaura la sexualidad en el lugar del sujeto mediante la vía de la falta, es ahí donde se superponen dos faltas: Una el defecto central en torno al cual gira la dialéctica del advenimiento del sujeto a su propio ser en su relación con el Otro – esto se da ya que el sujeto depende del significante, el significante está primero en el lugar del Otro. En la relación del sujeto con el Otro se genera todo en un proceso de hiancia, este es un proceso circular, pero no reciproco. Aunque es un proceso circular, es asimétrico. (Lacan, 1964)

Para el sujeto es esencial el Otro ya que es donde se ponen en funcionamiento y se organizan los ideales, sin este Otro no habría referencia e ideales.

En la infancia es primordial que haya el deseo del Otro (materno), que es quien lo acoge y es uno de los principales referentes que tiene, aunque la relación dual madre-hijo, en la cual hay una alienación. La alienación implica una lógica, esta es una lógica de elección forzada, ya que es un proceso en el cual se juega la dependencia del sujeto con relación al Otro, y es importante diferenciar el nivel imaginario en el que la significación de la alienación, constitutiva del yo, aparece en la relación de exclusión, que es la que estructura en el sujeto, la relación dual de yo a yo. Para evitar que el sujeto quede atrapado en esta alienación, hay un proceso de separación, es decir, debe tener un recorte que lo hace la función paterna.

La operación de separación, es decir la extracción del objeto de ambos lugares, lo barrado del lado del sujeto y del lado del otro, entonces el objeto “a” caerá como un resto que se convertirá en causa del deseo, es decir que en el objeto a se restituye el marco del fantasma, bajo la forma de objeto de deseo.

El Otro paterno (Nombre del Padre), que es de quien se sirve el niño para evitar quedarse alienado con la madre.

El niño aprende a ser hombre o mujer en base al Otro, pero en la adolescencia este referente que son los padres caen, pasan a segundo plano y el joven empezara a buscar nuevos referentes, no solo para saber qué es ser hombre o mujer más bien este Otro que buscan es para tomarlo de referencia para saber qué hacer con el otro sexo.

El Nombre del Padre es el significante de Otro que existe. De este Otro es el que se hablara que no existe, de esta inexistencia deviene la caída de los ideales. Lacan decía “la gran neurosis contemporánea” es la de la inexistencia del Otro en tanto fija al sujeto en la caza del plus de gozar” (Assef, 2006)

En la actualidad para el adolescente es un poco más difícil tener este gran Otro como una referencia, se vive en una época en la que la función del Otro es lábil. Un claro ejemplo de esto son estas adolescentes que se embarazan, son jóvenes que no han tenido Otro que haga una buena función, quien las acoja. Además que los referentes que han tenido, las llevan a una repetición constante de ese ambiente en el cual vivieron su infancia.

El trabajo de las practicantes de psicología clínica con orientación analítica, es convertirse en un Otro distinto de eso real que la adolescente ha encontrado en su historia, y que se presenta como un Otro incapaz de operar con la propia privación. Se trata ante todo de encarnar ese lugar que no excluye, cancela, rechaza, calla, obtura, atormenta etc., sino darle un lugar a su palabra.

2.2. La condición femenina:

“Para Freud la sexualidad femenina era misteriosa y enigmática”. Lo femenino en un intento de buscar a “La mujer” como el ideal, este ideal que definitivamente gira en torno de la singularidad e historia de cada una, sin embargo la época también propone distintos “modelos de la mujer ideal” y conocer los diferentes tipos de mujer ideal que debe alcanzarse. Sin embargo la femineidad no solo es un asunto que les interesa a las mujeres, sino también a los hombres que se preguntaran ¿qué es una mujer? ¿Qué quiere una mujer? Y ¿Cómo goza una mujer? (Tendlarz, 2013)

El discurso simbólico daría cuenta de las imágenes femeninas que se van construyendo,” lo simbólico modela los ideales con los que las mujeres se identifican para responder al enigma de la sexualidad femenina y lograr así ser deseadas y amadas por su parteriere”.

Desde lo orgánico existen muchas diferencias entre un hombre y una mujer y particularidades de cada sexo, sin embargo Freud a pesar de esto intenta hacer una distinción entre lo masculino y lo femenino desde otro punto de vista que no solo abarca lo orgánico. En primer lugar toma el sentido biológico donde hace referencia al ovulo y a los espermatozoides y las funciones que ejerce cada uno de estos. En segunda instancia hace hincapié en el comportamiento tanto del hombre como el de la mujer y por último en tercer lugar lo aborda desde el lado psicoanalítico y en torno a la actividad y pasividad de los sexos.

La sexuación va más allá de la diferencia anatómica entre los dos cuerpos, apunta sin embargo a qué posición toma cada sujeto en torno a la castración, que es vivida diferente para el niño como para la niña, en la niña se presenta como el miedo a la pérdida de amor. Podríamos decir entonces que la elección del sexo y del objeto de amor estaría marcada entonces por la fórmula de la sexuación.

La madre es el primer objeto de amor del niño y la niña, sin embargo en la niña ocurre un viraje hacia el padre en busca de lo que ella no tiene, cuando se da cuenta que la madre no tiene lo que ella busca, la niña deja del lado ese rol femenino por identificarse con el padre, desde ese momento la relación madre-niña se transforma en un poco hostil, ya que es vista como la rival que tiene del padre lo que ella anhela de él. Sin embargo como indica Silvia Tendler en su texto las mujeres y sus goces 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 partenaire.

Cuando una mujer ama a otra mujer, esto no debe ser traducido como homosexualidad, como se mencionó anteriormente que las mujeres siempre van a estar en busca de un ideal alguien que sea “La mujer” y se va a encontrar inconscientemente identificada con ella, es por eso que en muchos casos existen celos de una mujer a su pareja, con otras mujeres que a ella misma le atraen. Siempre en la búsqueda incesante de responder a la pregunta “¿Qué es una mujer?” Como en el caso Dora, la Señora K viene a ser ese posible representante del misterio femenino.

2.2.1 La mujer no es la madre:

En primer momento la madre y el hijo se encuentran en una relación dual, como si estuvieran en una esfera, sin embargo en algún momento esta relación debe ser cortada mediante la intervención del Nombre del Padre que vendrá a metaforizar el deseo materno. Retomando el texto de Miller “el niño entre la mujer y la madre”, es sin duda esencial el deseo materno para poder libidinizar a ese niño y en primer instancia este hijo vendría a completar su falta, sin embargo es importante que la madre sea una “madre suficientemente buena” como hace alusión Winnicott y pueda ser quien haga que esa función del Nombre del Padre surta efecto.

De lo que se trata es que el niño no obture la falta de su madre, es decir que ella también pueda desear como mujer y no se quede solo siendo madre, para esto no solo es importante el corte que haga la función del nombre del padre sino como la madre haga valer este corte y torne su mirada a él. Se encuentre como castrada y así de esa manera permitirle a su hijo ser un sujeto de deseo y no quedarse en la posición de objeto de deseo de la madre, que venga a llenar esa falta.

Sin embargo no es solo asunto de que la madre consienta este corte y este niño no sea todo lo que la complete, Se trata también de cómo este niño o colma o divide y lo que debería de pasar es que divida a la madre para que de esa manera ella también pueda desear más allá de él. Si colma a la madre el niño y la madre quedarían atrapados en esa relación mortífera en el cual caerá como resto o bien quedara en el fantasma materno. Por eso Miller en su texto “El niño entre la mujer y la madre” dirá que el niño divida a la madre es esencial.

El niño síntoma de la pareja parental, traduce lo que pasa de trasfondo con la pareja sin embargo es mucho más fácil que se vehiculice un análisis que permita poner en palabras aquello de lo que el niño sufre, por otro lado si el niño es síntoma del fantasma materno se podría identificar sin embargo, es más difícil el trabajo porque este síntoma obstaculiza.

Como se sabe la falta de la falta genera angustia, si el niño colma a su madre, esta se encontrara angustiada por ende deseará poco o mal con respecto a ser mujer. Una verdadera función que haga corte le permite tanto a la madre como al hijo ser sujetos de deseo, que puedan ver más allá de esa relación dual en la que se encuentran, castrar a la madre y retornar su mirada a él como objeto causa de deseo, así mismo no permitirá que su hijo se quede atrapado en el fantasma materno.

3.1. Angustia:

Freud en 1984 define la angustia como una transformación de la libido acumulada que no ha logrado satisfacerse, es entonces que produce excitación en exceso y como no ha sido descargada se convierte en angustia. Pero años después considera que la angustia en la neurosis se produce por la represión en la cual el niño se angustia al no poder conseguir satisfacerse por la ausencia de la madre, es por esto que la represión causa que la libido se convierta en angustia.

También dirá que la angustia es una señal de alarma que es una respuesta del yo que trata de escapar de las exigencias de la libido y toma el mismo comportamiento ante este peligro interior del mismo modo como si se tratase de un peligro exterior.

Para Lacan “la angustia es ese corte que se abre y deja aparecer lo inesperado, la visita, la noticia, lo que expresa el término de presentimiento pero en tanto pre-sentimiento, lo que está antes del nacimiento de un sentimiento”. (Lacan, 1962-63)

También considera que la angustia es un afecto, afecto que no está reprimido, es algo con lo que coincide con Freud, el afecto es lo que está desanudado, queda a la deriva, está desplazado, pero no reprimido, lo que se reprime son los significantes que lo anudaran.

La angustia según Ricardo Seldes se trata de algo inquietante, que sucede súbitamente, la entrada a lo siniestro, algo que puede ser muy breve. En el apólogo de Lacan define angustia como la espera de que algo suceda. Por ejemplo se está en el teatro, en la escena del mundo, se apagan las luces, se está por levantar el telón. Los elementos constitutivos son: un marco significativo, una espera, el campo propicio para que aparezca el afecto correlativo a esa espera del Otro. La angustia es esencialmente un corte, sin el cual el significante, su funcionamiento, su surco en lo real es imposible. (Seldes, 2004)

3.1.1 Acting out

Antes de hablar de acting out, hay que referirse al acto, el acto es arrancar a la angustia su certeza, operar una transferencia de angustia. (Lacan, Seminario X: La angustia, 1962-63)

Freud lo consideraba al acting out como una repetición inconsciente en oposición a la capacidad de recordar como un empuje a repetir y aliviar el pasado infantil en acto, sin recordarlo.

El acting out aparece a partir de la represión del recuerdo de acontecimientos en la historia del sujeto, pero ya no surge como imagen que evoca un recuerdo, sino como un acto que vive el sujeto ajeno a él mismo, como algo del inconsciente que se da rápidamente, por lo cual el sujeto no entiende el porqué de dicho acto.

Para Lacan el acting out surge de la dificultad de recordar algo del pasado, dentro de una situación puntual, este no poder recordar por lo general lo pone dentro del acto analítico, aunque hay casos en los que dicho acto está dirigido a un gran Otro que no escucha, el sujeto no puede transmitirle un mensaje en palabras por lo que se busca transmitir el mensaje mediante un acto.

Es decir que el acting out es un mensaje que el sujeto dirige a este Otro que no está escuchando, pero este acto que hace el sujeto aparece como algo ajeno a él ya que no entiende su contenido, ni el porqué lo está haciendo. Es un acto demostrativo, por lo tanto el sujeto queda como parte de la escena.

Durante el análisis ocurre cuando hay muchas resistencias y actúa para no recordar.

3.1.2 Pasaje al acto

En el pasaje al acto el sujeto se sale de la escena a diferencia del acting out que permanece en ella para demostrar algo. Es una huida del Otro, hacia lo

real, implicando la disolución del sujeto, es decir el sujeto se convierte en puro objeto, es decir que se identifica al objeto como un resto, quedándose fuera de la escena. (Vallejo, 2008)

En el pasaje al acto el sujeto aparece barrado al máximo por la tachadura de su división, no puede simbolizar, de esta manera se excluye de la escena. En el momento del mayor embarazo, con la adición comportamental de la emoción como desorden del movimiento, el sujeto, por así decir, se precipita desde allí donde está, desde el lugar de la escena donde sólo puede mantenerse en su estatuto de sujeto como sujeto fundamentalmente historizado, y cae esencialmente fuera de la escena. (Lacan, 1962-63)

Cuando el fantasma ha sido desbordado, incapaz de soportar lo siniestro, el pasaje al acto será entonces una solución ante esto traumático. En el pasaje al acto no hay Otro que interprete el acto, ya que no está dirigido a nadie; demanda de amor, de reconocimiento simbólico, está hecha por un sujeto que se ha identificado con el resto, reduciéndose a un desecho.

3.2 El estrago materno:

La mujer es un síntoma para todo hombre, pero el hombre es para la mujer todo lo que le guste, es una aflicción peor que un síntoma, es un estrago. Entonces el estrago es una dificultad para establecer un límite a un goce devastador en el que ella es tomada como objeto de goce. (María Cristina Aguirre, 2014)

Según el autor Patricio Álvarez en su libro “Hacia una clínica del estrago” (2008) habla de tres elementos que se manifiestan en el estrago:

1. Fantasma de devoración materna, para el niño la castración de su madre conlleva la posibilidad de una mordida, de la devoración, es entonces cuando la castración paterna resulta un sustituto menos terrible, ya que le brinda una salida y posibilidades de desarrollo.
2. El niño tomado por el deseo materno sin mediación del falo, en esta posición el niño esta como un súbdito. La castración del padre le permite una salida hacia la identificación.
3. Súper-yo materno, aquí está la ley caprichosa del deseo de la madre, una ley incontrolada. El niño se esboza como sujetado al capricho de eso de lo que él depende, incluso si este capricho es un capricho articulado". Esta ley incontrolada persiste bajo la figura del superyó materno, incluso una vez que se sustituye esta ley de la madre por la ley del padre cuando funciona la metáfora. (Álvarez, 2008)

Como se ha podido observar en las practicas en las pacientes del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Enrique C. Sotomayor que uno de los efectos del estrago madre-hija es la influencia que tiene en sus elecciones de objeto de amor, es entonces que eligen estos hombres con los cuales continúan y perpetúan el estrago.

Por eso cuando a las pacientes se les ofrece el espacio de escucha y se quejan de sus parejas, de la proximidad que existe entre su pasión amorosa y la muerte, esta queja encubre la principal que es la queja hacia una madre que las rechazo, entonces puede surgir la pregunta ¿Cómo puede ser ella amada por su pareja si su propia madre la rechazo? (María Cristina Aguirre, 2014) Esta pregunta hace que la paciente se situé como una víctima soportando los

maltratos de su pareja. Es el retorno de un goce mortífero en la relación de la mujer con su partener, pero esto se da por la relación primaria madre-hija.

Al trabajar con estas adolescentes las practicantes mediante sus intervenciones lograron de algún modo que estas chicas se implicaran en su problemática observando por ellas mismas esta repetición al elegir sus parejas y el modo de relacionarse con ellos, además no solo influye en la relación de pareja, también la repetición se da cuando ellas se convierten en madres.

Las madres adolescentes justifican este maltrato de parte de sus parejas por medio del amor, se sienten sujetadas por él ya que dicen amarlas, y usan la frase “Son hombres es normal que se comporten así” el trabajo de las practicantes es permitirles a salir de esa relación mortífera.

3.3. La violencia como síntoma en la actualidad.

Hoy en día los avances de la ciencia y los objetos que ofrece el mercado, que tienen como finalidad obturar la falta, además de la caída del Nombre del Padre, hacen que estos objetos tengan el dominio ante este padre que ya no puede guiar una regulación de goce en la familia.

Teniendo en cuenta que la pérdida de la autoridad no está solo del lado de la figura que sostiene la familia en el interior sino también como El Estado por ejemplo y entes exteriores intentan evadir el tema de la violencia, sin embargo existen cada vez más denuncias de maltrato infantil, maltrato a la mujer, casos de violaciones, entre otros.

De este tipo de casos muchas veces se logra detectar entre los casos de las salas del Hospital Gineceo-obstétrico Enrique Sotomayor a mujeres de corta

edad abusadas por miembros de su misma familia, a mujeres maltratadas física, verbal y psicológicamente por sus parejas, y que de una u otra manera están marcadas con significantes que parece que desde mucho tiempo atrás le fueron asignados, es por eso que el trabajo que se propone en esta práctica es prestar la escucha a estas pacientes , permitiéndoles que hablen un poco de su goce y así mismo puedan detectar de papel ocupan ellas en esto que les aqueja.

Sin embargo en el ámbito institucional existen ciertas limitaciones como el tiempo, es decir las pacientes se encuentran internadas entre uno y tres días, por eso muchas veces en el trabajo que se hace con ellas una sesión podría tener inicio y cierre.

Es interesante la dinámica particular del modo de goce de la sexualidad femenina quien generalmente está empujada a dirigir su demanda de amor y atención absoluta de parte de su parteniére; pero como responder a esa demanda está dentro de lo imposible la mujer se queja, discute y la respuesta por parte de su pareja muchas veces será violenta y estragante.

La violencia de un hombre sobre una mujer usualmente es reconocida en el imaginario social como una agresión física que éste pueda causar en ella, sin embargo existen también otros tipos de violencia como el psicológico.

En el Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Enrique C. Sotomayor en la ciudad de Guayaquil, hay una cabida a la palabra de las mujeres que sufren de cualquier tipo de maltrato, sin embargo se recomienda seguir acudiendo a un especialista donde pueda abordar la problemática, dado que es importante también que ellas puedan hacerse responsables de su goce y que puedan más

allá de su queja entender las diversas razones por las cuales permanecen en una relación maltratante y trabajar en que otras opciones podrían pensarse.

En algunas ocasiones se les recomienda ir a la fundación “CEPAM” (Centro de atención integral a la violencia y derechos de familia), en donde puedan seguir trabajando y teniendo un espacio para ser escuchadas.

Sin embargo es muy importante reconocer que en muchos casos actuar a favor de la persona llamada “víctima” obtura en ella el hecho de que se responsabilice de su goce, es por esto que en muchas ocasiones las mujeres denuncian a sus parejas, buscan en las leyes su amparo y sin embargo regresan con él sin poder dar cuenta de por qué lo hacen.

3.4. Masoquismo Femenino:

“El masoquismo femenino se basa enteramente en el masoquismo primario, erógeno, el placer de recibir dolor. En el contenido manifiesto de las fantasías masoquistas se expresa también un sentimiento de culpa cuando se supone que la persona afectada ha infringido algo (se lo deja indeterminado) que debe expiarse mediante todos esos procedimientos dolorosos y martirizadores. Esto aparece como una racionalización superficial de los contenidos masoquistas, pero detrás se esconde el nexo con la masturbación infantil”. (Freud, 1992)

En la mayoría de las pacientes adolescentes del Hospital Gineceo-Obstétrico Maternidad Enrique C. Sotomayor, estas mujeres que sufren de maltrato por parte de su pareja se sienten culpables, los golpes que reciben, significan para ellas que se han equivocado y por lo tanto merecen ser

golpeadas, además de que su pareja se encarga de hacerlas sentir de esa manera, degradándola, haciéndola creer que si es golpeada es porque ella hizo algo que lo molestó.

Para estas jóvenes el golpe se convierte en una forma de relacionarse con su pareja, un modo de mostrar afecto, pero esto es algo que tiene un trasfondo ya que en su mayoría estas chicas en su familia fueron maltratadas y en su aparente “salida”, es decir el hacerse de compromiso y embarazarse, su elección de pareja las lleva a repetir ese entorno, ellas manifiestan que no saben porque soportan durante años el maltrato por parte de estos hombres, y cuando logran dejar a estos maridos, con el siguiente repiten la elección.

Por esto el trabajo que realizan las practicantes con estas adolescentes es lograr implicarla para que salga de esta posición masoquista en la que se encuentra, y de esta manera romper el ciclo.

Capítulo II

2. Metodología:

2.1 Abordaje de la clínica en la Institución hospitalaria:

La sistematización de las practicas se realizará a partir del método de la entrevista clínica, es decir, realizando entrevistas a las pacientes como instrumento para recopilar información y poder relacionarla con el tema planteado. El grupo de personas al que se dirigen las practicantes son algunos de los casos trabajados con las pacientes con edades desde los 12 hasta los 17 años, derivadas por los doctores jefes de las diferentes Salas por las cuales rotaron las practicantes de la Institución, como embarazos adolescentes pertenecientes a las salas Santa Rita, Cuidados Intermedios II y Psicoprofilaxis, ubicadas en el Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Enrique Sotomayor.

El tipo de estudio de caso que se utilizara será el holístico tipo 3, es decir que usaremos múltiples casos (Yin, 1994) para sustentar el tema a desarrollar “Embarazos adolescentes un llamado al Otro que desfallece” debido a que se usan varios casos que comparten una similar problemática, es por esto que la investigación a realizar es de tipo cualitativo ya que no se trata de presentar una estadística sino presentar la perspectiva de cómo cada una de estas madres adolescentes desde su singularidad, buscaron quedar embarazadas como un modo de llamar a este Otro que no fue un buen referente, sino más bien que sirvió que para el momento de elección de la pareja sea muy parecido o tenga las caracterizas de este Otro.

Es importante reafirmar el uso de la técnica de la entrevista fue clave para este trabajo investigativo, a más de él inferir del discurso de estas madres adolescentes y así poder descubrir que hay detrás de estos embarazos, que en ocasiones son actings para llamar a este Otro que esta desfalleciendo más aun en la adolescencia que es cuando se caen estos referentes.

Presentándose una repetición en la elección de pareja, siendo así que las psicólogas clínicas, en las entrevistas las pacientes logran tomar conciencia de porque eligieron esa pareja además de darse cuenta que dicha pareja tiene una historia familiar muy similar a la suya.

2.2 Objetivos:

2.2.1. Objetivo general

Reconocer e identificar desde el discurso de las pacientes adolescentes embarazadas de qué forma influye la función endeble de un Otro, siendo el embarazo una respuesta ante esta función desfalleciente.

2.2.2. Objetivos específicos

- a. Recopilar información, mediante entrevistas clínicas y grupos operativos, de distintos casos de embarazos adolescentes donde se destaca esta función frágil del padre, en las que en su mayoría las adolescentes deciden irse de la casa de sus padres a cortas edades.
- b. Demostrar cómo estos embarazos adolescentes son un llamado ante este Otro que desfallece y del cual no obtiene respuesta

- c. Analizar las causas que motivan a estas adolescentes embarazadas a estar en constante repetición.

2.3 Marco general

En el presente escrito se abordara el embarazo de las adolescentes del hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Enrique Sotomayor, dentro de las salas Santa Rita y Cuidados Intermedios II, siendo el embarazo adolescente un llamado al Otro que desfallece; en los casos atendidos por las practicantes se puede destacar que dentro del discurso de algunas de estas madres adolescentes hay una repetición del entorno conflictivo en el cual se desarrollaron y luego en el entorno en cual viven con pareja e hijos.

Es decir en el intento fallido de salir de su entorno maltratante, en los casos seleccionados la repetición está presente en esta elección inconsciente de estas parejas maltratantes, de esta manera sus hijos sufren las consecuencias, debido a que al ejercer el rol materno estos niños se empiezan a desarrollar en un entorno conflictivo, muy similar al que ellas vivieron.

Destacando la importancia que tiene la intervención del psicólogo clínico con orientación analítica al momento de atender a estas madres adolescentes que en muchas ocasiones están llenas de angustia ante este no saber de la repetición de sus elecciones y acciones.

En tornos a los casos atendidos, varias de las adolescentes embarazadas, cuentan cómo han abandonado sus estudios por irse a vivir con su pareja a temprana edad, dado que en sus casas no se sentían acogidas por

sus padres. “La sociedad no se da cuenta de lo que es el desamparo, que es un concepto mucho más amplio y tan dañino como el del maltrato... el absentismo escolar un día sí y otro no, cuando no se sabe dónde va, no se sabe quiénes son sus amigos, cuáles son sus ilusiones, como percibe la realidad... está en claro desamparo” (Urra, 1980)

Es muy recurrente encontrarse con adolescentes gestantes que pierden el sentido de responsabilidad, es decir adjudican los cuidados del bebé, por su corta edad, a su madre o algún familiar que viva con ellas. Algunas son madres solteras y otras viven con sus parejas en casa de sus padres. “Ahora los jóvenes se encuentran en una sociedad cuyas reglas ya no permiten actualizar de manera lícita las pulsiones fálicas, vectores de responsabilidad...Es importantísimo que el sentimiento de responsabilidad del niño pueda desarrollarse”. (Dolto, 1988)

En la actualidad el Estado Ecuatoriano cuenta con una campaña “Habla serio, sexualidad sin misterio “Nueve de cada 10 adolescentes ecuatorianos quisieran hablar de sexualidad en familia, pero únicamente el 5% de adolescentes ha recibido información sobre este tema de parte de su padre o madre”. (MCDS, 2014) He aquí la importancia de brindar un espacio de palabra a estas adolescentes en la Maternidad, donde puedan expresarse sin ser juzgadas.

“El embarazo exige una capacidad para adaptarse a la invasión que sufre el cuerpo, a la tolerancia de este intruso benigno, según muchas de las vivencias de las adolescentes, que crece en el interior del cuerpo materno, a la capacidad de alimentar a ese parásito que forma parte del cuerpo adolescente y, a la vez, considerarlo como un ser independiente, y prepararse para la separación en el momento del parto” (Pedro Carvajal, 2014)

Muchas de estas adolescentes viven el proceso de gestación como un cuerpo extraño y una pésima experiencia llena de en sus palabras “achaques y estar siempre enferma”, los cambios que se dan en su cuerpo son muy intrusivos y les causa asombro y miedo.

2.4. Población:

La población que se utilizó dentro de la sistematización de las prácticas fueron las adolescentes de entre 12-17 años de edad del Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Enrique C. Sotomayor de las Salas Santa Rita, Cuidados Intermedios I-II y Psicoprofilaxis se atendieron aproximadamente a 70 adolescentes embarazadas de las cuales se escogió cuatro casos para soportar la investigación.

Dentro del material utilizado para las prácticas, fueron las instalaciones hospitalarias, el cuerpo médico, las enfermeras, y las pacientes.

Utilizándose la psicoterapia breve de urgencia y emergencia ya que en muchos casos las adolescentes estaban invadidas por la angustia que no podían verbalizar su problemática hubo que prestarle palabras.

Capítulo III

Análisis de casos:

En este último capítulo se abordarán tres de los casos atendidos dentro de las salas Santa Rita, Cuidados Intermedios I-II y psicoprofilaxis. Estas jóvenes fueron derivadas por los jefes de sala y el psicólogo del hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor.

Mediante las entrevistas realizadas a estas pacientes se pudo concluir que en su mayoría presentan una neurosis histérica.

Podemos decir que la neurosis y la histeria son modos de hacer con la castración, castración que se vive a manera de pregunta en la histeria y que se caracteriza porque en su primera experiencia de placer, gozó muy poco. La histérica responde del lado del asco o la repugnancia ya que sus primeras experiencias fueron de carácter insatisfactorio, también se puede decir que se suprime la idea y el afecto catetiza una parte del cuerpo.

En el discurso de la histeria, se le atribuye un saber a Otro (S1), la pregunta que se resumiría en que hacer y cómo hacer con su goce que se encuentra reprimido, lo podríamos observar en este matema:

| | | |
|-----------|---|-------|
| Agente | | Otro |
| \$ | □ | S1 |
| ----- | | ----- |
| a | | S2 |
| Reprimido | | Saber |

La pregunta de la histérica estaría del lado de Qué es la mujer? Dado que no tiene una medida fálica, se reinventa diariamente, es decir no hay

significante que pueda decir de ellas, de ahí podríamos decir que hay un vacío que enferma a la histérica y que sufre de la enfermedad de la pregunta, porque a falta de una identificación ella quisiera creer que al menos existe “LA MUJER” que tenga la clave de la feminidad.

La histérica pone la demanda en el lugar del deseo: quiere más siempre. El deseo va bordeando el terreno del goce; busca conseguir ese objeto (α). La relación del amor en la histeria se construye a partir de la falta y de la insatisfacción, por eso buscará darse por completo haciéndose indispensable para el Otro haciendo lo posible que incite el deseo del Otro.

La histérica enaltece ese objeto de amor, lo maximiza. $(a) \rightarrow (A)$, va a convertir su deseo en demanda, pidiendo del Otro siempre más.

Es importante destacar las intervenciones y señalamientos que se les hicieron a dichas pacientes para que se impliquen dentro de su problemática vital.

Caso “Y”

“Y” nació el 24 de febrero de 1997, tiene 17 años de edad, sus estudios abarcan solo la primaria debido a la falta de recursos económicos y la ubicación geográfica de su vivienda, actualmente vive en Babahoyo. Fue derivada por la Jefa de Sala de Cuidados Intermedios I-II, por ser adolescente con embarazo de alto riesgo.

Es la hija menor de dos hermanas. En su hogar se vivieron escenas del maltrato físico por parte del padre hacia su madre, también las maltrataba a

ellas, esta situación fue intolerable para “Y” por eso decidió irse a vivir con su pareja.

La relación con su madre siempre fue distante, preguntándose siempre porque ella soportaba los golpes y dejaba que a ellas las golpee, tuvo que dejar sus estudios ya que el papá gastaba el dinero en otras mujeres y licor.

Al buscar una salida de este ambiente maltratante se muda con su pareja “J”, quien tiene 20 años, no termino sus estudios y trabaja como obrero, no tiene un trabajo estable. Lo conoció porque eran vecinos, tienen dos años juntos, un hijo de un año tres meses, y tiene 33 semanas de embarazo, ambos embarazos estuvieron llenos de complicaciones, no usa ningún método anticonceptivo ya que “J” no desea que ella los utilice.

Durante sus dos embarazos ella recibió maltratos por parte de “J”, ella manifiesta que en ninguno de sus embarazos habían sido deseados.

Se realizaron tres entrevistas con la paciente, en la primera entrevista se obtuvo los datos de afiliación, diagnóstico médico por el cual estaba ingresada, sobre su primer hijo y su actual embarazo. En la segunda entrevista logro poner en palabras su problemática. En la tercera entrevista la paciente se pudo interrogar sobre lo que le aquejaba movilizando su subjetividad. “Y” durante las entrevistas mostraba un semblante triste, se tapaba constantemente los moretones de su rostro.

Como síntoma en “Y” ella aparece como el objeto del maltrato físico, siendo una víctima de violencia familiar, siendo esto ligado con su goce, fijado desde la niñez por el entorno familiar.

Partiendo de esta interpretación y basándose en el discurso de la adolescente ninguno de sus embarazos los planifico o los deseo, que la dificultad de estos embarazos parece repetirse, durante estos tuvo amenaza de aborto, perdida de líquido amniótico, en el segundo periodo de gestación la relación con su pareja se torno más violenta que produjo una amenaza de parto prematuro.

Desde su posición subjetiva ante la maternidad y todos los eventos sucedidos en su entorno, supo representarlo mediante un malestar físico como lo fueron sus constantes amenazas de abortos.

A “Y” le preocupa mucho la relación con su pareja, no sabe como decirle que se tiene que proteger para no tener más hijos, ya que ella no trabaja y el no tiene un trabajo estable. Ella cree que “Mi marido, prometió cambiar y dejar de ser celoso, ya me pega menos”

La estructura clínica de la adolescente es una neurosis histérica, se puede observar su posición de víctima en la problemática familiar, pasando de un hogar de maltratos a otro con las mismas características, haciendo una repetición, atrapada en su goce. Cristalizando la estructura se cita lo siguiente, de la proximidad que existe entre su pasión amorosa y la muerte, esta queja encubre la principal que es la queja hacia una madre que las rechazo, entonces puede surgir la pregunta ¿Cómo puede ser ella amada por su pareja si su propia madre la rechazo? (María Cristina Aguirre, 2014). La relación estragante que tuvo “Y” con el Otro que fue débil y no hubo el deseo materno suficiente que la contenga y causó en ella esta repetición al momento de elegir a su pareja, haciendo una réplica de los maltratos que su madre soportaba por parte de su padre. El deseo de “Y” se ve obturado por el control que ejerce su pareja sobre ella y no le permite cuidarse, ya que el deseo de ella es no tener más

hijos, Conciérne a algo que se desea y no se tiene, pone la responsabilidad del lado del marido, sin embargo ella no hace nada por procurar no quedar nuevamente embarazada, esto asegura su deseo insatisfecho, mientras que simultáneamente busca cavar un lugar en el Otro.

Caso “C”

“C” nació el 14 de octubre de 1997, tiene 17 años de edad, sus estudios solo abarcan la primaria en los siguientes párrafos se describirá los motivos por los cuales no siguió con sus estudios. Esta paciente es derivada por el psicólogo de la institución, por ser un embarazo adolescente de alto riesgo. Es la hija mayor de 2 hermanos que tienen entre 10 y 8 años, hija de padres separados, la madre tiene actualmente una nueva pareja, sus hermanos son producto del nuevo compromiso de su madre.

La relación con su madre siempre fue distante, empeoró cuando a los 10 años el padrastro borracho abuso de ella hasta que tuvo 12 años, menciona “Mi mamá sabía que su marido abusaba de mi todas las noches y siempre dijo que mejor no diga nada porque sino no íbamos a tener que comer y porque luego él le pegaba a ella, mi mamá me pegaba cuando yo decía que lo iba a denunciar”

Al buscar una salida de este ambiente maltratante se muda con su primera pareja por quedar embarazada pero pierde a las 28 semanas al bebe, su pareja la involucra en el mundo de las drogas durante tres años, empezó con marihuana, luego cambió a base de cocaína. Su abuela la obligó a rehabilitarse donde conoce a su segunda pareja, quien la maltrataba, aparece su madre y se la lleva, su padrastro intenta volver a abusar de ella, huye de su casa y vuelve a

las drogas, en una ocasión estaba tan drogada, la violan muchos hombres y a causa de esto queda embarazada de su según bebe el cual también pierde a las 20 semanas.

Luego de esto decide rehabilitarse donde conoce a su actual pareja, de la cual queda embarazada, pero lo pierde a las 12 semanas, en la actualidad está en su cuarto proceso de gestación y tiene 25 semanas de embarazo y tiene amenaza de aborto, esta sobria desde hace siete meses, dice: “Ya no quiero seguir perdiendo a mis bebés, por eso ya no me drogo, por eso le digo a mi marido que por favor ya no me pegue, porque eso es peor”

Durante sus tres primeros embarazos estuvo drogada en todo el embarazo, menciona: “Cuando me drogaba, todos los problemas y dolores se iban era feliz, y los achaques de los embarazos eran horribles por eso mejor me drogaba”. Parfraseando el artículo de Mabel Levato “Los quitapenas en la época de la satisfacción inmediata” vemos como la intoxicación proporciona a los adolescentes sensaciones placenteras, modificando las condiciones de la sensibilidad y los hombres saben que gracias a esos quitapenas siempre podrán escapar del peso de la realidad. (Levato, 2013)

Se realizó una entrevista con la paciente, en la primera entrevista se obtuvo los datos de afiliación, diagnóstico médico por el cual estaba ingresada, sobre su abuso sexual y el abuso de las drogas y sobre las pérdidas de sus tres bebés. Con las intervenciones que se pudo hacer se logró interrogar sobre lo que le aquejaba movilizándolo su subjetividad. “C” durante las entrevistas mostraba un semblante triste, en especial cuando logró decir: “No quiero que mi hija crezca en un ambiente similar al que yo crecí, quiero que tenga un futuro mejor, ya no quiero que mi marido me pegue, por mi bebé deje las drogas”

Como síntoma en “C” ella aparece como el objeto del maltrato físico, siendo una víctima de violencia familiar y abuso sexual, siendo esto ligado con su goce, fijado desde la niñez por el entorno familiar.

Partiendo de esta interpretación y basándose en el discurso de la adolescente, ninguno de sus embarazos fue planificado, que la dificultad de estos embarazos parece repetirse, tuvo tres, en este cuarto embarazo logra estar sobria y se hace controles prenatales.

Desde su posición subjetiva ante la maternidad y todos los eventos sucedidos en su entorno, supo representarlo mediante un malestar físico como lo fueron sus tres abortos.

A “C” le preocupa mucho la relación con su pareja, no sabe como decirle que ya no quiere estar con él, porque quiere un futuro mejor para su hija, dice “quiero que mi hija crezca lejos de los abusos”.

La estructura clínica de la adolescente es una neurosis histérica, se puede observar su posición de víctima en la problemática familiar, pasando de un hogar de maltratos a otros con las mismas características, usando las drogas como una salida, algo que anule sus síntomas, haciendo una repetición, atrapada en su goce. Se cita entonces: “La devaluación de la angustia y del sufrimiento por el efecto tóxico neutraliza el punto de referencia subjetivo de los signos anunciadores de la formación del síntoma. La significación que el sujeto da a su elección del alcohol o de la droga viene a consumirse en la dimensión de la necesidad, es decir, de aquello que es irreprímible.” (Lecouer, 1996)

Caso "L"

"L" tiene 14 años de edad, estudió hasta 10mo año de educación básica, debido a falta de recursos económicos, actualmente no se encuentra laborando. Vive en Yaguachi y fue derivada por el psicólogo del Hospital Gineco-obstetrico Enrique C Sotomayor, por tratarse de un embarazo adolescente.

"L" es la segunda de sus hermanas, comenta que no sabe quién es su padre, al igual que sus hermanas. La madre de L jamás les reveló quien era su padre, sin embargo cuenta durante una de las entrevistas que ha escuchado que es su tío (el esposo de la hermana de la madre) y asienta la cabeza diciendo "la verdad que soy igualita a él". Actualmente vive con su pareja de 46 años, quien es divorciado de su primera pareja y tiene cuatro hijos fuera de su compromiso actual. Comenta entre risas " yo fui el motivo de su separación".

Ella y sus dos hermanas tienen el apellido materno, desde pequeña creció con la incertidumbre de quien era su padre, en su elección amorosa repite el hecho de escoger alguien que ya tiene un compromiso o una familia formada, al igual que el destino de su madre que escoge al esposo de su hermana y no les deja saber a sus hijas quien es su padre.

Se realizan tres entrevistas con la paciente, en la primera entrevista se obtienen datos familiares, diagnostico por el cual fue ingresada al hospital, la segunda entrevista se tocan temas como la identidad de su padre, su compromiso y que pueda historiar un poco sobre los recortes de lo que ha escuchado o sabe de su historizar un poco sobre los recortes de lo que ha escuchado o sabe sobre su historia, en la tercera entrevista la paciente logra interrogarse sobre aquello que le aqueja, este no saber quién es su padre, sin

embargo "L" tampoco le pregunta a su madre. "L" se ríe constantemente del matrimonio que dice que daño.

Como síntoma en "L" ella busca un hombre mayor, una figura paterna, que hace al mismo tiempo rol de esposo y rol de padre. Busca al igual que su madre una persona con familia a tal punto que se separa de su pareja. Su madre actualmente mantiene una relación con el esposo de su hermana, sin embargo la interrogante que tiene "L" sobre la identidad de su padre la lleva a escoger un hombre mucho mayor a ella, el padre debe ser aunque sea traído en palabras sin embargo en este caso, la madre de "L" no habla de este padre.

La estructura clínica de la paciente es una neurosis de tipo histérica, ya que se puede observar como siempre la culpa esta en el Otro y ella queda como víctima de la situación. Podemos darnos cuenta como "L" se enfrenta a pregunta por su feminidad y su origen. También en el matema de la histeria siempre se le atribuye un saber a Otro un (S1) sobre qué hacer con su propio goce reprimido.

| | |
|-----------|-------|
| Agente | Otro |
| \$ | S1 |
| ----- | ----- |
| a | S2 |
| Reprimido | Saber |

"Si lo que se nombra padre, el Nombre del padre, es un nombre que tiene su eficacia, es precisamente porque alguien se levanta para responder" (Lacan, 2009).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones:

Lo que se ha podido investigar a partir de nuestra práctica en el Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Enrique Sotomayor es:

1. El maltrato intrafamiliar tiene una historia de repetición.
2. La mujer escoge a un hombre como pareja para salirse de su entorno familiar de su casa, donde muchas veces es maltratada.
3. En la elección inconsciente de la joven que busca salir de su casa, existe una repetición en la que su pareja reproduce el maltrato del que escapó de su casa.
4. El intento fallido de las políticas públicas por controlar el maltrato a las adolescentes y mujeres embarazadas de corta edad es muy alto.
5. La psicología clínica intenta, en las entrevistas realizadas orientar a ese sujeto para que pueda ver la agresión dentro de su familia de origen y la que se produce en la relación con su pareja.
6. A pesar de que en la paciente muchas veces no existe una demanda por un trabajo terapéutico es importante que el psicólogo clínico justamente pueda brindar un espacio en el que se genere algo de demanda y la paciente pueda ser escuchada.

7. Muchas de las pacientes adolescentes menores a 17 años, que han quedado embarazada conocen acerca de métodos anticonceptivos, sin embargo en el momento de tener relaciones sexuales no lo usan. En tanto esto el trabajo del psicólogo clínico no estaría solo del lado de impartir conocimientos sobre los métodos existentes (tal como lo solicita la Institución), sino más bien interrogar a estas madres acerca de su deseo, y de cómo se posesionaron en la vida.

8. Una de las problemáticas con la que se ve enfrentado el practicante de psicología es que ante la demanda de camas en la Maternidad Enrique Sotomayor, las pacientes son dada de alta al día siguiente es por esto que muchas veces las primeras entrevistas con ellas el primer día deberían de tener un cierre.

Recomendaciones:

Lo que se puede recomendar a partir de nuestra práctica en el Hospital Gineco-Obstétrico Maternidad Enrique Sotomayor es:

1.- Se recomienda a las próximas practicantes para facilitar el trabajo dentro de la institución es conocer la demanda que tiene la institución para ellas, además de que conocer la demanda sirve para desempeñar un mejor trabajo ya que se trata en lo posible de unificar las bases teóricas con la que se rigen las practicantes con la demanda de la Maternidad

3.- Además para un mejor desempeño dentro de las practicas es importante saber que en muchas ocasiones se es mediador entre medico paciente y viceversa, ya que de parte de las pacientes hay muchos miedos para hablar con el doctor o en su defecto los doctores no le explican a la paciente la condición médica.

4.- También es importante conocer el historial clínico de la paciente ya que, en ocasiones ni ellas saben su diagnostico o en el estado de salud de sus bebes, esto es algo que le causa mucha angustia, entonces al conocer todos estos datos sobre las pacientes pueden trabajar esa urgencia subjetiva y lograr hacer una buena transferencia e indagar a fondo la problemática de ellas.

5.- Para establecer la transferencia es importante muchas veces inventarse un modo de establecer la misma, ya que en las adolescentes las practicantes tuvieron que ingeniarse varios mecanismos para que estas adolescentes pongan en palabras sus conflictos.

Bibliografía

- Álvarez, P. (2008). Fantasma y sexuación en la pubertad. *Freudiana*, Buenos Aires, 35-45
- Álvarez, P. (2008). *Hacia una clínica del estrago*. Buenos Aires: Grama.
- Assef, J. P. (2006). Psicoanálisis frente. *PSICOANÁLISIS, CIENCIA Y ÉPOCA ARTÍCULOS*, Buenos Aires, 1-2.
- Cazenave, L. (1999). El niño en el discurso analítico. En R. I. Gomez, *Compilado para: Teoría y Clínica Infantil* (págs. 8-20). Guayaquil: Clase de Teoría y Clínica de la Neurosis.
- Freud, S. (1975). Conferencia 23 Los caminos de la formación de síntoma. En *Obras Completas: Conferencias de introducción al psicoanálisis (Parte III)* (págs. 322-340). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Lacan, J. (1962-63). Seminario X: La angustia. (págs. 1-40). Paris: Psikolibros.
- Lacan, J. (1964). El sujeto y el Otro: alienación y Separación. Seminario XI: Clase 16 (págs. 209-221). Paris: Psikolibros.
- Lecouer, B. (1996). Estructura del Sujeto: Clínica de la ebriedad en el adolescente. En *Psicoanálisis y Adolescencia* (págs. 25-28). Barcelona: Tomo Verde año 5.
- MariaCristina Aguirre, A. A. (2014). Un real y el estrago. En A. Vigano, *(H)ETEREAS, Las mujeres, lo femenino y su indecible* (págs. 57-63). Buenos Aires: Grama.
- Mitre, J. (2014). *Adolescencia esa edad decisiva*. Buenos Aires: Gramma.
- Nasio, D. (1997). Fases de la Sexualidad Infantil y el complejo de Edipo. En *Grandes Psicoanalistas 1* (págs. 47-52). Mexico: Paidós.
- Ortega, P. (2013). *Adolescentes Deprimidos de hoy*. Guayaquil: Dirección de Publicaciones Católica Santiago de Guayaquil.
- Ramos, C. L. (2008). ¿Qué sabemos de los adolescentes? *Freudiana*, Buenos Aires 57-59.

Ricaurte, A. (2013). Puntos de estudio sobre "Metamorfosis de la pubertad". Guayaquil: Clase de Psicopatología del Adolescente.

Seldes, R. (2004). La angustia y la certeza. *Virtualia #10*, Buenos Aires, 2-4.

Stevens, A. (2008). La adolescencia, síntoma de la pubertad. *Freudiana*, Buenos Aires 25-39.

Tendlarz, S. E. (2013). Las mujeres y sus goces. Buenos Aires: Colección Diva.

Vallejo, R. (2008). Algunas diferencias entre acting out y pasaje al acto. (págs. 67-72). Michoacan: Facultad de Psicología-UMICH.

Yin, R. (1994). CASE STUDY RESEARCH. NEW DHELI: SAGE PUBLICATIONS.

Dolto, F. (1992). La causa de los adolescentes. México: SeixBarral.

MCDS, D. d. (Recuperado el 28 de 08 de 2014). Ecuador Ama la Vida. Obtenido de <http://www.desarrollosocial.gob.ec/tag/habla-serio/>

Urta, J. (1980). El Niño. *Revista del Centro Interdisciplinar de Estudios del Niño Instituto del Campo Freudiano*, Buenos Aires, 64.

Pedro Carvajal, C. R. (14 de 01 de 2014). "Imagen Inconsciente del Cuerpo en el Embarazo Adolescente. Recuperado el 28 de 08 del 2014. Obtenido de <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/123456789/1358/1/tpsico%20554.pdf>

Lacan, J. (2009). Seminario 18: Un discurso fuera del semblante. En *Psicoanálisis con Niños y Adolescentes 2*. Buenos Aires: Grama.

Ecuador, tercero en embarazo de adolescentes. (30 de 10 de 2014). *La Hora*, http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/fotoReportaje/1101744432#.VQi1v9KG_D8.

Embarazo en adolescentes preocupa. (16 de 12 de 2014). *El tiempo*, pág. <http://www.eltiempo.com.ec/noticias-cuenca/154370-embarazo-en-adolescentes-preocupa/>.

Guzman, J. (2 de 11 de 2014). Madres a una edad cada vez más temprana en Ecuador. El Universo, pág. <http://www.eluniverso.com/noticias/2014/11/02/nota/4174366/madres-edad-cada-vez-mas-temprana>.

Levato, M. (2013). Los quitapenas en la época de la satisfacción inmediata. En Todos adictos en la agitación de lo real (pág. 53). Buenos Aires: Grama Ediciones.

Roja, L. (02 de 04 de 2014). Embarazo adolescente: hacia una nueva mirada. Obtenido de El Telégrafo: <http://telegrafo.com.ec/sociedad/item/embarazo-adolescente-hacia-una-nueva-mirada.html>

Anexos

Diario el Universo, del domingo 2/nov/2014, autor: Jorge Guzman:

Madres a una edad cada vez más temprana en Ecuador

Unas interrumpen sus estudios junto con su pareja, en algunos casos también adolescentes, para mantener a sus bebés. Algunas, apoyadas por sus padres, los retoman luego de alumbrar, y otras enfrentan solas una maternidad prematura. Son consecuencias de un fenómeno social que viene incrementándose desde la década del 90 y alcanzó entre el 2007 y el 2012 su nivel más alto: 111 nacimientos provienen de adolescentes por cada mil mujeres en edad fértil.

El Gobierno plantea reducir en un 15% la tasa de fecundidad entre 15 y 19 años para el 2030, según el Plan del Buen Vivir y desde el 2012 ejecuta la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, a fin de disminuir los embarazos en este grupo. Del total de nacimientos en el 2013, más del 20% correspondieron a menores de 19 años, según el INEC. En el 2007 el porcentaje era del 18,9%.

Expertos reconocen avances en el acceso a métodos de planificación familiar gratuitos, pero ven deficiencias en educación, clave para enfrentar la problemática.

Madres a una edad cada vez más temprana

Mientras Ilda, de 42 años, vende bolones en la Isla Trinitaria, al suroeste de Guayaquil, Nancy (nombre protegido), una de sus seis hijos, está en la angosta casa de cemento cuidando al suyo. Nació hace 6 meses. Ella aún tenía 14.

Nancy habla poco y en frases cortas. Su madre dice que es “difícilísimo” lograr que exprese algo, tanto que ocultó su embarazo hasta que su cuerpo se lo permitió.

Dirige la mirada a las manos de su bebé y juega con su cabello mientras lo sostiene. Así, cuenta que conoció al padre, de 16 años, en el sector conocido como Nigeria. “Tenía problemas con mi papi, comienza a insultar si uno no le quiere hacer caso, por todas las cosas que a uno le pasan se pone bravo”. Esta, la primera frase que suelta con espontaneidad y fluidez, es la que responde cuando se le pregunta por qué quedó embarazada.

La relación no duró y el joven ni ayuda económicamente al niño, ni lo visita. Lo ve a veces, cuando sus familiares van a recogerlo para llevarlo a su casa.

Dice que tanto en el colegio como en su hogar le advirtieron de las consecuencias de tener sexo sin protección. Pero, cohibida, reconoce que no se cuidó y ocultó su estado por miedo, sobre todo, a la reacción de su padre. “Es muy grosero y muy duro”, dice Ilda. Y esa actitud, considera, hizo que otra de sus hijas (hijastra de su actual marido) se fuera de la casa a los 16. Ahora, con 17, ya espera unas gemelas.

Ilda es del campo y recuerda que su mamá era “muy estricta”. “No nos dejaba salir mucho, bailar, (ni) salir con nadie”. Ella ahora cuida de su nieto cuando Nancy va al colegio en las noches. Agrega que si no se estudia, “no se es nadie”. Y aunque con lágrimas afirma haber aconsejado a sus dos hijas, cree que los jóvenes se dejan influenciar: “...Si la palabra de los amigos vale más que la de la mamá, tenga las consecuencias”.

Cinthya

Desde que es madre, Cinthya (nombre protegido) divide su tiempo entre las clases, los deberes, el cuidado de su bebé de dos meses y ver su programa favorito: Bob Esponja. La adolescente, que cumplió 15 años en octubre pasado, repite esta rutina cuando llega a casa de su madre en Socio Vivienda 2, en Guayaquil.

El martes pasado le daba de lactar al bebé que concibió hace un año, en noviembre del 2013, cuando recién había cumplido 14 años. Cuenta que ocurrió en su primer contacto sexual. La coartada para salir de casa fue decirle a su madre Gala, de 36 años, que iba donde una amiga por un cuaderno. Pero en realidad fue a la vivienda del chico de 16 años con el que “vacilaba”.

Dos semanas después se enteró de que estaba embarazada. Se trasladó a Coca, en Orellana, donde su conviviente, quien dejó sus estudios al igual que ella, trabajaba como albañil. Allá nació la pequeña y confirmó lo que hablaban en el barrio, el padre de su niña era consumidor de drogas: “Llegaba a las tres, cinco (de la mañana)”, afirma.

Gala

A Gala, la historia de Cinthya, la tercera de seis hijos que tiene con tres compromisos distintos, le suena conocida. Es como si su pasado se replicara, en tiempos y circunstancias distintas.

Gala procreó a su primera hija cuando tenía 15 años: “Me hice de marido... (Mi madre) no me dejaba salir, si me arrimaba a la puerta allí me pegaba. Yo le decía (a mi hija) mira mi espejo”.

Cinthya da las mismas razones, que no la dejaban salir, que no se cuidó porque el chico le dijo que daba igual, ya que en algún momento iban a tener un hijo,

cuenta la adolescente que ha retomado sus estudios en décimo año de educación básica.

La bebé se queda al cuidado de Gala, quien cuenta que Cinthya la recrimina. “Me dijo cuando le pegué (por el embarazo): Ya pues, si tú te hiciste a los 15, por qué yo no lo puedo hacer”.

Su barriga se esconde bajo una chompa oscura, con la que alivia en algo el frío. Está decaída producto de su embarazo. Su madre la abraza mientras ella espera sentada su turno para el chequeo del sexto mes, en la sala de consulta externa para adolescentes de la maternidad Enrique C. Sotomayor de Guayaquil.

Valeria

Valeria, nombre protegido de una estudiante de bachillerato de un colegio fiscal del norte de la ciudad, tiene 16 años y espera un varón, fruto de una relación con un joven de 22 del que ya está separada. Aclara que sí mantienen contacto pero cada quien vive en su casa.

Venían teniendo relaciones sexuales y ella, dice, se cuidaba con el método del ritmo, pero no consideró algo: su periodo era irregular. Y, un buen día, dejó de venir. “Lloró todo el día (cuando se enteró). No se lo imaginó”, dice Brenda, su madre, que a sus 32 años tampoco pensó que se convertiría en abuela.

Con su marido se conocieron en Vinces, en el campo, se enamoraron y a los 14 “se la llevó”. Al año tuvo a Valeria y al siguiente a su primer varón. A los 17 años ya tenía dos hijos. Hoy tiene cinco: Valeria, tres varones de 15, 10, 7, y otra niña de 3.

“Yo le decía que mire mi espejo, que me llené de hijos y nunca estudié. A ella la vamos a apoyar. Tiene que salir adelante porque no es la primera ni la última”, dice. Valeria sonríe, tímida. Quiere seguir estudiando y anhela cursar administración de empresas en la universidad.

Eso también la motivó a volver a su casa. Su pareja, que trabaja en una fábrica de bloques, la llevó a vivir con sus padres, sus hermanos, cuñada y sobrino; le prohibió estudiar y le encomendó cocinar, lavar y limpiar para todos. “No era lo que esperaba y ella no estaba enseñada a hacer oficios”, dice Brenda, que asumirá la crianza y manutención del bebé con lo que su marido gana en su taller de refrigeración en Mapasingue Este.

Llora a un costado de la cama, envuelto en una frazada color verde agua y con parte del gorro tapándole los ojos. Es un varón. Tiene dos días de nacido y sus padres no han decidido aún cómo lo llamarán. Su llanto empieza débil, pero sube de tono hasta convertirse casi en un grito.

En la sala Santa Luisa de la maternidad Enrique C. Sotomayor de Guayaquil, su madre lo mira con angustia. Lo carga sin sostenerle la cabeza y lo recuesta junto al hombro intentando aliviarle los gases que, en realidad, no tiene, porque diez minutos antes no consiguió amamantarlo bien. Lo acuesta conteniendo el dolor de la cesárea que le practicaron porque su pelvis “era muy estrecha”, pero el bebé vuelve a llorar. No sabe qué hacer hasta que lo pone cerca del pecho y él lo busca con desesperación, aunque sin éxito.

Susana

Susana (nombre protegido) tiene 13 años y en realidad lleva el nombre de una novela venezolana que fue furor en los años 80 con una polémica historia de amor en las aulas. Cursa el segundo año de colegio y salió embarazada de su

pareja de 18, con la que tiene un año de novia y nunca se cuidó cuando empezaron a mantener relaciones sexuales. Dice –corta de palabras– que no pensó que pasaría.

Ese día, el pasado martes en la mañana, nadie la acompaña en la sala. Lo más cercano que tiene es una adolescente de 17 años a quien mira amamantar con facilidad a su hija en la cama de al lado. Cuenta que vino derivada de Galápagos, donde vive con su mamá y su hermana de 10 años, porque allá no había los equipos necesarios para la operación. Su papá está en Quito y tiene poco contacto con él. Y el papá de su hijo estudia para marinerero y está en entrenamiento en una de las islas del Archipiélago.

Una enfermera se acerca a ayudarla. Le presiona los pechos y la leche fluye a chorros. Le acerca lo suficiente al bebé y él succiona y se calma. Susana lo mantiene entre los brazos, frunce el ceño de dolor y cierra los ojos tan fuerte que se le marcan las líneas de expresión. No tiene claro qué hará cuando salga.

Diario La Hora

Ecuador, tercero en embarazo de adolescentes

Jueves, 30 de Octubre de 2014

El país está entre los tres primeros de América Latina con las tasas más altas de embarazo adolescente.

El país está entre los tres primeros de América Latina con las tasas más altas de embarazo adolescente. El promedio regional es de 17% (porcentaje de adolescentes en gestación del total de embarazos), pero Ecuador está en el 22%.

Le supera Venezuela con 24% y Haití con 26%, explicó el representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas, Jorge Parra.

A pesar de que el embarazo ha disminuido entre 35 y 45 años, aumenta entre 15 y 19 años. Además, no decrece en América Latina, como en otros países desarrollados, considerando que en el mundo el promedio de embarazos adolescentes es del 10%.

Las estadísticas fueron presentadas ayer en la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional, en el marco de la elaboración del Código de la Salud. Como cada miércoles, los expertos fueron recibidos por los asambleístas, quienes una vez más mostraron su preocupación frente al tema.

“No tenemos justificación de no haber expedido el Código de la Salud. Es una falta de acuerdo entre nosotros que afecta a la sociedad”, afirmó el legislador Virgilio Hernández (PAIS), quien también señaló que la función de la Asamblea es reflejar, en ley o políticas públicas, vías para resolver el problema y no debe centrarse en un debate académico.

El panorama

Parra fue enfático al explicar que el embarazo es un problema de salud pública en el país. Según el INEC, dos de cada 10 partos son de adolescentes de 12 a 19 años, mientras que cinco de cada 10 adolescentes son padres. La tasa más alta se evidencia en la Amazonía, la frontera norte, Sierra Centro y en Guayas.

Las características principales en los embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años son la inequidad de género, las prácticas culturales, la pobreza, la falta de educación sexual y el poco acceso a servicios de planificación familiar. En cambio, el factor predominante en menores de 15 años es la violencia sexual.

De acuerdo a un estudio realizado por la Fundación para el Desarrollo en Esmeraldas, Manabí, Pichincha, Cotopaxi y Pastaza, se encontró que los

embarazos están vinculados con la autoestima de las adolescentes, quienes inclusive lo toman como un plan de vida. También determinaron que existe una “desvalorización de la sexualidad y desconocimiento del cuerpo”, explicó el antropólogo Richard Salazar.

Entre las consecuencias que mencionó el experto, está la violencia y repudio de las familias, la discriminación de la sociedad, las dificultades de encontrar un empleo y la interrupción o abandono de la educación. (AGO)

Mitos en:

Relaciones sexuales y embarazo

- ° Después del sexo hay que saltar cinco veces.
- ° Hay que pasarse limón después del acto sexual.
- ° Hay que alzar las piernas y correr.
- ° La primera vez no pasa nada.

Criterios

- ° Los asambleístas mencionaron la necesidad de crear leyes que contrarresten la situación, aunque la sola existencia de la normativa no garantice la desaparición del problema.

Sin embargo, el presidente de la Comisión, Carlos Velasco, no especificó cómo se incorporará ese tema dentro del Código de la Salud.

Embarazo en adolescentes preocupa

Fecha de Publicación: 2014-12-16 00:00

Los activistas ponen como reparo la presunta cercanía de Hernández a grupos religiosos conservadores y el análisis que en abril de este año hizo sobre los cuadernillos que se distribuyeron en centros de salud y entidades educativas, como parte del programa Habla serio, sexualidad sin misterios.

En dicho análisis, Hernández criticaba lo que señaló como “ideología de género”, sugiriendo que los cuadernillos contenían “un cruce amplio de mensajes propios de la corriente de pensamiento del feminismo radical, no científica, sino ideológica”.

Indicó también que el mejor método anticonceptivo es “el ABC, es decir abstinence (abstinencia); be faithful (fidelidad); y condoms (condón)”, lo cual no está contenido en los cuadernillos, que según su criterio, deberían dejar de distribuirse.

Esto, según Silvia Buendía, activista de derechos humanos, provoca que “el futuro de lo que ha sido una iniciativa positiva, enmarcada en los postulados de organismos internacionales de la materia, esté en grave riesgo”.

Cifras

Pero según el Gobierno, el cambio de dirección tiene una razón clara: la poca efectividad de la estrategia, demostrada en cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, que señala que en Ecuador existen 122.301 madres adolescentes, esto es 2,3 puntos más que hace dos años, cuando inició el programa. En el último enlace del sábado el presidente Rafael Correa dijo que la ENIPLA “fue un fracaso completo”.

En el año 2010 se estableció a través de los indicadores del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, que el incremento de embarazo adolescente creció en un 74 por ciento en los últimos diez años en Ecuador. Este estudio también reveló que el 17 por ciento de adolescentes de entre 15 y 19 años habían sido madres. A noviembre del 2014 esta cifra subió al 20 por ciento.

Las cifras también evidencian las consecuencias del embarazo en adolescentes. El 75 por ciento de madres menores de edad pertenece a la población económicamente inactiva y solo el 22 por ciento asiste al sistema educativo.

En Cuenca el fenómeno ha mantenido cifras que no coinciden con las nacionales. El año anterior existió una reducción del 3,9 por ciento de los embarazos, mientras que las cifras del 2014 están en análisis.

María Isabel Cordero, subdirectora técnica del proyecto Sendas, sostiene no obstante que es muy difícil evaluar la estrategia en tan solo tres años, ya que la muestra real de los alcances podría obtenerse en al menos 10 años, puesto que indica un cambio de patrones culturales, educación sexual integral y otros aspectos que influyen en una reducción de embarazos en adolescentes a largo plazo y de forma estable.

Sobre los posibles cambios en la estrategia, sostiene que no se deben adelantar criterios sobre lo que aún no está escrito. Reconoce que puede haber intenciones para generar modificaciones importantes al plan, pero rescata el marco político y legal en materia de reproducción.

Cordero añade que “se espera que no se trabaje en función de la visión individual de una persona”, lo cual, a su parecer, ya es una traba para obtener mejores resultados. (JPM) (I)

Diario el Telegráfo, del 2/04/2014

Embarazo adolescente: hacia una nueva mirada

Laura Rioja, consultora de Comunicación de UNICEF

Ecuador es uno de los países de América Latina con mayor número de casos de embarazo adolescente (entre 15 y 19 años). 1 de cada 5 mujeres entre 15 y 19 años ya es madre, y 1 de cada 20 es entre 12 y 14 años. En los últimos 10 años en lugar de acompañar la tendencia de reducción en las tasas de fecundidad entre las mujeres adultas, el fenómeno social se incrementó 2.3 puntos.

Actualmente, Ecuador registra 122.301 madres adolescentes, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el 75% de ellas pertenece a la población económicamente inactiva. Además, del total de madres adolescentes solo el 22% asiste al sistema educativo, mientras del total de adolescentes que no son madres el 81,4% asiste al sistema educativo. Estas cifras muestran que el embarazo adolescente puede generar no solo vulneración de derechos, como el de la educación, sino que también puede perpetuar el ciclo intergeneracional de la pobreza.

Datos arrojados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social dilucidan que las principales determinantes del embarazo adolescente son la pobreza, la violencia de género y el bajo nivel educativo. Una vez más los números acercan a la realidad plausible y el 74% de las madres adolescentes del país vive en situación de pobreza. Cuestión que determinará el desarrollo vital del recién nacido, por lo tanto de la madre y del propio núcleo familiar.

Las consecuencias para las madres adolescentes se reflejan principalmente en el absentismo escolar debido a las añadidas responsabilidades domésticas,

según fuentes del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE). En menor medida sucede lo mismo con los padres adolescentes, que al enfrentar nuevas responsabilidades económicas se incorporan a una edad temprana al mercado laboral y muchas veces de manera precaria e informal. Es decir, la salida del panorama educativo es doble: tanto por parte del padre como de la madre adolescente, generando un bajo nivel de instrucción que tendrá consecuencias en el cuidado y desarrollo familiar.

El embarazo adolescente es también una preocupación global por su relación directa con las cifras de mortalidad materna. Según el informe 'Maternidad en la niñez: Afrontar el desafío de un embarazo adolescente', del Unfpa, cada día 20.000 menores de 18 años dan a luz en países en vías de desarrollo. De ellas, 200 mueren a consecuencia del parto o del embarazo.

La ONU constata que América Latina y el Caribe es la única región donde los partos de niñas de menos de 15 años se incrementan y se prevé que aumenten levemente hasta 2030.

Para la Unicef, la adolescencia (período de vida que oscila entre los 12 y 17 años) es una etapa crucial del desarrollo, en que la construcción de la identidad y de la autonomía son fundamentales, y al mismo tiempo presentan inquietudes, inseguridades y desafíos, donde las oportunidades brindadas a estos sujetos, por parte del Estado y de la sociedad, deben contribuir a garantizar de forma plena su desarrollo y sus derechos.

Por lo tanto las iniciativas para paliar el panorama del embarazo adolescente en el país se dirigirán a las políticas de reducción de las vulnerabilidades que afectan directamente a los adolescentes, como el rezago y la exclusión escolar, la pobreza y extrema pobreza, el trabajo precoz, las desigualdades de género

todavía que existen, entre otras. De igual manera, al incidir en la reducción de estas vulnerabilidades las políticas tienen que priorizar especialmente aquellos que viven en grupos, áreas y situaciones donde estas vulnerabilidades inciden de manera más fuerte, o sea enfrentar las desigualdades que afectan desproporcionalmente grupos específicos de la población.

Esta realidad no quedará invisibilizada o relegada a un segundo lugar, no se trata tampoco de hacer un juicio condenatorio o romántico del embarazo adolescente, considerando que el 67% de los embarazos adolescentes en Ecuador fue deseado.

Lo que sí merecen ser analizados son los factores que están por detrás de este deseo y de la construcción de los proyectos y planes de vida de los y las adolescentes ecuatorianos. La falta de oportunidades de desarrollo y participación, la búsqueda de reconocimiento social, las relaciones de género, las vulnerabilidades y las desigualdades.

Sin embargo, las soluciones están al alcance y son factibles, y requieren la participación de las escuelas, las familias, los centros de salud, los medios de comunicación y, principalmente, de los y las adolescentes. Estas soluciones pasan seguramente por la construcción de una nueva mirada hacia el fenómeno, que incluya el adolescente y la adolescente como actores centrales del proceso de desarrollo, y también por la prevención, por la garantía de oportunidades, la protección de los derechos humanos de las y los adolescentes; y ciertamente por políticas multisectoriales, como la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enipla), que ya está en curso.