

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA PARA ADOLESCENTES

MALTRATO MATERNO: ORIGEN DE LA CULPA Y REPETICIÓN,  
DIFICULTADES PARA LA REPARACIÓN

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
M A E S T R A E N P S I C O L O G Í A  
P R E S E N T A:  
M A R I L U C Y V A L D É Z G A R C Í A

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ NÚÑEZ  
REVISOR: DR. FRANCISCO MORALES CARMONA  
COMITÉ TUTORIAL: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA  
DR. JOSÉ CUELÍ GARCÍA  
DR. MARIO CICERO FRANCO



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

A **CONACyT** por haberme dado el apoyo económico necesario para poder estudiar esta maestría con la comodidad de no tener que trabajar para costearla.

A mi querida **UNAM**, mi casa de estudios a la que valoro y amo intensamente, gracias por todo lo que me has dado, aprendizajes académicos, personales, diversión, cultura, amigos, maestros.

A mi **familia** por apoyarme en todo momento, por respetar mis decisiones aunque a veces no las entiendan o acepten.

A mis **padres** por contribuir de alguna manera a que yo haya llegado a donde estoy ahora; por verme crecer y permitirme hacerlo con su compañía a distancia.

A **Marisol**, mi hermanica, por el tiempo, consejos, pláticas, apoyo, empatía, por los desvelos, chistes, momentos tristes, alegres, divertidos, por estar presente siempre, te quiero mucho solecito.

A **Marifely** por su apoyo, interés, a las cebrinas **Jenny** y **Mely**, mis pequeñas consentidas, las quiero mucho son lo más cercano que tengo a una hija.

A la **Dra. Paciencia** por el tiempo, escucha, acompañamiento e interés genuino, por motivarme a crecer. A la **Dra. Marcia Morales** y **Lilian Klein**, por ese camino al autoconocimiento de una manera distinta.

A todos mis profesores que compartieron tiempo, conocimientos, experiencias personales; especialmente al INPer, a mis padres académicos **Diana Pimentel** y **Edgar Díaz**, no saben lo importante que ha sido en mi vida personal y académica sus comentarios, pláticas y enseñanzas, si de alguien aprendí en esta maestría fue de ustedes, seguiré su consejo...la mejor manera de agradecer lo que me han dado es aplicándolo. Los aprecio, estimo, respeto, admiro y quiero mucho.

A profesores como el **Dr. Jorge Pérez**, **Dr. José Cueli**, por el tiempo, compromiso, dedicación, sugerencias.

Especialmente al **Mtro. Manuel González Oscoy** por la revisión a detalle de este trabajo, por las sugerencias e interés en el mismo.

Al **Dr. José de Jesús González Núñez** y **Dr. Francisco Morales Carmona** por sus comentarios, guías y cuestionamientos alrededor del estudio de caso, mismos que me han generado nuevas dudas e inquietudes que me motivan a aprender cada vez más y tener la posibilidad de ser una mejor terapeuta.

Al *círculo de las quecas*, **Gaby, Everardo, Oscar y Daniel**, por todos los momentos que hemos pasado juntos, las bromas, chistes, las experiencias difíciles pero sobre todo por enseñarme que puedo relacionarme de una manera diferente con las personas, por aceptarme y demostrarme su apoyo y cariño en todo momento, los quiero mucho y espero conservarlos para siempre.

A **Beli** por estar al pendiente de mí y acompañarme en esta aventura de la vida personal y profesional en todo momento.

A mis amigas y amigos de Licenciatura (**Lety, Tere, Janet, Luis, Nancy, Luisa, Enrique**), atletismo (**Entrenador Colín, Claudia, Pera, Diana, Eli, Sra. Vale**), natación (**Entrenador Sergio, Rodrigo**), de las clases de salsa (al grupo VIP de las pachangas, **Luis, Ubaldo, Víctor, Adriana, Ilse, Karla**), del trabajo (**Miss Lety, Wendy, Nancy la "amigui"**), del diplomado (**Jaime Winkler, Yuyo, Kaori, Adriana, María Luisa, Ray, Reyna**), a **Gerzaín, Jonathan, Rossy** (INPer), que de alguna manera estuvieron siempre a mi lado, apoyándome, motivándome a salir adelante, muchas gracias por todo, los quiero mucho.

A mis **pacientes**, especialmente a todas esas adolescentes embarazadas del INPer, particularmente a la chica que accedió a participar en esta investigación.

A mis **alumnos** y a todas aquellas personas que en algún momento coincidieron en mi vida y me hicieron feliz, que han contribuido en que sea la mujer y profesionalista que ahora soy MIL GRACIAS!!!!!!

## ÍNDICE

### MALTRATO MATERNO: ORIGEN DE LA CULPA Y REPETICIÓN, DIFICULTADES PARA LA REPARACIÓN

RESUMEN.....I, II y III

INTRODUCCIÓN.....1-7

#### CAPÍTULO I

Situando teóricamente el caso de una adolescente.....8-11

1. Maltrato.....12

1.2 Maltrato familiar.....12

1.3 Maltrato materno.....12

1.3.1 Maltrato físico.....13

1.3.2 Maltrato psicológico o abandono emocional.....13-16

1.3.3 Efectos y consecuencias sobre el niño a causa del maltrato materno.....16-20

1.3.4 Los niños que se hacen mayores: adultos que fueron maltratados en la infancia.....21-23

1.4 Maltrato materno a los hijos.....23-25

1.4.1 Explicaciones psicodinámicas del maltrato materno a los hijos .....26-28

1.5 Maltrato físico y emocional hacia la mujer en la relación de pareja

Violencia psicológica.....28

Violencia sexual.....28

Violencia física.....28-29

---

1.5.1 Explicaciones psicodinámicas del maltrato físico y emocional hacia la mujer en la relación de pareja.....	29-31
2. Culpa y reparación.....	32-37
El ser madre como una oportunidad de reparar.....	37-38

## **CAPÍTULO II. MÉTODO**

Justificación y planteamiento del problema.....	39
Preguntas de investigación.....	39
Objetivos de trabajo.....	40
Diseño y Tipo de estudio.....	40
Sujeto.....	41
Escenario.....	41
Variables.....	41
Instrumentos.....	41-42
Procedimiento.....	42-44

## **CAPÍTULO III. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### *A) Historia clínica*

Ficha de identificación (Nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, lugar de nacimiento, lugar de residencia, nacionalidad, religión, semanas de gestación, etc.).....	45
Descripción física y de conducta durante la entrevista.....	45
Motivo de consulta.....	46
Origen y evolución del problema (fecha de inicio, circunstancias cómo, cuando, dónde, frecuencia e intensidad).....	46-47
Intentos de solución.....	47

---

Historia familiar primaria.....	47
Vida sexual.....	48
Historia familiar actual.....	48
Descripción breve de la relación de pareja.....	48
Síntomas (sintomatología básica y complementaria).....	49
Diagnóstico nosológico.....	49
Diagnóstico psicodinámico y análisis de historia clínica.....	50-51
<i>B) Sesiones clínicas y revisión de las mismas por categoría de análisis</i>	
Sesión 1, correspondiente al 18/05/06.....	51-55
Sesión 2, correspondiente al 25/05/06.....	55-56
Sesión 3, correspondiente al 01/06/06.....	57-59
Sesión 4, correspondiente al 08/06/06.....	59-61
Sesión 5, correspondiente al 15/06/06.....	61-63
Sesión 6, correspondiente al 22/06/06.....	63-65
Sesión 7, correspondiente al 13/07/06.....	65-66
Sesión 8, correspondiente al 20/07/06.....	67-68
Sesión 9, correspondiente al 03/08/06.....	69-71
Sesión 10, correspondiente al 10/08/06.....	71-73
<b>CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN.....</b>	<b>74-82</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>83</b>

## **BIBLIOGRAFÍA**

## **ANEXOS**

---

## RESUMEN

Se trabajó usando teoría y técnica de la Psicoterapia Breve en el Instituto Nacional de Perinatología con una paciente adolescente de 17 años de edad que cursaba su segundo embarazo; el abordaje clínico contempló objetivos limitados y focalizados con un predominio sobre el fortalecimiento Yoico de funciones como juicio de realidad, dominio, competencia, relaciones objetales, control de impulsos, funcionamiento defensivo, funcionamiento sintético integrativo, principalmente. Utilizando el Cuestionario General de Salud como prueba de tamíz se detectó que la paciente presentaba malestar psicológico severo que ameritó una entrevista para obtener su historia clínica, y, al evaluar su situación se hizo necesario canalizarla a una Psicoterapia individual ya que presentaba conflictos en relación con el maltrato psicológico y violencia doméstica que ha padecido a lo largo de su historia de vida.

Manifestaba sintomatología como depresión, irritabilidad, ansiedad, sentimientos de soledad, pérdida de apetito, tristeza, desesperación, enojo, coraje, insomnio, miedo y culpa.

A lo largo de un tratamiento de 10 sesiones se emplearon intervenciones de encuadre, interrogación, clarificación, señalamiento, prescripción, sugerencias de reflexión y escasas interpretaciones; logrando mejorías sustanciales y significativas en las áreas personal, familiar y social de la paciente, todo esto al llegar a la conclusión de cómo su conflictiva estaba relacionada con su historia de vida de maltrato, misma influyó en que ella se convirtiera en una madre maltratadora, relacionándose con parejas que a su vez la han maltratado tanto física como psicológicamente, hechos que le generaron enojo y sentimientos de culpa que le dificultaban el reparar su situación de vida actual, resignificarla y por ende sentirse bien y con deseos de vivir.

Particularmente se alcanzó el abatimiento sintomático, optando por el esbozo de un plan de vida realista a corto plazo en el ámbito personal, familiar, de pareja y



laboral, así como la necesidad personal de continuar con su proceso Psicoterapéutico en otra institución para mantener los logros alcanzados y seguir en el camino del autoconocimiento y la reparación genuina de su situación emocional.

**Palabras clave:** *Adolescencia, Maltrato materno, Compulsión a la repetición, Sentimientos de culpa, Reparación.*

### ABSTRACT

In the Perinatology National Institute has worked with a 17 years old adolescent patient that attend her second pregnancy using the Brief Psychotherapy's theory and technique; limited and focal objectives were contemplated in the clinical boarding with the prevalence to fortify the ego functioning like reality judgment, competition domain, object relations, impulse control, defensive function, integrate synthetic function, mainly.

Using the general questionnaire of health like sieve test, it detects that the patient presented severe psychological uneasiness that worth an interview to obtain her clinical history, and when evaluating her situation it was necessary to send her to an individual psychotherapy about the presented conflicts in connection with the psychological abuse and domestic violence that she has suffered along her history of life.

She manifested symptoms like depression, irritability, anxiety, loneliness, appetite loss, sadness, desperation, anger, insomnia, fear and to be to blame.

Along a treatment of 10 sessions different interventions were used, explore, interrogation, clarification, to appoint, prescription, reflection suggestions and scarce interpretations; achieving substantial and significant improvements in personal, familial and social patient's areas. All this to reaching the conclusion from how her conflicting was connected with her mistreat life's story, same that took her to become in an aggressive mother, being related with partners who has as well mistreated her so much physical as psychologically, facts that generated her anger and feelings of guilt that made difficult repairing her situation of present life, to resignifying it and therefore to feels good and with living desires.

Particularly the symptomatic depression was reached, opting for the sketch of a short term plan of realistic life in the personal, familial, of couple and labor field, as well as the personal necessity to continue with her psychotherapy process in another institution to maintain the achievements and to continue her understanding and the genuine repair of her emotional situation.

**Key words:** *Adolescence, maternal abuse, repetition compulsion, blame feelings, repair.*

## INTRODUCCIÓN



Según estadísticas mundiales en la actualidad los adolescentes representan el 20% de la población, de cuyo total cerca del 85% vive en países en vías de desarrollo (INEGI, 2005). De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, los adolescentes son personas que están en el grupo de edad de 10 a 19 años y los jóvenes comprenden edades de 19 a 24 años. Se estima que hay 1,200 millones de adolescentes y 1,700 millones de jóvenes en el mundo.

La población adolescente en México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional, hoy representa 21.3 por ciento, por lo que se calcula que entre 2000 y 2020 el grupo de edad más grande de la población será el de 10 a 19 años. Dicha población adolescente representa una quinta parte de la población en el país, lo que supone la oportunidad de desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación; sin embargo para que se cumpla este supuesto es indispensable que el capital humano se prepare tanto en el aspecto académico como en el humanístico en términos del tratamiento que se le debe dar a esta población dadas las problemáticas a las que se enfrentan por los factores de riesgo a los que se exponen en este periodo de vida.

El término adolescente en el contexto social es interpretado de forma diferente por las diversas sociedades. En general se considera que la adolescencia es la etapa de transición entre la niñez y la edad adulta comprendida entre los 10 y 19 años, durante la cual se presenta la madurez sexual. Comúnmente se hace referencia a la adolescencia como el periodo de ajuste psicosocial del individuo en su paso de niño

a adulto y se aplica el término pubertad para definir los cambios correspondientes al crecimiento y maduración sexual.

Psicológicamente hablando, la adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez, se caracteriza por una serie de cambios en los planos intelectual, emocional y social, conjuntamente con las transformaciones corporales propias de este período. El adolescente debe lograr un desprendimiento de su núcleo familiar, alcanzar la autonomía y dirigir y controlar su conducta de acuerdo a su propia escala de valores. Otra tarea es alcanzar la identidad sexual y la búsqueda de pareja, cuya elección le llevará a constituir su núcleo familiar en etapas posteriores." (Castillo, 1992).

Esta etapa conlleva una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales; se caracteriza además por la maduración de funciones y el enriquecimiento de la vida emocional y afectiva de la persona en un tiempo relativamente corto. Es precisamente en este periodo cuando los jóvenes tienen cambios importantes en su crecimiento físico, en su sexualidad, en su capacidad cognoscitiva, en sus responsabilidades sociales y en sus vínculos afectivos en la cual deben hacer muchos intentos para adaptarse a una serie de cambios internos y externos, además de tomar decisiones importantes para su vida futura (Blos, 1981).

La adolescencia constituye una etapa particularmente crítica en la vida de un individuo pues tiene que enfrentar muchos retos bajo condiciones un tanto en desventaja, ya que a su falta de experiencia, se le agrega la novedad de sus nuevas capacidades y la búsqueda de su identidad. Esto en ocasiones no es fácil de superar, sobre todo cuando las circunstancias que lo rodean (familiares, escolares, afectivas, sociales y económicas), lejos de ayudarlo o apoyarlo, ejercen presión o representan influencias negativas para lograr una buena adaptación. En este sentido la adolescencia es una etapa de gran vulnerabilidad en donde los estímulos del medio externo tienen un gran impacto en la conformación de la personalidad.

El adolescente se encuentra en una etapa de la vida de grandes oportunidades pero a la vez de grandes riesgos, situación por lo que es altamente vulnerable; ejemplo de ello son las decisiones sobre la conducta sexual y reproductiva para el desarrollo futuro de los individuos, por ejemplo el embarazo no planeado así como la sexualidad no responsable son amenazas para el desarrollo integral de los adolescentes, así como la posibilidad de caer en trastornos alimenticios, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, delincuencia, fracaso escolar, entre otras problemáticas.

Las formas en que el adolescente suele expresar su desadaptación varían, algunas de ellas pueden ser angustia con tensión y/o inquietud e insomnio, en ocasiones con síntomas depresivos menores y con expresiones fisiológicas de los estados afectivos, también puede presentar conductas de riesgo como agresión, conducta delictiva, drogadicción o fracaso escolar, entre otras.



La Encuesta Nacional de Salud (2000) reportó al grupo de edad de entre 15 y 24 años como de alto riesgo debido a la incidencia anual de accidentes y acciones violentas.

Actualmente los adolescentes deben enfrentarse a situaciones difíciles en las esferas emocional, social y laboral; factores como la sobrepoblación, la migración, la desintegración familiar, la violencia, el desempleo y la delincuencia han ocasionado un incremento en trastornos y problemas de tipo emocional como: *depresiones, fobias, padecimientos psicosomáticos, embarazos prematuros, suicidios, falta de valores, devaluación, desesperanza, etc.*, repercutiendo en la vida social, económica y productiva del país. Los problemas psiquiátricos que se presentan con más frecuencia son la angustia y depresión, así como intentos de suicidio y suicidios consumados seguidos de los trastornos sexuales, particularmente los de identidad,

los causados por sustancias como la droga y el alcohol, los trastornos fóbicos y los de conducta antisocial.



En las estadísticas nacionales sobre demanda de consulta externa, la Secretaría de Salud (2000) informa que el grupo de edad comprendido entre 10 y 21 años requiere de mayor atención específica debido al rápido crecimiento de esta población, al tipo y diversidad de las problemáticas que presentan y a la dificultad de contar con especialistas y profesionistas altamente capacitados para atenderlos.

La necesidad de atender y apoyar el bienestar físico y mental de estos jóvenes es una prioridad gubernamental y una responsabilidad social ya que la magnitud de esta problemática rebasa las tareas hasta ahora desarrolladas en el ámbito de la salud en nuestro país, careciendo de programas formativos específicos dirigidos a la intervención e investigación de esta etapa del desarrollo humano y de las problemáticas particulares a las que se enfrentan los adolescentes. Aunado a esto, está la falta de profesionales calificados y de instituciones de servicio para trabajar con adolescentes en aspectos de salud mental.

Por la relevancia social de lo descrito anteriormente decidí estudiar la Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia para Adolescentes. Al mencionar las principales problemáticas a las que se enfrenta este grupo de riesgo resulta necesario que se formen e instruyan profesionistas en esta área dado que México cuenta sólo con algunas instituciones de salud que atienden a este sector de la población de una manera parcial, el responder a la necesidad de formar profesionales altamente capacitados en la evaluación, intervención, tratamiento e investigación de problemas emocionales que afectan la salud mental de los adolescentes es una prioridad, ya que las situaciones de riesgo a las que están expuestos son multivariadas y el abordaje desde el aspecto emocional es un punto necesario, si partimos del supuesto de que los adolescentes son la oportunidad de

desarrollo social y económico que garantice el crecimiento sustentable de la nación siempre y cuando su desarrollo afectivo sea bien encaminado.

Para lograr el objetivo anterior, apuesto a que el proceso psicoterapéutico es una opción favorable partiendo del supuesto de que, en todas las formas de psicoterapia, las personas, en este caso en particular los adolescentes, son susceptibles de cambio, asimismo son capaces de producir el cambio en sí mismos contando con la posibilidad de recibir ayuda en esa búsqueda

La psicoterapia entonces ayuda al adolescente que necesita apoyo terapéutico por medio de un experto que pueda guiarlo a definir y superar sus problemas personales e interpersonales basándose en la comprensión de los aspectos psicodinámicos involucrados en el individuo así como en sus necesidades.

Se hace necesario el poder aproximarse a los adolescentes inicialmente desde un punto de vista teórico, así como con el propósito de buscar un enfoque integracionista que contemple no solo al chico (a), sino también al ambiente que le rodea de una manera más amplia, para acercarse a ellos con adecuadas herramientas técnico – prácticas que hagan de la intervención psicoterapéutica un aspecto profesional con alcances reales en el mejoramiento de la calidad de vida emocional de los adolescentes de inicios del siglo XXI, tomando en cuenta que los más de 20 millones de adolescentes y jóvenes en México tomarán decisiones y transiciones que en buena medida determinarán el curso de sus vidas, y en esa circunstancia el futuro del país dependerá de las oportunidades de desarrollo personal que se les abran.

Reconozco además que a nivel personal la formación adquirida en la licenciatura llega a ser limitada para contender con las demandas reales de atención terapéutica por lo que en esta profesión es necesario estar en constante actualización y especialización.

Es por ello que dada la relevancia social de lo descrito anteriormente, así como por la profundización adecuada de un caso específico de una adolescente, llevé a cabo una investigación cualitativa en la cual de manera clara y detallada se evidencian las competencias profesionales que he adquirido y perfeccionado a lo largo del proceso de formación de la Maestría.

Enfatizo el aprendizaje tanto a nivel teórico, técnico, práctico y personal, desarrollando a manera de conclusión de los estudios académicos el presente reporte final de actividades profesionales, mismo que está diseñado con el objetivo de integrar de manera didáctica y estructurada la investigación mencionada arriba.

Son 4 capítulos organizados en términos de contenido de la siguiente manera:

*CAPÍTULO I*, incluye la revisión teórica de la problemática en general (tratando de ser exhaustiva y a la vez sintética) que se particulariza más adelante en este estudio de caso. Lo anterior se logra a través de la revisión de conceptos, constructos psicodinámicos, así como procesos y situaciones esperadas al tratar a pacientes con una problemática similar; esto como resultado de la revisión de investigaciones cuantitativas relacionadas con la temática, mismas que me permitieron tener antecedentes y ubicarme teóricamente con la ayuda de un marco de referencia para facilitar la comprensión del caso.

*CAPÍTULO II*, se detalla el método cualitativo que se utilizó, planteando, especificando y finalmente justificando la relevancia del presente estudio de caso, agregando las preguntas de investigación, objetivos de trabajo, diseño y tipo de estudio, sujeto, escenario, variables, instrumentos y procedimiento, así como la manera en la que se analizaron los datos del mismo.

*CAPÍTULO III*, abarca los resultados obtenidos así como el análisis de los mismos, incluyendo la historia clínica detallada y fragmentos representativos de cada una de las sesiones agrupados por categoría de análisis.



CAPÍTULO IV, se exponen a manera de discusión las principales conclusiones a las que se llegó en la investigación en lo particular, así como la forma en la que el caso a la vez apoya de manera general a resaltar la importancia de la preparación y capacitación del psicólogo clínico especializado en adolescentes.

Finalmente se agrega un apartado de Bibliografía y Anexos, este último con el propósito de entender con ayuda de la transcripción de las sesiones el material inconsciente aportado, así como la importancia de las intervenciones terapéuticas que favorecieron que la paciente progresara en su tratamiento de la manera en la que lo hizo.

## CAPÍTULO I - MARCO TEÓRICO

### MALTRATO MATERNO: ORIGEN DE LA CULPA Y REPETICIÓN, DIFICULTADES PARA LA REPARACIÓN


#### **SITUANDO TEÓRICAMENTE EL CASO DE UNA ADOLESCENTE**

Como se mencionó anteriormente la **adolescencia** es un período de vida que va de la niñez a la etapa adulta y que conlleva una serie de **cambios biológicos, psicológicos y sociales**.

Múltiples teóricos se han aproximado de distintas formas a su estudio, destacando entre las principales aportaciones desde el punto de vista psicodinámico, las hechas por Erikson, E. (1972), Blos (1981), Aberastury y Knobel (1990).

Cabe señalar que la visión que más me convence y permite explicar el porqué de esta elección de caso, es la que expone Blos (1981), misma que propone la división de la adolescencia en etapas, situando el caso que se estudia a detalle en el presente reporte de experiencia profesional, en lo que él llama **adolescencia propiamente tal**.

Por tal motivo se presenta a continuación un cuadro esquemático que sintetiza sus aportaciones, enfatizándole a manera de sugerencia al lector que centre su atención en la etapa emocional en la que se encuentra la adolescente a la que se le dio tratamiento en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

<b>FASE</b> <b>Adolescencia</b>	<b>PREMISAS PRINCIPALES</b> <b>DEFINICIÓN:</b>
	<p><i>Etapa terminal de la cuarta fase del desarrollo psicosexual (fase genital), la cual es construida sobre los antecedentes de la niñez temprana a través de procesos psicológicos de adaptación a las condiciones de la pubertad".</i></p>

**FASE**

**PREMISAS PRINCIPALES**

A)

**Preadolescencia**

✎ Incrementa la presión instintiva y resurge la pregenitalidad

✎ Cualquier experiencia se transforma en estímulo sexual

✎ Las construcciones de juego manifiestan **curiosidad sexual** por la **función** y el **proceso**, más que por la diferenciación anatómica

✎ Las principales **defensas** son: *represión, formación reactiva y desplazamiento*

✎ Se da la **socialización** de la **culpa** (comparte o proyecta estos sentimientos en el grupo)

✎ Diferenciando a los chicos de chicas podemos encontrar en esta etapa que:



MUCHACHOS	MUCHACHAS
Son <b>hostiles</b> con las muchachas, las atacan	Se comportan como <b>marimachos</b>
Se llevan exclusivamente con compañeros del mismo sexo	Negación de la <b>femineidad</b>
Tratan de negar su <b>angustia de castración</b>	Conflicto central es la <b>envidia del pene</b>
Estadio <b>homosexual</b>	<b>Separación</b> de la madre

**B) Adolescencia temprana**



☀ *Falta de catexis, super yo disminuido*

☀ *Amistades idealizadas entre el mismo sexo*

☀ Valores, reglas, leyes morales independientes de la autoridad parental

**C) Adolescencia  
propiamente  
dicha**



- ☆ Intento para definirse y dar respuesta a la pregunta ¿quién soy?
  - ☆ El **tema central** son las **relaciones de objeto** que cambian hacia las autorepresentaciones, por lo que se revive el complejo de Edipo
  - ☆ La **genitalidad** es primordial en la organización de impulsos
  - ☆ Fijación irreversible llamada **carácter** integrada por el desarrollo del yo y la organización instintiva
  - ☆ Cambio decisivo hacia la **heterosexualidad**
  - ☆ **Renunciación del objeto incestuoso**
  - ☆ Tendencia hacia la experiencia interna y el autodescubrimiento
  - ☆ Sentimiento de "enamoramiento"
  - ☆ Preocupación por problemas políticos, filosóficos y sociales
  - ☆ **Polaridad** entre la actividad y la pasividad
  - ☆ Restitución
  - ☆ Dos estados afectivos: **duelo y enamoramiento**
  - ☆ Principales mecanismos de defensa: **ASCETISMO e INTELECTUALIZACIÓN**
  - ☆ Creatividad artística sublimada
- Fase de consolidación de:
- De las funciones e intereses del yo, de la extensión de la esfera libre de conflictos del yo, de una posición sexual irreversible (constancia de identidad), de la catexis de representaciones del yo y del objeto, relativamente constante y la estabilización de aparatos mentales

### D) Adolescencia tardía



Se caracteriza por

- ☉ la **declinación del complejo edípico**, lo cual lleva a la formación de compromisos y sobre todo a la estructuración decisiva del **super yo**, en otras palabras el heredero de la adolescencia es el ser.
- ☉ Emergen **preferencias recreacionales, vocacionales, devocionales y temáticas**, cuya dedicación iguala en economía psíquica la dedicación al trabajo y al amor.
- ☉ La identidad sexual toma su forma final.
- ☉ El opacamiento de la imaginación creativa.
- ☉ Mayor capacidad para el pensamiento abstracto.

### E) Posadolescencia



Precondición para el logro de la madurez psicológica, es el proceso de armonización en todo el impulso y organizaciones yóicas, distinguiéndose por lo siguiente:

- ◆ Organización de la personalidad que puede permitir la paternidad y maternidad.
- ◆ Crear vías específicas para resolver tareas de la adolescencia tardía.
- ◆ Procesos integrativos que permiten metas definibles como tareas de vida.
- ◆ Actividad yóica que prepara al joven adulto para su asentamiento.
- ◆ Emerge la personalidad moral.
- ◆ **“Fantasía de rescate”**

## **1. MALTRATO**

De acuerdo al diccionario de la Real Academia Española el maltrato es definido como el acto de tratar mal o menoscabar a alguien de palabra u obra.

### **1.2 MALTRATO FAMILIAR**

El principal tipo de maltrato es el familiar, siendo uno de los más comunes ya que se produce dentro del hábitat cotidiano del niño, es decir, su familia. En este caso los agresores directos pueden ser cualquiera de las personas que conviven con el niño y que tienen a su cargo su educación, formación y cuidado. Este nivel de maltrato tiene una repercusión crucial en el desarrollo que presente el niño ya que un ambiente desestructurado no es un lugar idóneo por la estimulación de un ser en desarrollo (Marcovich, 1978).

### **1.3 MALTRATO MATERNO**

El aparato psicológico se desarrolla en gran parte durante los 3 primeros años alcanzando un nivel de funcionamiento más cercano al que no es familiar a los adultos. Cuando el niño tiene dos años y medio a tres años y medio entra dentro de lo que suele transformarse en las relaciones con los objetos más intensas y plenas de toda su vida. Este desarrollo se lleva a cabo a expensas de la disponibilidad emocional de la madre y de la calidad de la relación que se establece con ella dependiendo de esta disponibilidad (Brenner, 1983).

La madre en condiciones normales desarrolla un estado emotivo intenso y específico meses antes de que nazca su hijo. En ese estado, su hijo ha adquirido una importancia vital para ella al grado de que todos y todo lo demás es menos importante que el embarazo mismo. Cuando el niño nace, toda la emocionalidad de la madre está dirigida hacia él. La representación mental que la madre tiene de su hijo es más altamente relevante que otras representaciones. Desde el nacimiento, el niño empieza a ser estimulado por la emocionalidad de la madre a través del

contacto físico, visual y oral. A lo largo de los cuatro o cinco primeros meses, el bebé va dejando el estado de soledad mental inicial para establecer una relación intensa y gratificante con la madre en la simbiosis en que la madre y él son un mismo objeto y en la que la satisfacción de necesidades vitales se encuentra internalizada.

Sin embargo, cuando el desarrollo en esta relación no es así nos encontramos con dificultades que pueden provocar diferentes tipos de maltrato en la relación madre- hijo, entre ellos destacan:

### **1.3.1 MALTRATO FÍSICO**

Es el tipo de maltrato más conocido y suele recibir la denominación de “Síndrome del niño apaleado”. Se define como cualquier acto intencional producido por los responsables del cuidado del niño que implique o pudieran llevar consigo lesiones físicas (producidas con o sin instrumentos), enfermedades o intoxicaciones (Martínez, 1993).

Parece que esta categoría es predominante pero no exclusiva en los medios sociales más desfavorecidos ya que la agresión como respuesta ante las situaciones límites o conflictivas suele ser superior al razonamiento. Asimismo, suele predominar la idea autoritaria y de propiedad. Ello conlleva la utilización de métodos más represivos que educativos, los cuales por lo regular generan violencia.

Cabe señalar que los malos tratos emocionales desempeñan un cierto papel en todos los abusos o negligencias físicas y su presencia en casi todos los casos resulta evidente (Kempe, 1979).

### **1.3.2 MALTRATO PSICOLÓGICO O ABANDONO EMOCIONAL**

Este tipo de maltrato consiste en la falta persistente de respuestas a señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas de proximidad e interacción iniciadas por el niño, así como la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de la madre (Soriano, 2001). Los principales indicadores que se enlistan a continuación son que la madre:

- No responde a las conductas sociales espontáneas del niño.
- Muestra frialdad y falta de afecto en la relación.
- Fracasa en la protección del niño ante las amenazas o en intervenir a su favor cuando se sabe que necesita ayuda.
- No muestra interés por el chico.
- Ignora o se muestra indiferente ante el niño.
- No proporciona la estimulación afectiva necesaria para su desarrollo, dificultando de esta forma su maduración intelectual y emocional.

Cabe señalar que el niño tiene necesidad de proximidad y contacto con sus progenitores para adquirir su seguridad afectiva, particularmente con la madre. La falta o privación de esta relación afectiva puede causarle profundas alteraciones en su salud mental, emocional o física, ya que el maltrato materno deja secuelas graves e importantes en el hijo dado que la figura materna es el primer objeto de amor del bebé.

El maltrato emocional es además entendido como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de las iniciativas de interacciones infantiles, es cualquier acto que rebaje la autoestima del niño o bloquee las iniciativas infantiles de interacción por parte de los miembros adultos del grupo familiar. Presenta o bien manifestaciones consecutivas a las conductas activas (rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar) o bien de las conductas derivadas de la omisión (la privación de sentimientos de amor, afecto o seguridad, la indiferencia, etc.). En esta categoría se incluyen, por ejemplo: el rechazo verbal, la falta de comunicación, el insulto, la desvalorización repetida, la educación en la intimidación, la discriminación o las exigencias superiores a las propias de la edad o



a sus capacidades (Pino, 2000). Pudiéndose presentar de manera general en las cuatro formas siguientes:

◆ **RECHAZAR:** la madre no quiere reconocer cuáles son las necesidades del menor y la importancia que estas tienen para su desarrollo. Es decir, evita y rechaza el reconocimiento de la presencia del niño e ignora la legitimidad de sus necesidades.

◆  **AISLAR:** la madre impide el contacto del menor con sus iguales, así como la creación de amistades haciendo que se encuentre solo en el mundo que le rodea. Por lo tanto, lo que ocurre es que se limita al niño el acceso a experiencias sociales de manera normal y habitualmente, aislándolo de la sociedad.

◆  **ATERRORIZAR:** la madre amenaza, intimida y agrede verbalmente al menor creando un clima de temor y tensión, las amenazas suelen referirse a castigos severos por motivos cuya gravedad no corresponde con las amenazas, lo cual genera en el niño una tensión continua ante la posibilidad de cometer cualquier error.

◆  **CORROMPER:** en general se refiere a conductas que impiden la normal integración social del niño. La madre incita al niño a implicarse en conductas destructivas y antisociales, haciéndose imposible encontrar una experiencia social normalizada y gratificante.

Las situaciones que conducen al abuso emocional por parte de la madre son todas aquellas actuaciones mantenidas por los adultos en el núcleo de convivencia, dinámica relacional niño-adultos o entre los propios adultos que inciden negativamente en la evolución y desarrollo del menor. Entre estas situaciones desestabilizadoras destacan aquellas que comportan rechazo, temor, ignorancia, corrupción, y se concretan en:

- 📖 Rechazo verbal aprovechando cualquier acción del menor que mínimamente rompa los límites establecidos a la normalidad familiar.
  
- 📖 Falta de comunicación con el fin de no ofrecer los estímulos necesarios para la maduración o como consecuencia del propio tipo de vida presentada por los padres (excesos laborales, sociales, vida desordenada, etc.).
  
- 📖 Educación intimidadora en el momento de poner límites con creación de inseguridad.
  
- 📖 Exigencias superiores a las propias de la edad o de un individuo determinado.
  
- 📖 Educación desvalorizadora.

### **1.3.3 EFECTOS Y CONSECUENCIAS SOBRE EL NIÑO A CAUSA DEL MALTRATO MATERNO**

Ninguna experiencia del desarrollo humano se borra o desaparece jamás. El maltrato materno es malo para los niños que lo sufren, es algo tan evidente, que afirmar o cuestionar tal obviedad no tendría ningún sentido. La mayor complejidad viene derivada de que el estudio de las consecuencias del maltrato infantil no se debe referir únicamente al maltrato físico si no al estudio de los efectos de una situación de ruptura general del ambiente familiar que es la que en cada caso desencadena el maltrato y, por lo tanto, es la responsable de la mayoría de las consecuencias que se puedan detectar en los niños. Este hecho provoca una reducción en la especificidad de supuestas consecuencias, muchas de ellas no lo son del maltrato, sino que se van a encontrar en muchos ambientes familiares similares a los que se asocian a las situaciones de maltrato infantil detectadas.

En el análisis de las consecuencias del maltrato infantil es imprescindible ampliar la perspectiva conceptual desde la que partimos a la hora de analizar las

consecuencias de tipo psicológico. La investigación evolutiva nos señala que las consecuencias en los niños son el producto de múltiples transacciones entre las características del niño, la adecuación de los cuidadores y los factores ambientales que se producen a lo largo del tiempo y no de datos únicos o aislados de maltrato. Esta perspectiva hace que sea importante conceptualizar las consecuencias del maltrato a partir del examen de las características del ambiente general de socialización que proporcionan la madre maltratante o negligente a los niños en su desarrollo evolutivo. Es necesario dar más importancia en el planteamiento de las hipótesis sobre dichas consecuencias a todas aquellas variables que son características del funcionamiento de los padres y las familiares maltratantes.

A continuación se van a presentar los conocimientos más relevantes sobre algunas de las áreas desde las que se han estudiado más ampliamente las consecuencias de los diferentes tipos de maltrato.

Una de las primeras áreas generales de estudio de las consecuencias ha sido la psicopatológica. En las primeras revisiones se hacía énfasis en aspectos tan variables y dispares como el retraso intelectual, la hiperactividad, la ansiedad de separación, el pobre control de impulsos, la disminución del autoconcepto, las conductas autodestructivas y el retraso del rendimiento escolar. Los pacientes maltratados parecían presentar más *conductas agresivas y de suicidio* y debieron permanecer más tiempo bajo tratamiento psiquiátrico. Los niños maltratados presentaban una clara tendencia a considerar que los acontecimientos que les ocurrían tenían causas externas a sus competencias personales. También confirmaron el inadecuado reconocimiento de los sentimientos de los demás y de los cambios que se pueden producir en el contexto en el que se establecen las relaciones sociales.

Se apreciaba una persistencia en el egocentrismo social con una mayor incapacidad para tomar la perspectiva de los otros y dificultades en la comprensión y asimilación de los diferentes roles sociales (Medina, 2002).

Las consecuencias psicológicas posibles que puede sufrir el niño maltratado se extienden a una gama de posibilidades tan múltiples, como son las vicisitudes del desarrollo psicológico que se modificó, para bien o para mal, con cada evento de la vida que logra resonancia emocional. Las posibilidades serían imposibles de enumerar siquiera ya que abarcan gran parte de lo que es la psicopatología.

Por ejemplo, según Melannie Klein (1994) una mala experiencia real se hace mucho más importante cuando el bebé ha tenido fantasías coléricas ya que dicha fantasía le confirma no sólo su sensación de que el mundo exterior es malo, sino también la sensación de que él mismo es malo y su creencia en la omnipotencia de sus fantasías malevolentes. La gratificación proveniente de la fantasía es una defensa contra la realidad externa de la privación. Es sin embargo, más que eso, también una defensa contra la realidad interna.

Los niños que han sufrido estas situaciones acaban por aceptar la imagen que de ellos tienen sus padres, se convencen de que son malos y merecen lo que están recibiendo. Su actitud posterior frente a la sociedad es de desconfianza y recelo, hostilidad y venganza. Viven probándose a sí mismos que no son aceptados, que son malos y que no se les quiere, y así, justifican su hostilidad hacia los demás. Presentan apatía, desgano y en el extremo, letargo. Crecen en un mundo que no despierta interés ni involucramiento, la capacidad de interesarse y apasionarse no se ha despertado y el futuro no ofrece más que apatía. Esta situación de depresión, aunada al resentimiento y falta de confianza en llegar a ser querido y aceptado influyen en la improductividad y la apatía en el futuro (Traversa, 2000).

Tienen gran dificultad para reconocer sus propios sentimientos como para hablar de sí mismos, en especial de sus inclinaciones y simpatías, su soledad, su angustia y sus gustos. En pocos casos se permiten a sí mismos disfrutar y gozar y el mero hecho de bromear y reírse es raro al principio, más bien se sienten insatisfechos de sí mismos en cuanto a hacer las cosas bien, pero muy poco, sin embargo, cuando se trata de agradar y despertar auténtico interés (Kempe, 1979).

En cuanto a las propias manifestaciones en el niño debe destacarse que es imposible hacer un listado de toda la sintomatología ya que cada niño reacciona de forma única según su sensibilidad y vulnerabilidad. Mientras en algunos casos existen serias alteraciones, en otros no se produce una reacción anómala.

Las manifestaciones que se pueden descubrir en el niño varían entre los siguientes síntomas:

- ◆ Pequeñas variaciones de la normalidad conductual.
- ◆ Trastornos reactivos a las condiciones ambientales que dependen del momento evolutivo en el que se encuentre el menor.
- ◆ Trastornos de las funciones relacionadas con la alimentación, sueño o regulación de esfínteres.
- ◆ Trastornos neuróticos y de relación en los cuales es preciso la estructuración previa de la personalidad.
- ◆ Trastornos conductuales con erotismo, perversión sexual, hábitos compulsivos, agresividad, etc.
- ◆ Trastornos psicóticos que implican una gran pérdida de contacto con la realidad.

Entre los efectos principales a causa del maltrato materno se detectan:

- ☉ Desórdenes conductuales como retraimiento y conducta antisocial.
- ☉ Demostración extrema de conductas: pasividad-agresividad extrema.

- ☉ Se muestra receloso, deprimido, ansioso, pesimista, preocupado.
- ☉ Presenta desórdenes emocionales (movimientos repetitivos, falta de comunicación, atención excesiva a los detalles).
- ☉ Excesiva rigidez y conformismo.
- ☉ Presenta conductas adultas inapropiadas o excesivamente infantiles.
- ☉ Se detectan desórdenes del apetito, enuresis, desórdenes del sueño, compulsividad, histeria, obsesiones, fobias, hipocondría.
- ☉ Excesiva preocupación por complacer a las figuras de autoridad.
- ☉ Fugas de casa.
- ☉ Bajo nivel de autoestima.
  
- ☉ Intentos de suicidio, los cuales están relacionados con sentimientos de soledad en el niño-adolescente maltratado por su madre, entendido esto como la consecuencia del afecto que resulta de la insatisfacción de la necesidad básica del hombre de experimentar un vínculo con otras personas. El elemento común es separarse de su madre, lo cual es una amenaza mortal. Cuando el miedo a la soledad es reprimido se convierte en angustia cuya fuente principal es la soledad. La persona dominada por angustia-soledad hace lo indecible para evitar estar sola. Con tal de ser aceptada está dispuesta a sacrificar su criterio, su libertad. Lo que el niño teme más que ser castigado o ridiculizado, es ser abandonado. Es por ello que los niños bajo el efecto del maltrato llegan a aceptar lo que sea de parte de la madre maltratadora o de las personas que los rodean con tal de no ser abandonados ya que no conocen otro tipo de interacción o vínculo y temen quedarse solos (Soriano, 2001).

### **1.3.4 LOS NIÑOS QUE SE HACEN MAYORES: ADULTOS QUE FUERON MALTRATADOS EN LA INFANCIA.**

Cuando una persona fue maltratada durante la infancia en su vida de adulto persisten las consecuencias de estos malos tratos. Diferentes autores (Soriano, 2001; Pino, M. & Herruzo, J., 2000; De Paúl Ochotorena J., 1993; Crivillé, 1990; Kempe, R. S. y Kempe C. H. ,1979; Marcovich, Jaime, 1978) coinciden que entre los efectos de las experiencias vividas se incluyen normalmente algunos de los siguientes:

- Baja autoestima.
- Acciones violentas o destructivas.
- Consumo excesivo de drogas o alcohol.
- Matrimonios conflictivos.
- Problemas en la crianza con los hijos.
- Problemas en el trabajo.
- Pensamientos de suicidio.
- Desarreglos alimentarios.
- Problemas sexuales.
- Problemas de sueño.
- Depresión y/o ansiedad generalizada.

Los niños maltratados aprenden mecanismos de supervivencia para protegerse emocional y físicamente, pudiendo dar respuestas como: negación, retraerse, buscar la aprobación de los demás, huyendo de los sentimientos tanto físicos como emocionales, comportándose mal para expresar rabia y frustración o echándose la culpa de los malos tratos.

Los niños ya en su vida de adultos pueden reproducir estas actitudes y sufrir alguna de las siguientes manifestaciones: falta de confianza, miedo a los cambios, exceso de preocupación por los demás, dificultades para soportar el estrés, baja autoestima (Dutton, 1998).

Año tras año, el maltrato sigue pasando factura de distintas formas:

- *Depresión:* entre sus síntomas se encuentran dormir demasiado, apatía, pensamientos de suicidio.
- *Sensación de ir a la deriva:* perdidos en la vida, sin sentir placer ni tener ningún objetivo.
- *Sentimientos de aislamiento:* pueden sentirse distintos de los demás.
- *Relaciones conflictivas:* los adultos que fueron maltratados de niños pueden ser incapaces de establecer relaciones afectivas. Algunos permiten que otros adultos vuelvan a ejercer malos tratos sobre ellos, por que es el papel al que están acostumbrados, en el que se sienten seguros y el único que conocen. Otros se convierten en adultos maltratantes ya sea por compulsión a la repetición o por identificación con el agresor.
- *Comportamiento autodestructivo:* los adultos que piensan que son malos pueden castigarse inconscientemente, en alguna de las siguientes formas: desarreglos alimenticios (comiendo en exceso, bulimia, anorexia, etc), prostitución,



abuso de alcohol u otras drogas. Otros pueden provocar problemas en su trabajo y destruir sus posibilidades de mejorar, o incluso perder su trabajo.

Mc Cauley (1997) encontró en su estudio que el maltrato físico y emocional durante la niñez está asociado con problemas de salud en el adulto incluyendo síntomas físicos, problemas psicológicos y abuso de drogas.

Por su parte Kunitz (1998) señala en los resultados de su investigación que toda forma de abuso es un factor de riesgo para una conducta distorsionada, particularmente que el abuso físico y emocional durante la infancia están altamente relacionados con la futura dependencia al alcohol y la violencia familiar principalmente.

#### **1.4 MALTRATO MATERNO A LOS HIJOS**

El desarrollo psicológico posterior durante la edad escolar, como durante la pubertad, cursa sobre las bases dadas durante los primeros años de vida y, el desarrollo de los primeros años a su vez sobre las bases logradas en los primeros meses, se realiza en base a la disponibilidad emocional de la madre gestante durante el embarazo mismo. La adolescencia y finalmente la vida adulta recapitulan en forma reverberante las situaciones anteriores de vida. Las distorsiones de las funciones psicológicas durante las etapas iniciales, gestan nuevas desviaciones en la adquisición de las nuevas funciones que se van logrando durante la infancia y la adolescencia. Así la caracterología del adulto que fue maltratado cuando niño, contiene rasgos difícilmente modificables, las privaciones emocionales a las que fue expuesto, no sólo resultan en hostilidad, desconfianza, falta de interés y de entusiasmo, resentimiento y autodevaluación, sino en pobreza emocional que no permite querer a otros, lo que interfiere, junto con la desconfianza, con las posibilidades de establecer relaciones íntimas matrimoniales y familiares en general.

Así los defectos emocionales que el niño golpeado cristaliza, interfieren con su función de padre o madre a su tiempo y repiten el maltrato en sus propios hijos, siguiendo el modelo que ellos vivieron y escogiendo a sus hijos como objetos de descarga de hostilidades y frustraciones. La madre golpeadora es influenciada por una infancia desgraciada, historia de privación emocional, abandono, negligencia, de no haber sido deseada por sus padres, falta de protección, amor, etc. (Crivillé, 1990)

Los padres abusivos casi siempre fueron a su vez maltratados durante sus primeros años. Cabe señalar que cualquier relación con el objeto lleva en sí una tendencia a identificarse con él, es decir, a semejarse con él mismo. Las relaciones inadecuadas o insatisfactorias con los objetos en los primeros tiempos de vida pueden dificultar el desarrollo apropiado de aquellas funciones del ego, el criterio de la realidad y el dominio de los impulsos. Esta transmisión de comportamiento abusivo ocurre generación tras generación. De este modo, los niños de cuatro a cinco años suelen ser abusivos con sus hermanos menores u otros niños, en la misma forma en la que ellos fueron maltratados.

Los padres abusivos se criaron sintiéndose no queridos, y por ello tuvieron que colocar sus necesidades en una situación subordinada a las necesidades de sus padres. Como resultado, viven intensos deseos insatisfechos y anhelan ser queridos, amados y respetados; más tarde identificándose con sus padres, dan prioridad a sus propias necesidades y esperanzas, pasando por alto las necesidades de sus propios hijos, siendo este un modelo muy similar de la forma en que se les trató a ellos mismos. Por lo que adultos maltratados de niños pueden tener problemas en la crianza con sus hijos ya que los niños maltratados ven pocos modelos adecuados de paternidad durante su crecimiento, en el futuro, si tienen hijos, a veces no saben que esperar de ellos en las diferentes edades, no pueden resistir el estrés que conlleva la crianza de sus hijos, los maltratan porque sus padres les enseñaron que era válido propasarse con seres queridos, no pueden sentirse cerca de ellos aunque quieran.

Una de las variables a las que le ha sido asignado un mayor peso explicativo en la aparición del maltrato físico se centra en la propia experiencia del padre/madre maltratador físico como víctima de maltrato físico en su propia infancia. La transmisión intergeneracional del maltrato ha sido considerada como una evidencia casi desde los primeros momentos del abordaje del “síndrome del niño apaleado” (Medina, 2002). Las primeras vivencias ocurren en el hogar en donde se aprende que siempre va a existir una cierta dosis de violencia en el espacio familiar y por ello se le llega a considerar como una herramienta eficiente para educar y disciplinar a los hijos.

Por lo anterior podemos observar que los niños ciertamente, han sido durante mucho tiempo las víctimas olvidadas, secundarias y silenciosas de los malos tratos en la pareja. Holden (1998) publica sobre los problemas de los hijos de mujeres maltratadas en áreas tal y como conducta agresiva, desórdenes de ansiedad e insomnio. Los hijos de las mujeres maltratadas son grupos de riesgo en relación con una amplia gama de problemas en la salud física y en el campo psicológico y de desarrollo, tal como desobediencia, agresividad, ansiedad, depresión, baja autoestima y otros síntomas de tipo traumático (Silvern, 1995). Estos estudios han asociado la violencia marital con problemas emocionales y conductuales de niños, estos niños exhiben estrés postraumático así como otras áreas afectadas que incluyen problemas en la escuela, en sus interacciones personales y su salud personal.

Por otra parte también empieza a ser reconocida la coexistencia de la exposición a violencia marital y maltrato infantil. Varios estudios han reconocido que los hijos de las mujeres maltratadas presentan un riesgo considerable de ser a su vez recipiente de diversas formas de abuso tanto por el padre como por su madre o ambos.

### **1.4.1 EXPLICACIONES PSICODINÁMICAS DEL MALTRATO MATERNO A LOS HIJOS**

Las teorías psicodinámicas se han apoyado básicamente en dicha transmisión de patrones maltratantes para explicar los procesos intrapsíquicos que subyacen a las relaciones en las que predomina el maltrato físico (Criville, 1990).

Lo anterior tiene como argumento el concepto de **compulsión a la repetición**, el cual hace referencia a la tendencia del individuo a actuar conductas patológicas, el olvido de impresiones, escenas y sucesos que lo llevan casi siempre a una retención de los mismos en el inconsciente por lo que el individuo vive de nuevo esa situación como acto ya que el recuerdo está reprimido, lo repite sin saber que lo hace. La necesidad de actuar se basa siempre en el pasado para encontrar el placer que se originó en la infancia, sin embargo, también se reproduce el displacer cuando se reprime un recuerdo que provocó ansiedad. La persona actúa en lugar de recordar y lo hace bajo las condiciones de la resistencia. Repite todo lo que se ha incorporado a su ser. La mejor manera de refrenar la compulsión a la repetición es convertirla en un motivo de recordar. Esta represión es inconsciente y cuando más intensa sea la resistencia más quedará el recuerdo sustituido por la acción (González, 2002).

El rasgo más frecuente en las historias de las familias que maltratan a los hijos es la repetición, de una generación a otra, de una pauta de actos violentos, negligencia y pérdida o privación de progenitores. En cada generación hallamos, en una u otra forma, un trastorno de la relación entre padres e hijos (Kempe, 1979).

Esta conducta no es la calca de la anterior, es una repetición muchas veces de forma o de contenido, tratando de repetir aquello que le resuelve problemas al sujeto con menos gasto de energía. Actúa aquello que le es más fácil, dejando de lado una solución más creativa pero más difícil.

Los patrones de atención a los niños se aprenden en los primeros años de vida. Así, cuando experimentamos la tarea de cuidar a un niño, encontramos dos tipos de memorias profundas inconscientes que se reviven:

- una es evocación de la sensación de ser niño pequeño
- otra memoria del trato recibido por los padres.

Estas dos formas de memoria determinarán automáticamente las formas en las cuales se expresará la función de cuidar a un niño.

Por otro lado teorías de las **relaciones objetales** señalan que la personalidad adolescente y posteriormente la adulta se visualiza como producto de la interacción del individuo con figuras claves durante sus años inmaduros, en particular, con las figuras de apego (Lartigue, 1992). Es claro que las relaciones afectivas familiares tempranas proporcionan la preparación para la comprensión y participación de los niños en relaciones familiares y extrafamiliares posteriores ya que ayudan a desarrollar confianza en si mismo, sensación de autoeficacia y valía (Trianes, 2000).

Desde **la teoría del apego** (Bowlby, 1997), también se ha analizado dicha transmisión intergeneracional aplicando el conocido constructo de los modelos internos de funcionamiento, el cual postula que las experiencias infantiles de maltrato constituirían una predisposición a que la relación con los propios hijos se establezca sobre una base de la relación con la imagen de sí mismo como niño. Se trataría de una relación de tipo narcisista en la que el hijo se convierte para la madre en un doble de sí misma en la que encuentra de nuevo lo que vivió en su infancia, confrontándose la madre a una situación que despierta en ella un pasado todavía activo y doloroso, la única puerta de salida para aliviar la excitación subyacente es el reproducirlo en la realidad y asegurar así con ello la continuidad interna de su persona.

Por lo anterior, en la medida que exista riqueza en las interacciones de la principal figura de apego, es decir de la madre hacia su hijo encontraremos predictores mas consistentes de la habilidad, el conocimiento y la motivación en los niños (Pino y Herruzo, 2000).

De acuerdo a Yela (2000) el amor de la madre depende en mucho del estilo de apego que ella haya desarrollado a través de su existencia, lo cuál repercutirá de

igual manera en la seguridad que le transmita a su hijo al momento de nacer y durante los años posteriores, haciendo especial énfasis en los primeros meses de vida que son cruciales para el establecimiento del apego.

Rosenstein y Horowitz (1996, citados por Valdéz 2002) por otro lado, demostraron que los adolescentes con una organización de apego evitativo eran más susceptibles a desarrollar problemas de conducta, abuso de sustancias, embarazos precoces, trastorno de personalidad narcisista o antisocial y rasgos paranoicos de la personalidad. Mientras que aquellos con una organización de apego ansioso eran más susceptibles de desarrollar trastornos afectivos o un trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, histriónico, limítrofe o esquizoide; presentando ambos grupos historias de violencia familiar en la infancia, mismas que se mantenían en la adolescencia.

## **1.5 MALTRATO FÍSICO Y EMOCIONAL HACIA LA MUJER EN LA RELACIÓN DE PAREJA**

### *Violencia Psicológica*

Se considera que la mujer esta sometida a este tipo de violencia si su pareja lanza, rompe, pateo las cosas o golpea la pared, si se burla de su físico, si utiliza los gritos como medio principal para resolver los conflictos, si la insulta y la amenaza por negarse a tener relaciones sexuales.

### *Violencia sexual*

Aquellos casos en que el hombre obliga a su pareja a tener relaciones sexuales ya sea que utilice o no la fuerza para lograr su objetivo.

### *Violencia física*

En los casos en que la mujer es agarrada con fuerza, empujada o tironeada por su pareja y si éste le dobla el brazo, le tira el pelo o le pega una cachetada,

cuando la ha pateado o golpeado y/o lanzado algo para lastimarla, cuando la ha quemado a propósito, ha intentado estrangularla y/o ha utilizado un arma (punzocortante o de fuego) para hacerle daño.

### **1.5.1 EXPLICACIONES PSICODINÁMICAS DEL MALTRATO FÍSICO Y EMOCIONAL HACIA LA MUJER EN LA RELACIÓN DE PAREJA**

Factores como un historial de violencia familiar donde existen antecedentes de maltrato familiar, es decir, si la mujer fue maltratada cuando niña o si el padre del hombre o de la mujer golpeaba a su pareja son predictores importantes.

Por ello una de las explicaciones más comunes de la violencia en la pareja es que los maltratadores estuvieron expuestos a violencia cuando eran niños. Expuestos quiere decir que fueron víctimas de maltrato infantil o abandono por parte de sus padres o tutores, o que durante su infancia tuvieron ocasión de observar comportamientos violentos entre sus padres.

Existen muchos estudios retrospectivos que han tratado de determinar esta relación, ejemplo de ello son Hotaling y Sugarman (1986) quienes concluían en su revisión de la literatura sobre el tema que el haber sido testigo de violencia en la familia de origen durante la infancia o la adolescencia es un factor de riesgo de posterior violencia marital.

Haapasalo (1996), encontró que las historias actuales de los agresores eran sorprendentemente similares sus historias de la niñez, sus problemas familiares y sus diagnósticos psiquiátricos. La prevalencia de problemas psiquiátricos y familiares durante la niñez era alta en todos los casos estudiados.

Holtzworth-Monroe (1997) también concluyen que con pocas excepciones la investigación en este campo ha demostrado que la violencia en la familia de origen constituye un factor de riesgo de posterior violencia marital. El vínculo parece ser

más fuerte entre la observación de violencia marital que entre maltrato infantil y la posterior violencia marital. Sin embargo, la correlación no es perfecta, es decir, personas cuyos padres maltrataban a sus parejas o que fueron victimizadas cuando eran niños no siempre se comportan de manera violenta cuando son adultos.

Varios autores también han utilizado **la teoría de los vínculos emocionales** para explicar la relación de maltrato durante la infancia y violencia en la pareja (Dutton, 1995).

Bowlby (1997) pensaba que los individuos tienen la necesidad innata de mantener relaciones afectivas y de intimidad para sobrevivir. De acuerdo a esta teoría, la satisfacción de estas necesidades por los padres u otros cuidadores permite al individuo formar una relación basada en la seguridad del cuidador. La historia de los primeros vínculos condiciona el desarrollo de un modelo interno de funcionamiento en cada individuo sobre cómo relacionarse en el futuro. Individuos que no pudieron establecer estos vínculos de forma satisfactoria durante la infancia desarrollarán como expectativa una carencia semejante de satisfacción durante el futuro. Esta teoría, a su vez, señala que la agresión puede ser una respuesta a la falta de satisfacción de dichas necesidades. Cuando los niños no ven cubiertas sus necesidades pueden expresarlo a través de enfado. Esto ocurre generalmente en respuesta a una separación en la que el niño percibe que la figura del cuidador no se encuentra a su alcance. Este enfado funcional es porque el niño comunica al cuidador el displacer producido por la separación. Si se responde de manera adecuada a dicho enfado se puede garantizar la formación de un vínculo seguro.

En el campo de la violencia doméstica se tiende a pensar que una historia consistente de experiencias de apego o vínculo inseguro pueden distorsionar el estado funcional y convertirlo en conducta violenta (Kesner, 1997).

Existe evidencia preliminar que sugiere, al menos, una relación significativa entre la violencia doméstica y unas pobres relaciones con la madre durante la infancia. La falta de satisfacción de las necesidades emocionales de los



maltratados por parte de sus madres revela que estos hombres han desarrollado estilos de vínculos inseguros que los llevan a emplear la violencia.

Dutton (1995) ha especificado como el origen de lo que denominamos personalidad abusiva deriva de las deficientes relaciones interpersonales de estos hombres y mujeres con sus padres y madres y, en particular, alude al modo en que estas relaciones afectaron negativamente su desarrollo emocional. A la luz de los diferentes estudios conducidos, se puede observar que existe una relación entre abuso durante la infancia y abuso contra la pareja, sin embargo, esta relación no es perfecta y el mecanismo que la explica aún no está del todo claro. Es posible que el maltrato no solamente sea literalmente copiado durante la infancia y que tenga una serie de repercusiones conductuales, sino que también deje su huella a través del impacto en la vida emocional del maltratador; usando este muy probablemente el mecanismo de defensa de identificación con el agresor y la compulsión a la repetición.

## 2. CULPA Y REPARACIÓN

La culpabilidad es un afecto que se experimenta cuando se violan normas o preceptos morales que han sido aceptados como válidos. Es como un sentimiento de soledad y de vergüenza, un afecto doloroso que puede ser eliminado o reprimido del campo de advertencia del sujeto y entonces actúa como fuente específica de angustia (González, 2002). Es un de los resultados por los que pasa una persona por renunciar a la satisfacción de las pulsiones, ya que la única salida que se les da entonces es pensar en ellas (De la Fuente, 1959).

De acuerdo a Melanie Klein (1934, citado en Klein, 1994) al captar en nosotros impulsos de odio hacia la persona amada nos sentimos afligidos y culpables. Los sentimientos de culpa son muy dolorosos, se expresan disfrazados en distintas formas y constituyen una fuente de perturbación en nuestras relaciones personales. El niño tiene fuertes conflictos entre los impulsos agresivos y los sentimientos de amor, esto provoca culpa y origina nuevos deseos de hacer reparaciones.

En otras palabras la culpa es el doloroso reconocimiento de haber dañado al propio objeto u objetos amados. Se origina en la posición depresiva cuando se experimenta ambivalencia hacia los padres percibidos como objetos totales, alternando sentimientos de amor en igual intensidad con los de odio según las circunstancias. Los padres ambivalentemente amados introyectados durante la posición depresiva forman el núcleo del Super Yo.

La culpa se encuentra en la misma esencia del conflicto que padece el Yo frente al Super Yo, es percibida por aquel y que puede llegar a desencadenar una respuesta depresiva en el individuo. La depresión es pues uno de los resultados de la culpa, es el estado en que ha quedado el Yo como consecuencia del conflicto (Grinberg, 1978).

El duelo y la nostalgia por el objeto bueno al que se siente perdido y destruido, y la culpa, una experiencia depresiva típica, es provocada por el sentimiento de que

uno perdió a su objeto bueno por su propia destructividad. En la cúspide de la ambivalencia puede sobrevenirle la desesperación depresiva con la vivencia de agudos sentimientos de pérdida, culpa y nostalgia, sin esperanzas de recuperarlo.

Los sentimientos de culpa provocan el temor de depender de esta persona querida, cuya pérdida se recela pues surge la agresión en el niño y éste siente que está causándole daño. Este temor es incentivo para desligarse, para volcarse con otras personas y cosas y agrandar así el círculo de intereses.

Los sentimientos inconscientes de culpa derivan de la destrucción fantaseada del ser amado, provenientes de la fantasía agresiva y voraz de destruir a la madre, activan el impulso de curar estos daños imaginarios y repararla. El impulso de reparar logra mantener a raya la desesperación suscitada por los sentimientos de culpa, en este caso prevalecerá la esperanza, amor y el deseo de reparación. La reparación que es en parte inherente a la capacidad de amar hará que se logre un equilibrio satisfactorio entre dar y recibir. Si los sentimientos de culpa son demasiado intensos, tienen el efecto de inhibir las actividades e intereses productivos. Cuando la culpa y pérdida por esta situación resultan intolerables, entran en juego las defensas maníacas y las actividades reparatorias no pueden llevarse a cabo, sin embargo a veces los mecanismos maníacos se pueden utilizar en forma reparatoria (Segal, 1989).

Existe un mecanismo depresivo específico que consiste en hacerse "malo" pero cuidando que el objeto siga siendo bueno de manera de conservar la esperanza de ser protegido por él. En esta esperanza siempre existe la posibilidad de llegar a alcanzar algún grado de autoestima futura; este es el sueño al que sujeto no puede renunciar, sin embargo no es una reparación genuina. En consecuencia el objeto amado puede transformarse rápidamente en persecuidor y la necesidad de reparar o revivir el objeto amado puede convertirse en la necesidad de apaciguar y propiciar al persecuidor interno (Klein, 1962).

Los sentimientos de amor y las tendencias de reparación se desarrollan en conexión con los impulsos agresivos y a pesar de ellos. Los sentimientos de culpa y el impulso de reparación están íntimamente ligados a la emoción amorosa. El temor de que la persona amada -originalmente la madre- pueda morir a causa de los agravios que en la fantasía le hemos infligido, torna intolerable el depender de ella. El miedo inconsciente a la muerte del ser amado fomenta esa dependencia excesiva (Klein, 1994).

Es por ello que la reparación se basa en el amor por el objeto y el deseo de restaurarlo y recobrarlo. Los impulsos de reparación contribuyen al desarrollo del Yo y de las relaciones objetales; no pueden considerárseles como una defensa ya que la reparación no procura negar la realidad psíquica, si no que constituye un empeño por resolver la angustia y la culpa depresiva.

El proceso consiste en que al disminuir los procesos proyectivos e integrarse más el Yo se distorsiona menos la percepción de los objetos, de modo que el objeto malo y el objeto ideal se aproximan el uno al otro. A medida que prosigue el desarrollo y se acrecienta el sentido de realidad, los objetos internos se aproximan más a las personas reales del mundo exterior. Al analizar las relaciones del yo con los objetos, internos y externos, y al modificar las fantasías sobre estos objetos, es que podemos influir esencialmente sobre la estructura más permanente del Yo (Klein, idem).

El objetivo del bebé es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal e identificarse con éste, que es para él, quien le da vida y le protege, procurando mantener fuera el objeto malo y las partes del Yo que contienen el instinto de muerte. La experiencia de depresión moviliza en el bebé el deseo de reparar a su objeto u objetos destruidos. Anhela compensar los daños que le ocasionó en sus fantasías omnipotentes, restaurar y recuperar sus objetos de amor perdidos, y devolverles la vida e integridad. Como cree que la destrucción de su objeto se debe a sus propios ataques destructivos, cree también que su propio amor y cuidados podrán deshacer

los efectos de su agresión. El conflicto depresivo es una lucha constante entre la destructividad del bebé y sus impulsos amorosos y reparatorios.

El fracaso en la reparación conduce a la desesperación, él éxito, a renovadas esperanzas. El bebé resuelve gradualmente las ansiedades depresivas y recupera externa e internamente sus objetos buenos al reparar a sus objetos externos e internos en la realidad y en sus fantasías omnipotentes.

A medida que el bebé pasa por repetidas experiencias de duelo y reparación, de pérdida y recuperación, su Yo se enriquece con los objetos que ha debido recrear en su interior y que ahora se hacen parte de él. Aumenta su confianza en su propia capacidad de conservar o recuperar objetos buenos y su creencia en su propio amor y posibilidades. La solución de la depresión mediante la reparación es un proceso lento y al Yo le lleva mucho tiempo adquirir fuerza suficiente como para confiar en sus capacidades reparatorias. Generalmente solo se puede superar el dolor mediante defensas maníacas, que protegen al Yo de la desesperación total y están dirigidas específicamente a impedir la vivencia de ansiedad depresiva y de culpa.

Cuando el bebé siente que ha destruido omnipotentemente a su madre, su culpa y desesperación por haberla perdido despiertan el deseo de restaurarla y recrearla para recuperarla externa e internamente. Los impulsos reparatorios hacen progresar la integración. El conflicto entre amor y odio se agudiza, y el amor se ocupa activamente tanto de controlar la destructividad como de reparar y restaurar el daño realizado. En el deseo y la capacidad de restaurar al objeto bueno, interno y externo, se basa la capacidad del Yo para conservar el amor y las relaciones a través de conflictos y dificultades.

Las fantasías y actividades reparatorias resuelven las ansiedades de la posición depresiva. Repetidas experiencias de pérdida y recuperación del objeto reducen la intensidad de la ansiedad depresiva.

Al crecer el mismo y restaurar a sus objetos se acrecienta su confianza en su propio amor, en su propia capacidad de restaurar al objeto interno y de conservarlo como objeto bueno incluso mientras los objetos externos le exponen a experiencias de privación. Esto a su vez lo capacita para soportar la privación sin que lo abrume el odio. Su propio odio le aterra menos al aumentar su confianza en que su amor pueda restaurar lo que su odio ha destruido. La repetición de experiencias de pérdida y recuperación hace que gradualmente el objeto bueno se vaya asimilando al Yo. En la medida en que el Yo ha restaurado y recreado internamente al objeto, éste le pertenece cada vez más, el Yo puede asimilarlo y el objeto contribuye a su desarrollo. De ahí el enriquecimiento del Yo a través del proceso de duelo.

En la cúspide de los impulsos reparatorios se utiliza más la prueba de realidad, el bebé observa con preocupación y ansiedad qué efecto tienen sus fantasías sobre los objetos externos y una parte importante de su reparación consiste en aprender a renunciar al control omnipotente de su objeto y aceptarlo como realmente es.

La reparación maniaca es una defensa en la medida en que su fin es reparar al objeto sin que aparezcan sentimientos de culpa o pérdida. No se dirige nunca a los objetos originales o a los objetos internos, sino siempre a objetos más remotos, en segundo lugar es necesario no sentir que uno mismo dañó al objeto destinatario de la reparación, sintiendo al objeto inferior, dependiente, y más profundamente despreciable. El amor manifestado por el aparente objeto de preocupación es superficial e irreal. El objeto externo está para distraer la atención respecto de la situación interna.

La reparación maniaca no consigue lo que se proponía: aliviar la culpa subyacente, y no proporciona una satisfacción duradera. Inconscientemente se trata a los objetos a los que se está reparando con odio y desprecio, siempre parecen ingratos y se les teme perseguidores potenciales.

El “nombrar” es un elemento importante en la reparación, es decir, aceptar la realidad, elemento fundamental para la verdadera reparación, ausente en la reparación maníaca. La aceptación de la realidad psíquica trae consigo la renuncia a la omnipotencia y a la magia, la disminución de la escisión y la remoción de la identificación proyectiva. Significa aceptar la idea de que es un individuo separado de los padres y diferente de ellos, con todos los conflictos que esto acarrea, permitir que los propios objetos sean libres y se amen y restauren mutuamente sin depender de uno.

El deseo de reparar, tan íntimamente ligado al interés por el ser amado y a la ansiedad por su muerte, puede ahora expresarse en formas creadoras y constructivas.

Como podemos ver a través de la revisión hasta aquí hecha nos damos cuenta que los impulsos agresivos existen en el niño independientemente del vínculo que establece con la madre. Sin embargo hay que enfatizar que cuando en la realidad el niño a través del vínculo que establece con ésta recibe malos tratos, violencia física y psicológica, los sentimientos de culpa se maximizan así como el deseo de reparación en la relación que entabla con su madre en tanto que es el único objeto que conoce y que, a pesar de la calidad de éste, el temor a la soledad es tan grande que el niño opta por tratar de reparar en la fantasía la relación que en la realidad está claramente deteriorada; optando inconscientemente en ocasiones por reparaciones con defensas maníacas que no lo ayudan a objetivar esta relación, sin embargo en otras se hace una reparación genuina que en la mayoría de los casos es generada por el convertirse a su vez en madre.

### **El ser madre como una oportunidad para reparar**

El amor por los padres subsiste, pero se le sumará el amor por otros seres y objetos, no como mera extensión del primero, sino, mediante una difusión de las emociones que disminuye el peso de los conflictos y de la culpa derivada del apego y dependencia de la relación con las primeras personas que ama. Al volcar sus

conflictos en otras personas, el niño no los suprime, sino que los transfiere en forma menos intensa de los primeros y más importantes a nuevos objetos de amor (y odio) que parcialmente representan a los antiguos. Como sus sentimientos hacia estas nuevas personas no son tan fuertes, sus impulsos de reparación, que una culpa excesiva hubiera obstaculizado, pueden manifestarse ahora más plenamente. Por lo que muchos lazos vinculan la relación de una madre con su hijo a la que en la niñez mantuvo con su propia madre, sin embargo, la naturaleza de las relaciones de la madre con sus hijos cambia, por supuesto, a medida que ellos crecen, su actitud hacia los hijos mayores estará en mayor o menor medida más o menos bajo la influencia de la actitud que tuvo en el pasado hacia sus hermanos, hermanas, primos, etc.

La actitud materna de amar y comprender a sus hijos se pone a prueba especialmente cuando éstos llegan a la adolescencia. En este periodo los chicos tienen normalmente a separarse de sus padres y a liberarse en cierta medida de sus antiguos vínculos con ellos. Sus esfuerzos para abrirse camino hacia nuevos objetos de amor crean situaciones que quizá resulten muy dolorosas para los padres. Al actuar hacia otros como padres bondadosos, nos recreamos y gozamos en la fantasía del amor y la bondad que anhelamos en nuestros padres. Mediante la fantasía retrospectiva de desempeñar simultáneamente el papel del buen hijo y del buen padre eliminamos parte de nuestros motivos de odio, logrando así neutralizar las quejas contra los padres frustradores, el furor vindicativo que ellos nos han provocado y los sentimientos de culpa y desesperación provenientes de este odio que dañaba a los que eran al mismo tiempo objeto de nuestro amor (Klein, id).



### *Justificación y planteamiento del problema*

Recapitulando la información previa, tenemos que el **maltrato materno** deja a manera de consecuencia secuelas importantes de gran impacto emocional en la vida de un ser humano, entendiendo que el niño tiene necesidad de proximidad y contacto con su madre para adquirir su seguridad afectiva; hecho que de no llevarse a cabo genera profundas alteraciones en su salud mental, emocional o física ya que la figura materna es el primer objeto de amor del bebé. Estas alteraciones que acompañan al individuo a lo largo de su desarrollo a futuro, trayéndole además **sentimientos de culpa** y una propensión a la **repeticón** de los mismos maltratos pero ahora hacia sus hijos, dificultándose el no actuar de la misma manera en como ellos fueron tratados, **no reparando** en sus hijos el daño que ellos sufrieron o haciéndolo con limitaciones y dificultades importantes. Lo anterior da a la presente investigación gran trascendencia social, generando a su alrededor interrogantes específicas de un caso, mismas que se presentan a continuación:

### *Preguntas de investigación*

1. ¿Existe alguna relación entre el maltrato materno que ha vivido una adolescente con que ella sea en la actualidad una madre maltratadora?
2. ¿Existe alguna relación entre el maltrato materno que ha vivido una adolescente con el hecho de que se involucre con parejas que la maltratan tanto física como psicológicamente?
3. ¿Existe alguna relación entre el maltrato materno vivido por una adolescente con la presencia en ella de sentimientos de culpa?

4. ¿Existe alguna relación entre el maltrato materno vivido por una adolescente con las dificultades para reparar en su hijo, pareja y en la relación con su madre los daños psicológicos que ella sufrió en la infancia?

### **Objetivos de trabajo**

A través del discurso de la paciente a lo largo de la Psicoterapia, así como del uso de diversas herramientas psicológicas (que se describen más adelante), se pretendió que la paciente describiera, conociera, asociara, analizara y finalmente sintetizara si:

- ☉ El maltrato materno que ha vivido está relacionado con que ella sea en la actualidad una madre maltratadora y que se involucre con parejas que la maltratan tanto física como psicológicamente.
- ☉ El maltrato materno que ha vivido está relacionado con la presencia en ella de sentimientos de culpa hacia su madre, pareja e hijo a causa del maltrato.
- ☉ El maltrato materno que ha vivido está relacionado con las dificultades para reparar en su hijo, pareja y madre, los daños psicológicos que ella sufrió en la infancia.

### **Diseño y Tipo de estudio**

\*Diseño *no experimental de un solo caso* dado que no se manipulan las variables y la muestra está compuesta por un individuo.

\**Estudio descriptivo* (Hernández S., Roberto y Fernández Collado, C., 1998).

**Sujeto**

\*Paciente de sexo femenino y nacionalidad Mexicana que acudió al Instituto Nacional de Perinatología dado que cursaba su segundo embarazo, contando al momento de la entrevista inicial (Mayo del 2006) con 17 años de edad y 25 semanas de gestación. Vive en el Municipio de Naucalpan, Estado de México, en unión libre con el padre del hijo que esperaba de su segundo embarazo y con su hijo de 4 años de edad, resultado de una relación de pareja previa a la actual. Su nivel académico es de 1º de Educación Media Básica, se dedica al hogar, profesora religión católica. Su descripción física se incluye en la Historia Clínica.

**Escenario**

Las sesiones se llevaron a cabo en el consultorio 16 de consulta externa en el Insitituto Nacional de Perinatología. Es un salón de aproximadamente 3X5 m<sup>2</sup>, pintado de color blanco con líneas azules alrededor de las esquinas, está compuesto por un escritorio y un pequeño mueble de color azul, 2 sillas y un área posterior de oscultación médica.

**Variables**

- ☉ *Atributiva:* sexo, edad.
- ☉ *Dependiente no manipulada:* maltrato materno.

**Instrumentos**

- ◆ CGS (Cuestionario General de Salud de Goldberg 1972, Medina- Mora 1983)

- ◆ Historia clínica
- ◆ 10 sesiones (a causa de las políticas institucionales que señalan que el tratamiento psicoterapéutico será otorgado hasta el momento en que nazca el bebé de la paciente).

### **Procedimiento**

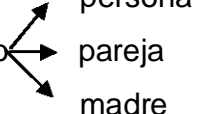
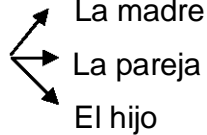
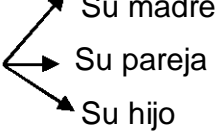
- 1) Utilizando el Cuestionario General de Salud (**CGS**) como prueba de tamiz, se detectó que la paciente manifestaba malestar psicológico (Morales, 2005).
  
- 2) Dicho malestar ameritó una entrevista de primera vez en la cual se profundizó su situación de vida a través de una anamnesis o **Historia Clínica** que contempló las siguientes áreas: descripción física y de conducta durante la entrevista, motivo de consulta, origen y evolución del problema, intentos de solución, historia familiar primaria, vida sexual, historia familiar actual, relación de pareja, uso de drogas, sintomatología básica y complementaria, grado y dificultad de relaciones objetales, entre otros;
  
- 3) Al evaluar su situación se elaboró un diagnóstico de acuerdo al DSM-IV por políticas institucionales, así como un diagnóstico psicodinámico (ambos se especifican en el capítulo siguiente) que es el que tiene mayor relevancia para el presente estudio; por lo anterior se hizo necesario canalizar a la paciente a una **Psicoterapia individual** ya que presentaba conflictos que tienen relación con el maltrato psicológico y violencia doméstica que ha padecido a lo largo de su historia de vida principalmente por parte de su madre y posteriormente por su primer pareja, hechos que desplazo inconscientemente en el trato hacia su primogénito de 4 años de edad, así como hacia su pareja actual. Manifestándose en la paciente sintomatología básica como **depresión, irritabilidad y ansiedad**,

---

complementándose dichos síntomas con **sentimientos de soledad, pérdida de apetito, tristeza, desesperación, enojo, coraje, insomnio, miedo a que su pareja actual le haga daño físicamente**, así como a perder la relación y la posibilidad de hacer una familia bien, **culpa** por no preocuparse por su hijo o gente que la quiere así como por haberse relacionado sexualmente con su cuñado, **sensación de estar sucia físicamente, conductas e ideación suicida**.

- 4) Se llevaron a cabo 10 sesiones, la frecuencia de las mismas era una vez a la semana con una duración de 50 minutos, la línea teórica de tratamiento fue la Psicoterapia breve. A lo largo de las sesiones aprendí, practiqué y perfeccioné el uso de intervenciones de **encuadre, interrogación, clarificación, señalamiento, prescripción, sugerencias** de reflexión, **confrontaciones** y escasas **interpretaciones**; *promoviendo* en la paciente el **fortalecimiento Yoico** en términos de funciones de **juicio de realidad, dominio competencia, relaciones objetales, control de impulsos, funcionamiento defensivo, funcionamiento sintético integrativo**, principalmente.
  
- 5) Cabe señalar que dado el nacimiento de su bebé a la semana 38 de gestación, el tratamiento se dio por concluido en el Inper, dándole a la paciente una interconsulta en hospitalización donde se le prescribió continuar con su tratamiento psicoterapéutico en otra institución con el objetivo de mantener los cambios logrados de forma sostenida y permanente, haciendo hincapié en que los avances fueron gracias a su compromiso, puntualidad e interés, haciéndola responsable de su proceso psicoterapéutico.
  
- 6) Se analizaron de manera cualitativa los datos que la paciente otorgo a través de su discurso tanto en las sesión que correspondió a la Historia Clínica así como el contenido de la información de cada una de las sesiones terapéuticas, estas

últimas por medio de cuadros esquemáticos que hacen referencia a 3 categorías de análisis, mismas que se especifican a continuación:

<b>CATEGORÍA DE ANÁLISIS</b>	<b>SUBCATEGORÍA</b>
<p>A) <b>Compulsión a la repetición</b> relacionada con el <b>maltrato materno</b> que la paciente ha vivido</p>	<p>*En relación a comportamientos como </p>
<p>B) Sentimientos de <b>culpa</b> (coraje, enojo)</p>	<p>*Generados hacia </p>
<p>C) Dificultades para la <b>reparación</b></p>	<p>*En relación con </p>

<b>CAPÍTULO III</b> <b>RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>
---

A continuación se presentan los datos obtenidos de la paciente con la ayuda de los instrumentos que se mencionaron a detalle en el capítulo previo, así como el análisis de los mismos en función de la temática que se ha expuesto a lo largo del presente trabajo, cabe señalar que se modifica u oculta cierta información con el propósito de guardar la confidencialidad del caso, así como que se agregan las sesiones completas o fragmentos representativos de las mismas en la parte de anexos para tener una comprensión global del mismo.

### **A) HISTORIA CLÍNICA**

#### **FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

<b>Nombre:</b> CONFIDENCIAL	<b>Edad:</b> 17 años
<b>Sexo:</b> Femenino	<b>Estado civil:</b> Unión Libre
<b>Escolaridad:</b> 1º de Educación Media Básica	<b>Ocupación:</b> Hogar
<b>Lugar de nacimiento:</b> Naucalpan, Estado de México	
<b>Lugar de residencia:</b> Naucalpan, Estado de México	
<b>Nacionalidad:</b> Mexicana	<b>Religión:</b> Católica
<b>Semanas de gestación:</b> 25	<b>Fecha de hoy:</b> 18 de Mayo del 2006
<b>Fuente de información:</b> La paciente	

#### **DESCRIPCIÓN FÍSICA Y DE CONDUCTA DURANTE LA ENTREVISTA**

Paciente femenina cuya edad aparente es ligeramente superior con respecto a su edad cronológica. Complexión promedio a la esperada para su estatura y talla, así como congruente con sus semanas de gestación. Aliño ligeramente descuidado, cabello largo, lacio, negro, peinado en una cola de caballo. Tez morena clara. Su expresión facial denotaba depresión y un dejo de angustia. Lenguaje expresivo con un tono de voz bajo y velocidad lenta. Se mostró orientada en tiempo, persona y espacio. Sus niveles de atención activa y voluntaria se mantienen conservados así como su memoria en términos de fijación, retención y evocación de eventos pasados. Capacidad de cálculo adecuada, determinando con precisión situaciones específicas

en tiempo, distancia y espacio. Su nivel de pensamiento impresiona ser funcional, siendo la mayor parte de su lenguaje concreto con escasas abstracciones y su vocabulario menor al promedio a la gente de su edad. Su discurso es coherente y congruente. Estado de ánimo depresivo, el cual está influenciado por su situación actual. Su motricidad muestra estar ligeramente enlentecida, describiendo malestar emocional (egodistónico) como parte de su situación de vida. La paciente mantuvo una actitud cooperadora.

### **MOTIVO DE CONSULTA**

Poder mejorar su relación de pareja actual (no discutir tanto con él, no pensar o sentir miedo de él como si fuera el padre de su primer hijo) así como estar bien con su familia (sus hijos y su pareja, no maltratar ni gritarle tanto a su hijo y echarle ganas para ser una buena familia que se apoye y salgan adelante), finalmente mejorar la calidad de relación con su madre biológica y padre psicológico. Todas las situaciones descritas previamente al no estar resueltas han generado en la paciente sentimientos de tristeza, soledad, desesperanza, así como miedo de estar repitiendo la historia de su madre al ser golpeadora y tener diferentes parejas e hijos de estas, lo cual lo ha llevado a intentar quitarse la vida en una ocasión, idea que se mantenía al inicio de la psicoterapia.

### **ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA (FECHA DE INICIO, CIRCUNSTANCIAS CÓMO, CUANDO, DÓNDE, FRECUENCIA E INTENSIDAD):**

La paciente identificaba que el sentimiento de tristeza que vivía se originó a partir de la separación de su primer pareja, quien la dejó y no se hizo responsable ni de ella ni de su hijo en tanto que ya estaba casado y tenía otros 2 hijos.



Esta información la paciente la conoció cuando su primer hijo tenía 4 meses de nacido ya que la esposa de él fue a visitarla, a partir de ahí sus sentimientos se agudizaron, sin embargo reconoce que su sentir no es nuevo, que de hecho se presentaba con anterioridad y que lo manifestaba con sentimientos de enojo, coraje, soledad y abandono dada la relación que ha tendido a lo largo de su vida con su madre, así como rencor con su padre por haberse ido cuando ella era una niña.

### **INTENTOS DE SOLUCIÓN**

La paciente no ha buscado de manera consciente estrategias para enfrentar su situación, más bien se observan reacciones impulsivas ante sus conflictos, ejemplo de ello es fugarse de su casa, embarazarse, relacionarse de una manera violenta con sus parejas, entre otros.

### **HISTORIA FAMILIAR PRIMARIA**

Su madre se fue a vivir en la adolescencia con un señor con el que procreo 4 hijos varones, este falleció y conoció al padre de la paciente con el cual tuvo 2 hijas, una que tiene 19 años y la paciente, quien al momento de la entrevista (Mayo, 2006) tenía 17 años de edad, después de 5 años dicha relación termina a causa de violencia doméstica, alcoholismo e irresponsabilidad de parte del padre en la manutención y cuidado de las hijas.

Años más tarde la madre conoce a la actual pareja, misma que la paciente considera como su padre aún que sabe que no es el biológico, lo describe como un buen proveedor, cariñoso y pendiente de lo que la familia necesitara; de esa relación con la madre nace una hija, la cual actualmente tiene 10 años de edad.

## **VIDA SEXUAL**

Su menarca fue a los 12 años, inicia vida sexual activa a los 13, ha tenido 3 parejas sexuales, 3 embarazos, reconoce que los dos primeros fueron no planeados; además de un aborto que fue la conclusión del segundo embarazo, la causa del mismo fue una caída en la azotea mientras tendía ropa.

## **HISTORIA FAMILIAR ACTUAL**

Vive con su pequeño hijo de 4 años, así como con el padre de su segundo hijo, relación que ha alcanzado los 2 años 8 meses. Convive a diario con su madre y hermanos ya que viven 4 casas después de la de ella.

## **DESCRIPCIÓN BREVE DE LA RELACIÓN DE PAREJA**

La paciente menciona que conoció a su primer pareja cuando ella tenía 13 años y estudiaba la secundaria, él tenía 23 años, hecho por el cual la madre de ella se oponía a tal relación y le prohibía verlo, ante dichas circunstancias se fuga de su casa a un departamento con él, se embaraza y a los 4 meses de haber nacido su bebé, ella decide huir de ahí porque se entera que es casado y ya tiene 2 hijos; a lo largo de la convivencia mutua el demostró que era una persona irresponsable, no trabajadora, además de violento, este último hecho fue el causante de que la paciente viviera un primer embarazo de alto riesgo en el cual tuvo constantes amenazas de aborto a causa de las golpizas que él le daba, además de no darle de comer la encerraba en el departamento y en alguna ocasión llegó a aventar al pequeño bebé porque no dejaba de llorar. A los dos años y medio, ya viviendo en casa de la madre, la paciente inicia una relación con la actual pareja, quien es su vecino, llevaban 4 meses de noviazgo cuando ella se embaraza y se separaron a

causa del bebé que perdió, un par de meses después regresaron y se fueron a vivir juntos a la casa de él. Lo describe como un buen muchacho que la quiere y está pendiente de lo que le pasa, sin embargo a pesar de que él nunca le ha puesto una mano encima, la paciente teme que el la pueda agredir como lo hacía el padre de su primer hijo.

## SÍNTOMAS

Sintomatología Básica	Sintomatología Complementaria
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Depresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Sentimientos de soledad, pérdida de apetito, tristeza, desesperación, enojo, coraje.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ansiedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Miedo a que su pareja actual le haga daño físicamente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conductas e ideación suicida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Culpa por no preocuparse por su hijo o gente que la quiere.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Deseo sexual hipoactivo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Aversión al sexo, sensación de estar sucia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Insomnio</li> </ul>	

## DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO

**Eje I** F34.1 Trastorno Distímico [300.4], de inicio temprano  
 Z63.8 Problemas Paterno-Filiales [v61.9]  
 Z63.0 Problemas Conyugales [v61.1]

<b>Eje II</b>	Z03.2 [v71.09] Ningún diagnóstico
<b>Eje III</b>	Embarazo adolescente (000-99)
<b>Eje IV</b>	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
<b>Eje V</b>	EEAG= 50 (al momento de la entrevista)

**DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO** —————> **ANÁLISIS DE HISTORIA CLÍNICA**

● La paciente considera que ha vivido en un ambiente hostil y amenazante tanto para su integridad emocional como física desde su infancia, donde se han generado en ella sentimientos de devaluación y sensación de rechazo por parte de su madre, siendo uno de los motivos principales por los que sale de su casa de manera precipitada a pesar de no estar convencida de querer a su pareja. Asimismo se involucra en una situación de **violencia** extrema donde de alguna manera revive (**compulsión a la repetición**) pero ahora en carne propia los abusos que su padre biológico le hacía a su madre cuando ella era niña.

● Con respecto a su pareja actual le cuesta trabajo relacionarse de una manera más sana, en primer lugar por los antecedentes de violencia que presenta y por otro lado porque no está muy familiarizada con el aceptar o merecer un buen trato como muestra de afecto, se vive como víctima para no hacerse responsable de qué hace ella para que todo esto suceda.

● Desplaza además el enojo y la agresión hacia figuras como su pareja e hijo, (**identificándose con el agresor**, que en su infancia esta figura corresponde principalmente a su madre) mismos que son fuentes de descarga impulsiva de emociones, mostrando **dificultades para reparar** el daño emocional que ella vivió en otros objetos.

● El no reconocer que su madre es fuente de su coraje le permite sobrellevar la relación que tiene con ella así como justificar el maltrato que le hace a su hijo, pese a los sentimientos de **culpa** que le trae como consecuencia lo anterior.

### B) SESIONES CLÍNICAS

A continuación se presenta un cuadro esquemático resaltando las categorías de análisis del caso, lo anterior se hace sesión tras sesión, destacando el progreso de la paciente en cada temática a lo largo de la psicoterapia.

<p>NÚMERO DE SESIÓN Y FECHA</p> <p>CATEGORÍA DE ANÁLISIS</p>	<p>INFORMACIÓN OTORGADA POR LA PACIENTE A LO LARGO DE LAS SESIONES ASÍ COMO PROGRESOS DE LA MISMA EN LA PSICOTERAPIA</p>
<p><i>Sesión 1,</i> <i>18/05/06</i></p> <p>A) <b>Compulsión a la repetición</b> relacionada con el <b>maltrato</b></p>	<p><b>Persona</b></p> <p>● Menciona situaciones de violencia intrafamiliar de parte de su padre biológico quien maltrataba a su madre, la golpeaba y le robaba su dinero ya que en aquel tiempo (cuando ella tenía 3 años)</p>

**materno** que la él no trabajaba, además era alcohólico y no se preocupaba por el  
 paciente ha bienestar de sus hijas.  
 vivido

☀ Su madre le dijo en varias ocasiones que ya no la aceptaría de regreso en la casa y que si ella había tomado la decisión de irse a vivir con él, pues ahora debía aferrarse, que buscaran ayuda para que él cambiara, para que los ayudaran como pareja pero que siguieran juntos.

**Pareja**

☀ Describe que ha pasado por eventos muy dolorosos como violaciones, golpes, maltrato físico y psicológico de parte de su primer pareja sexual, padre de su hijo de 4 años, quien además es alcohólico, la dejaba 2 o 3 días sin comer y no le permitía salir de la casa, además él maltrataba al bebé desde que era pequeñito, le gritaba y pegaba, una vez cuando su bebé tenía 4 meses de edad, después de una golpiza que le dio a la paciente se le fue encima con una almohada para matarla, la trató de asfixiar, le decía muérete maldita y déjame ya en paz, cree que lo que lo detuvo fue el llanto de su bebé, quien al fastidiarlo le quitó la almohada a ella y se fue contra el pequeño, al cual aventó de la cama.

**Madre** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**Generados hacia:**

B) Sentimientos **La madre**  
 de **culpa**  
 (coraje, enojo)

☀ Describe sentir mucho rencor y coraje hacia su padre biológico por lo que le hizo a su madre.

☯ Cuando ella tenía 13 años conoció al padre de su primer hijo,

el cual tenía 23 años y le propuso que fueran novios, cuando ella se los comunicó a sus padres ambos manifestaron su desacuerdo, especialmente su madre, quien le dijo que era muy chica para andar con un vejstorio y que a su edad para lo único que estaba era para estudiar y tener amigos pero que tenía prohibido andar con eso de los novios. La paciente se enojo mucho con su madre y le empezó a tener coraje, pensaba...” ¿Por qué se mete tanto en mi vida?

☉ Tiempo después empezó a sentirse muy triste y ambivalente hacia su madre ya que a pesar de la violencia que vivía en su relación de pareja, esta manifestó una reacción de no apoyo hacia ella.

☾ La paciente también refiere sentirse culpable porque se involucró sexualmente con su cuñado, dice no haberlo hecho ni siquiera por deseo sino por lastimarlo por ser hombre, aunque reconoce que la más lastimada fue ella ya que ahora se siente culpable con su hermana de 20 años quien la ha apoyado demasiado, teme y sabe que lo que pasó tarde o temprano se va a descubrir y esto ocasionará graves consecuencias con toda su familia quienes ya no la van a querer y no se lo van a perdonar.

**La pareja** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**El hijo** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**En relación con:**

C) Dificultades **Su madre**

para la **♣** Expresa su deseo de mejorar la relación que tiene con sus  
reparación padres.

- ♣ Narra sentimientos de tristeza y ambivalencia hacia su mamá por la reacción que no tuvo de apoyo hacia ella.

### **Su pareja**

- ♣ Menciona que la motiva iniciar un proceso psicoterapéutico ya que desea poder mejorar su relación de pareja
- ♣ Refiere que desde que dejó al padre de su primer hijo siente mucho coraje y enojo, constantemente sueña con él maltratándola, violándola y pegándole, presenta dificultades para dormir, de repente cuando está despierta se le vienen imágenes a la cabeza de lo que él le hacía y se siente triste pero a la vez enojada porque dice que en aquel entonces era una niña y no se pudo defender, que ahora le dan ganas de encontrárselo y golpearlo como él lo hacía con ella.
- ♣ Su pareja actual conoce todo lo que el padre del primer hijo de la paciente le hacía a ella, de hecho reconoce que las peleas en la actualidad con su pareja son por dicha situación ya que los miedos y recuerdos que ella tiene de esa situación no le permiten tener una buena relación, identificando que muchas de sus reacciones hacia él son por el temor de que le haga lo mismo que le hacía el padre de su primer hijo.
- ♣ Señala que al único hombre que ha deseado sexualmente es a su actual pareja, sin embargo los recuerdos no la dejan, a veces cuando..."tenemos intimidad"... ella se pone a llorar porque se siente sucia, piensa que al desear se siente sucia a la vez, con asco, a pesar de que reconoce que él siempre la ha respetado y que si ella no quiere tener relaciones sexuales él respeta dicha decisión, a veces aún cuando ella si quiere, se le vienen los recuerdos y al estar teniendo relaciones sexuales empieza a llorar, él la acaricia y le pide disculpas diciéndole..."perdón chaparrita, no te quiero lastimar"...



<p><b>Sesión 2,</b> <b>25/05/06</b></p> <p><b>A) Compulsión</b> <b>a la repetición</b> relacionada con el <b>maltrato</b> <b>materno</b> que la paciente ha vivido</p> <p><b>B) Sentimientos</b> de <b>culpa</b> (coraje, enojo)</p>	<p><b>Su hijo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Dice que la motiva estar bien con sus hijos.</li> </ul>
	<p><b>En relación a comportamientos como:</b></p> <p><b>Persona</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☀ Hubo un tiempo en el que ella se va de la casa de su madre, en ese inter tanto su madre como su hermana supieron que era amante de su cuñado, así que a pesar de que tiempo después la volvieron a recibir en la casa, pues los tratos subsecuentes fueron malos y agresivos.</li> </ul> <p><b>Pareja</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☀ Refiere que también ha habido violencia en la relación con su pareja actual, él la ha aventado y ella le ha arrojado cosas, así mismo se han dicho groserías.</li> </ul> <p><b>Madre</b> CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN</p> <p><b>Generados hacia:</b></p> <p><b>La madre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☉ Se siente culpable ya que se involucró sexualmente con su cuñado, a pesar de que ha recibido el apoyo de su hermana y su pequeña sobrina con Síndrome de Down.</li> <li>☉ Comenta que meses después de hacerse novia de su segunda pareja se embaraza, teniendo un aborto a causa de una caída en la azotea por andar colgando ropa, refiere sentimientos de</li> </ul>

culpa ya que al darse cuenta su madre de que empieza a sangrar, la lleva con un tía para que le de un te y saque a todo el producto, sin embargo al ponerse mal físicamente la llevan al hospital, ahí le dicen después de hacerle un ultrasonido que parte del bebé sigue adentro y que le harán un legrado, hecho que la hace sentir culpable ya que le comentan que de haber llegado a tiempo había posibilidades de salvar al bebé.

☉ Dice que los médicos sospechan que en su actual embarazo puede haber un mal congénito en el bebé, el cual es caracterizado por tener agua en el cerebro, hecho que la hace sentir culpable porque piensa que Dios la ha castigado con eso por todos los malos comportamientos que ha tenido con su madre y hermana.

**La pareja** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN  
**El hijo** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**En relación con:**

C) Dificultades **Su madre** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN  
 para la **Su pareja**  
**reparación**

♣ La relación con su esposo mejoró, dice que esta vez si él se enojaba prefería darle el avión y esperar a que se tranquilizara para no discutir “feo” como lo acostumbran hacer.

**Su hijo**

♣ La paciente describe que su semana estuvo mucho mejor que la pasada, hizo un gran esfuerzo por tratar mejor a su hijo.

**Sesión 3,  
01/06/06**

**En relación a comportamientos como:**

**A) Compulsión Persona**

**a la repetición**

**maltrato materno** que la paciente ha vivido

☛ Comenta que la historia de su mamá es mucho más difícil que la suya ya que sus abuelos eran teporochos y no se hacían cargo de sus hijos, a veces tenían que dormir en la calle, en el piso o esperar a que alguien les diera caridad para comer o pasar el rato. Ellos tuvieron 8 hijos, siendo su madre la tercera de 7 mujeres y habiendo solo un hijo varón que ocupaba el último lugar de los hermanas. Sin conocer con certeza la verdadera razón, la paciente relata que su madre y su tío fueron los más maltratados físicamente por sus padres, a partir de los 9 años su madre fue violada en varias ocasiones por un hombre que les daba caridad a sus padres y dejaba que toda la familia se durmiera en el piso de su casa, la cual estaba en un pueblo llamado Margarita de Lima, después, a los 11 años sus padres la casaron por conveniencia con un señor mayor que ella por más de 10 años, él le pegaba, a la edad que ahora tiene la paciente su madre tenía ya 4 hijos varones, vivían en Veracruz, poco tiempo después mataron a su esposo, el cual era policía; al no tener el apoyo de nadie su madre acompañada de sus 4 hijos se vino de aventón a México y aquí conoció al padre de la paciente.

☛ Supone que su madre no deseaba que ninguna de sus hijas viviera lo que ella vivió en su infancia y adolescencia, las quería cuidar y no las dejaba salir, sin embargo la hermana de la paciente recibió más libertades que la llevaron al alcohol, drogas y promiscuidad, así como a golpear a su madre, hecho que repercutió en la paciente ya que al ser la menor se le restringieron las salidas,

hecho que generó en ella enojo hacia la madre y coraje por tener que “pagar los platos rotos” de la hermana.

☛ La paciente piensa que la historia de su madre y la de ella se parecen pero que la de su madre ha sido más trágica. Comentó que cuando era niña su mamá la insultaba diciéndole cosas que ahora no recuerda pero sabe que le dolían, además le pegaba mucho al grado de que ella ya no lloraba con los golpes y solo pensaba que era mejor que su madre se desquitara y la usara a ella para hacerlo porque después estaría más tranquila, sin embargo cuando su mamá dejaba de pegarle se encerraba en su cuarto se tapaba con una almohada (para que su mamá no la escuchara) la cara y empezaba a llorar desesperadamente, había veces que para demostrarle que no le dolían los golpes se reía delante de su mamá.

**Pareja** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**Madre** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**Generados hacia:**

B) Sentimientos **La madre**

de **culpa** ☛ No tiene claridad acerca del sentimiento que le provocaban (coraje, enojo) los maltratos de su madre, aunque inicialmente dice que le tenía coraje por eso.

**La pareja** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**El hijo** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**En relación con:**

**C) Dificultades Su madre**

para la **reparación**

♣ Dice entender el maltrato que su madre le hacía, el cual justifica argumentando que era por su bien, ahora “la entiende” porque es madre.

Intenta salvar a su madre a pesar de que reconoce lo agresiva que es, diciendo que también ha sido una mujer muy luchona y trabajadora que los ha sacado adelante

**Su pareja** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**Su hijo**

♣ Refiere que su pequeño hijo de 4 años se comporta como ella lo hacía con su madre a la edad de 9 años, le contesta, no obedece y la paciente teme que su futura hija (hecho que no tiene aún claro por el ultrasonido pero que desea que sea mujer) pase por lo mismo que ella pasó; ante esto manifiesta su deseo de no repetir los mismos errores que su madre cometió con ella, así como los que ha tenido con su primer hijo.

**Sesión 4,  
08/06/06**

**En relación a comportamientos como:**

**A) Compulsión Persona**

**a la repetición**

relacionada con

☼ Expresa un sentimiento de rechazo y minusvalía que es muy constante cuando pelea con su pareja actual, reconoce que ya lo

el **maltrato materno** que la paciente ha vivido tenía desde antes, que de hecho esa fue una de las razones por las cuales salió de su casa al no sentirse aceptada primero por su familia, después sentía lo mismo por parte del padre de su primer hijo.

☛ Ella se asume como fracasada por el embarazo, rechazada por la gente al pensar que los hombres creen que es presa fácil dado que es una madre joven, aunado a que la madre le reafirma implícitamente que no es merecedora de una pareja ya que esta se puede arrepentir porque ya es madre.

☛ Recuerda que el día que su pareja actual fue ha hablar con sus padres la madre de ella le preguntó en varias ocasiones a él que si en verdad quería estar con su hija, que ella ya tenía un hijo y que no le gustaría que después se fuera a arrepentir.

**Pareja** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN  
**Madre** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**Generados hacia:**

B) Sentimientos de **culpa** (coraje, enojo)  
**La madre** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN  
**La pareja** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN  
**El hijo** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**En relación con:**

C) Dificultades para la **Su madre** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**reparación**

**Su pareja**

♣ Ha tenido menos problemas con su pareja, así como que no ha habido discusiones violentas como antes. Sin embargo evidencia que más que resolver ha tratado de aguantarse los enojos y sensaciones desagradables para no pelear.

**Su hijo**

♣ Comentó que su semana estuvo bien, está contenta porque su carácter está más tranquilo y eso lo ve en que ya no le pega tanto a su hijo ya que no quiere repetir la historia de su mamá a pesar de que sabe que hay muchas coincidencias entre ellas, por ejemplo, que cuando su tutor se hizo cargo de ella tenía 2 años, la misma edad de su hijo cuando su pareja actual le propuso formar una familia, así como que ella le ha pegado a su hijo como su mamá lo hacía con ella; dice querer frenarlo pero no saber bien como, solo sabe que quiere una familia bien.

**Sesión 5,  
15/06/06**

**En relación a comportamientos como:**

A) <b>Compulsión a la repetición</b> relacionada con el <b>maltrato materno</b> que la paciente ha vivido	<b>Persona</b>	CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN
	<b>Pareja</b>	CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN
	<b>Madre</b>	CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**Generados hacia:**

**B) Sentimientos La madre**

de **culpa**  
(coraje, enojo)

☉ Refiere que la mayor parte del día se la pasa en casa de su mamá, hecho que a veces le reclama su pareja, quien le dice que para eso tiene su casa, que haga cosas ahí, pero ella se siente sola y prefiere levantarse, tender su cama, escombrar la casa e irse con su mamá porque ahí se siente a gusto.

**La pareja** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**El hijo** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**En relación con:**

**C) Dificultades Su madre**

para la **reparación**  
(Reparaciones  
maníacas)

♣ La paciente nota una mejoría en la relación que tiene tanto con su mamá como con su hermana mayor.

♣ Me pregunta que si yo sé o puedo atender a personas que se drogan, que ella desea ayudar a sus hermanos, menciona que hace unos días uno de ellos le pegó a su mamá porque ésta le encontró en la combi donde él trabaja una lata de pvc, y al no querérsela regresar él la golpeó; expresa su deseo por ayudar a toda la familia.

♣ Cada vez entiende más a su mamá, ya no está molesta con ella, hasta quisiera ayudarla, incluso expuso su deseo de que un día en lugar de que ella entrara a sesión pudiera pasar su mamá, quien dice sentirse una mala madre, que solo ha conseguido que 4 de sus 7 hijos la agredan y golpeen físicamente.



**Su pareja**

- ♣ No ha habido violencia ni física ni psicológica con su pareja.
- ♣ Dijo ya no sentirse menos ni rechazada por su pareja actual al ser madre soltera, que ella es valiosa así hubiera tenido dos o tres hijos cuando lo conoció, ahora se da cuenta que él la quiere porque está al pendiente de que este bien, es responsable, ve al primogénito de ella como propio, le paga sus consultas a psicología porque sabe que la están ayudando, además le da su gasto y ahora la trata bien.

**Su hijo**

- ♣ Comenta que va muy bien con su hijo ya que no le ha pegado.
- ♣ Considera que la terapia le ha ayudado, percibe obtener beneficios al platicar y reflexionar sobre ella para estar más tranquila.

**Sesión 6,  
22/06/06**

**En relación a comportamientos como:**

A) **Compulsión a la repetición** relacionada con el **maltrato materno** que la **Persona** **Pareja** **CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN**

- ♣ La paciente se enojó con su pareja a consecuencia de que él no atendió rápidamente la enfermedad de su hijo, se lanzó contra él

paciente ha a darle golpes en la cara y el pecho a puño cerrado, él la intentaba  
vividó detener de los brazos y le pedía que se calmara, que se tranquilizara porque estaba embarazada y eso le podía hacer daño al bebé, finalmente le dijo que se iba y cuando estaba saliendo de la casa al cerrar la puerta la paciente lo empujó y le machuco uno de los dedos, él no le dijo nada solo que si le quería dar en su madre fuera de frente y no a las espaldas, ella se desesperó tanto que entonces se salió corriendo de la casa diciendo que necesitaba calmarse, que estaba desesperada. Ya en la calle se sintió más tranquila y pensó que a lo mejor él se había ido a arreglar el carro para llevarle dinero para el doctor del niño. Regresó a su casa y se lo encontró cargando al niño, él le decía ya mi amor, te vamos a llevar al doctor y te vas a componer, ella se enterneció con esto pero seguía molesta, sin embargo él la abrazó y le dijo que se calmara, que se dejara para hacer las cosas bien, que no quería dañarla y que quería al niño, así que finalmente lo llevaron a consulta en una farmacia similar. Ella recuerda que él no decía nada pero que mientras estaban en la sala de espera se le salían las lágrimas, así que cuando llegaron a la casa él le dijo que olvidaran lo que había pasado, que él quería cambiar y no repetir los errores de antes, que borrón y cuenta nueva; ha cumplido su propuesta, está más cariñoso y tierno, al pendiente y preocupado por la salud de la paciente y del niño, actuando como si nada hubiera ocurrido.

**Madre**

CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**Generados hacia:**

B) Sentimientos **La madre**

CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

de culpa (coraje, enojo)	<b>La pareja</b> <b>El hijo</b>	CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN
<b>En relación con:</b>		
C) Dificultades para la <b>reparación</b>	<b>Su madre</b>	♣ Se siente muy mal, piensa que fracasó y que no es capaz de cambiar realmente, que su neurosis no la deja. Volvieron a pasar por su cabeza ideas de que no vale la pena vivir, así como de su incapacidad para hacer las cosas bien.
	<b>Su pareja</b>	♣ Se siente culpable del problema que tuvo con su pareja, reconoce que más que la enfermedad de su hijo como tal, pues tuvo que ver su sensación de sentirse rechazada al percibir en su imaginación que él rechazaba a su vez a su hijo.
	<b>Su hijo</b>	CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN
<b>En relación a comportamientos como:</b>		
<b>Sesión 7,</b> <b>13/07/06</b>	<b>Persona</b>	☛ La paciente refiere haber tenido dificultades con su pareja ya que sintió que él al irse a jugar fútbol sin avisar no tuvo la precaución de dejarle dinero para preparar la comida, lo cual en el fondo encubría verdaderamente celos dada la minusvalía que la paciente percibe de sí, dicha situación la alteró tanto que se genera una discusión donde la madre de ella se involucra y ella al fantasear que él golpeara a su madre, reacciona golpeándolo a puño cerrado en la cara.
A) <b>Compulsión a la repetición</b> relacionada con el <b>maltrato materno</b> que la paciente ha vivido	<b>Pareja</b> <b>Madre</b>	

**Generados hacia:**

B) Sentimientos de culpa (coraje, enojo) **La madre** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN  
**La pareja**

☉ Manifiesta sentirse culpable dadas sus reacciones ya que en la realidad su pareja nunca la ha dejado sin comer, así mismo no le da motivos para que ella esté celosa. Reconoce su sensación de devaluación y minusvalía.

**El hijo** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**En relación con:**

C) Dificultades para la reparación **Su madre** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN  
**Su pareja** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**Su hijo**

♣ Expresa que una vecina le ha dicho a su hijo que su padre no es la pareja de su mamá, por tal motivo ambos decidieron que cuando el niño sea más grande le dirán la verdad, aunque no todo porque ella lo vivió cuando era niña ya que su mamá le hablaba muy mal de su padre y eso le generó dificultades, así que solo se concretará a decirle al niño que entre su papá y ella la relación no funcionó y por eso se dejaron, sin dar más detalles.

**Sesión 8,  
20/07/06**

**En relación a comportamientos como:**

<p><b>A) Compulsión a la repetición</b> relacionada con el <b>maltrato materno</b> que la paciente ha vivido</p>	<p><b>Persona</b> CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN</p> <p><b>Pareja</b> CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN</p> <p><b>Madre</b> CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN</p>
--	---

**B) Sentimientos de culpa** (coraje, enojo)

**Generados hacia:**

**La madre**

☉ Recuerda que antes de salirse de su casa y fugarse con el padre de su primer hijo, sentía que su mamá no la quería ni valoraba, que no le otorgaban los mismos derechos que a su hermana y que su mamá se ensañaba con ella, le pegaba muy feo, la insultaba y la trataba mal, por ello la paciente sentía que no la querían, además de la sensación de coraje a causa del trato diferenciado.

**La pareja** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**El hijo** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**En relación con:**

**C) Dificultades Su madre**

para la **reparación**  
(Defensas  
maníacas)

♣ Identifica que su madre la haya defendido ante la conducta “supuestamente irresponsable de su pareja” la semana pasada, la había hecho sentir muy bien y especialmente querida a pesar de todas las cosas, así como que ya era grande”... además agregó que ahora que su madre se fue a vivir temporalmente a otra casa porque hay visitas de familiares lejanos, ella misma le pidió que se fueran los 3 a esa casa, de tal suerte que la madre se pudiera hacer cargo de ella en términos de cuidados y reposo que requiere por su embarazo tan avanzado. La paciente piensa que su madre es una muy buena persona ya que ahora que su pareja fue a platicar con ella para pedirle una disculpa por lo que había pasado, ambos hicieron las pases y las cosas ya están bien entre ellos.

**Su pareja**

♣ Comentó que la semana fue favorable para ella ya que antes que actuar platicó lo que sentía con su pareja, dice que incluso él le comentó que eso les ayudaba mucho ya que notaba que cuando ella salía de su terapia la veía más tranquila, hecho que ella le confirmó y le dijo que el platicar la hacía sentir más relajada y desahogada. Así que a lo largo de la semana la paciente trató de controlarse y cada vez que sentía una duda o molestia por algo que hacía su pareja se lo preguntaba, le decía que hablaran incluso cuando no había una situación real de conflicto, por ejemplo para ver cómo se sentía, cómo le había ido en su trabajo, principalmente.

**Su hijo CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN**

**Sesión 9,  
03/08/06**

**En relación a comportamientos como:**

**A) Compulsión a la repetición** **Persona** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

relacionada con **Pareja**

el **maltrato materno** que la paciente ha vivido **☀** Teme que al requerir sus espacios en soledad y no querer salir tanto con su pareja actual, este a la larga adopte las reacciones que tenía el padre de su primer hijo en tanto que ya no muestre interés por ella ni por convivir juntos, lo cual le significaría una situación de rechazo, abandono y soledad.

**Madre** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**Generados hacia:**

**B) Sentimientos de culpa** **La madre** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

(coraje, enojo) **La pareja** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**El hijo** CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN

**En relación con:**

**C) Dificultades para la** **Su madre** **♣** Expresa que sus días en lo emocional fueron tranquilos, su

**reparación**

(Defensas  
maniacas)

madre ha estado al pendiente en todo momento de lo que le pasa y necesita.

**Su pareja**

♣ No han peleado ya que ambos están poniendo de su parte para estar bien, él por su lado la consciente, le lleva flores, la invita a salir a pasear o a caminar con su hijo al parque, sin embargo la paciente se ha percatado de que ahora siente la necesidad de estar sola y de pensar en como hacerle para cambiar su carácter ya que sabe que de no hacerlo muchas cosas en su vida pueden salir mal, concretamente teme que su relación de pareja se fracture en tanto que por su carácter no puedan arreglar los problemas, con respecto a su hijo desea no traumarlo como ella lo fue por su madre al ser ésta maltratadora con ella.

**Su hijo**

♣ Se ve al espejo y empieza a reconocerse físicamente como una mujer bonita, así como con deseos de que su hijo no la vea ni la recuerde como una mamá que siempre estaba en cama, acostada, llorando, deprimida, trata de arreglarse, jugar más con él y a pesar de que la sigue desesperando con algunas de sus conductas y de repente siente el deseo de pegarle, ahora hace grandes esfuerzos para evitarlo, además lo empieza a tratar de una manera diferente a la que ella fue tratada cuando niña. Manifiesta querer terminar la secundaria después de que nazca su bebé, así como estudiar después estilismo, quiere que sus hijos la vean como una buena madre, trabajadora y cariñosa.

♣ Comenta su deseo de que el sexo de su bebé sea femenino, cabe señalar que en 2 ultrasonidos le han dicho que es varón, supone que con ella podrá hacer todo lo que su madre no hizo,



	<p>asegurando de alguna manera la compañía que su primogénito no le dará por el hecho de ser varón y estar más desapegado de ella como mamá.</p>
<p><b>Sesión 10,</b> <b>10/08/06</b></p> <p><b>A) Compulsión a la repetición</b> relacionada con el <b>maltrato materno</b> que la paciente ha vivido</p> <p><b>B) Sentimientos de culpa</b> (coraje, enojo)</p> <p><b>C) Dificultades para la reparación</b></p>	<p><b>En relación a comportamientos como:</b></p> <p><b>Persona Pareja Madre</b></p> <p>CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN</p> <p><b>Generados hacia:</b></p> <p><b>La madre La pareja El hijo</b></p> <p>CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN CATEGORÍA NO ENCONTRADA EN LA SESIÓN</p> <p><b>En relación con:</b></p> <p><b>Su madre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>♣ Convive más con su madre, salen a caminar juntas y platican.</li> <li>♣ Se dio cuenta que a pesar de todos los maltratos que recibió en el pasado de parte de su madre, ahora puede ver que ésta esta haciendo todo lo posible por mejorar la relación con ella, así como</li> </ul>

portarse bien como antes no lo había hecho, lo cual si bien no le hace olvidar a la paciente el trato que le dio en el pasado, si le permite entender que a su madre nadie la apoyo psicológicamente y que tal vez antes, ella no pudo cambiar su manera de ser y ahora con las pláticas y cambios que ha visto en su hija, sí.

♣ Se ha dado cuenta que no necesita de su mamá ni de su pareja para sentirse bien, ahora quiere hacer las cosas por ella misma, se arregla, sale y está dispuesta a ir haciendo poco a poco cosas para sentirse mejor y así estar bien con su mamá, su hijo y su pareja, estando motivada para hacer una familia bien, reconociendo que ella es su principal motivación para sacar adelante todo lo que quiere.

♣ Ha reflexionado y se ha dado cuenta de que se siente mejor en general y que eso hace que haga las cosas de manera diferente, sabe que ya no siente ganas de morirse si no de vivir y hacer las cosas bien, ahora junto con su pareja le ha podido poner límites a su hijo, antes pensaba que no quería ser como su mamá y le daba y compraba todo a su pequeño lo que él quería, reconoce que le hizo daño ya que cuando ella se enojaba con el pequeño le pegaba, ahora sabe que la que manda en casa con respecto a su hijo es ella y su pareja ya que son los adultos.

#### **Su pareja**

♣ Comentó que su semana estuvo muy tranquila y que las cosas con su pareja se mantienen estables, está sorprendida porque no han tenido dificultades y ella ya no se ha vuelto a sentir triste o sin ganas de hacer las cosas como antes, dice que esta vez no necesitó estar sola y que accedió en todo momento a las invitaciones de su pareja para salir a pasear por las tardes.

#### **Su hijo**

♣ Mostró mayor disposición para jugar con su hijo.

♣ Estuvo pensando sobre el sexo de su bebé, concluyo que no importa si es nena o bebé, que lo que ella quiere ser es una buena mamá para sus hijos y que independientemente del sexo ella quiere cuidarlos, quererlos, darles amor, consejos y sugerencias para que sean personas de bien.

## CAPÍTULO IV - DISCUSIÓN

A manera de reflexión y comprensión de la forma en la que se ha trabajado el presente estudio de caso, se hace necesario iniciar esta discusión con algunas aclaraciones al respecto de la forma en la que se llevó a cabo el análisis, primeramente resulta notorio que las 3 categorías fueron divididas de manera estratégica y didáctica, el objetivo fue posibilitar el ver de manera clara y específica en la paciente la compulsión a la repetición, los sentimientos de culpa y las dificultades para la reparación en relación a comportamientos, sentimientos y personas hacia las cuales se expresaba de manera directa el conflicto; tales son obviamente su madre, la pareja, el hijo y ella misma.

Esto es importante dado que, por ejemplo, sentimientos de culpa y reparación están íntimamente ligados ya que los primeros en automático promueven los segundos, hecho que se ve claro en los cuadros del análisis de cada una de las sesiones ya que la información suele ser difícil de separar.

De igual manera encontramos que por la angustia de la paciente, esta utiliza mecanismos de desplazamiento del conflicto, que en el fondo podemos reconocer que tiene con su madre, lo anterior se hace evidente de manera continua hacia otros objetos cercanos e importantes emocionalmente para ella, es por eso que en ocasiones se puede percibir en los cuadros que a pesar de que se hable de circunstancias que la paciente vive o siente hacia su hermana mayor, padre biológico o psicológico, así como su cuñado, parece que en el fondo son una forma de manifestar las consecuencias que le ha dejado el maltrato físico y psicológico que le ha hecho su madre a lo largo de la historia de su relación, así como las dificultades que ha tenido para resignificar y reparar la violencia de la cual ha sido objeto.

Ahora bien, habiendo aclarado lo anterior podemos añadir que si bien la revisión de un marco teórico nos facilita la comprensión de fenómenos psicológicos a

nivel abstracto, como en este caso son las secuelas del maltrato materno, la importancia de las relaciones y vínculos entre padres e hijos, la forma en la que tienden a relacionarse las parejas, así como los sentimientos asociados a lo anterior y los mecanismos y procesos intrapsíquicos que se ponen en juego a nivel global bajo estas circunstancias, todo lo anterior nos lleva a tener un panorama general de cómo suelen ocurrir dichos fenómenos, sin embargo el reto en la Psicología Clínica es poder hacer uso de la información que aportan las investigaciones para tener una visión general del hecho, así como poner en práctica el método cualitativo que nos permite conocer más a fondo un caso que si bien bajo otras conceptualizaciones puede parecerse o agruparse dentro de una forma de ver la violencia, el maltrato, etc., pues para nuestros fines es único, diferente e irrepetible, lo que hace que la validez y significancia de los progresos a lo largo del tratamiento mas que ser demostrados de una manera científica y estadística, estén más bien en función de la percepción subjetiva de la paciente, así como de la comprensión de sus motivaciones personales inconcientes, mismas que la hicieron llegar al momento de vida en el que se encuentra actualmente.

Cabe señalar que siguiendo las razones expuestas previamente, este tipo de tratamientos basados en la psicoterapia emocional si bien cuentan con objetivos de trabajo, particularmente en este caso asociados a que la paciente describiera, conociera, asociara, analizara y finalmente sintetizara si existía una relación entre el maltrato materno que ha vivido, conque ella sea en la actualidad una madre maltratadora que a su vez se involucra con parejas que la maltratan tanto física como psicológicamente, así como con la presencia en ella de sentimientos de culpa hacia su madre, pareja e hijo a causa del maltrato y finalmente con las dificultades para reparar en su hijo, su pareja y su relación con su madre los daños psicológicos que ella sufrió en la infancia; pues lo que se concluye finalmente es que el alcance del tratamiento está en función de que tanto la paciente puede adquirir el autoconocimiento personal del porqué actúa como lo hace, haciendo concientes sus necesidades emocionales, permitiéndole este hecho liberarse de la condena de

repetir todo aquello que no ha entendido, optando por elegir cómo quiere ser, cómo desea vivir y relacionarse con los demás y no solo respondiendo o reaccionando a un conflicto intrapsíquico, resultado de las interacciones neuróticas y vínculos que se promovieron y gestaron en su infancia.

De manera específica a lo largo del tratamiento que constó de 10 sesiones se pudo observar que al inicio del mismo era notorio que la **compulsión a la repetición** se expresaba a flor de piel en la paciente, esto lo podemos observar desde su motivo de consulta, mismo que hace referencia a como ella se percata que de alguna manera sufre con lo que le pasa, manifestando claros síntomas de depresión, dándose cuenta además que lo que le ocurre es muy similar a lo que sabe y conoce que su madre vivió en su propia historia, así mismo el hecho del temor constante de estar sujeta a la violencia extrema a manos de su actual pareja, respondiendo más bien a la sensación de no haberse desprendido emocionalmente del padre de su primer hijo, hecho que nos habla de la dificultad que tiene en términos de funciones Yoicas para relacionarse con los objetos en tanto que no es capaz de ver a su actual pareja como independiente o diferenciada de la primera, así como la disminución y vulnerabilidad de funciones tales como dominio-competencia, regulación y control de impulsos y afectos, sintética integrativa, principalmente.

Todo esto en conjunto nos permite ver con claridad que la paciente es presa de su historia de vida, situación que no ha logrado entender y que repite, generándose en ella **sentimientos de culpa**, mismos que se manifiestan con coraje y enojo hacia su madre, pero también desplazados hacia otras personas o actividades que finalmente la hacen huir de su casa para buscar una situación emocional distinta a la que ha vivido y que conoce a la perfección, donde el abandono, maltrato físico y psicológico, rechazo, desprecio, son habituales y cotidianos, incluso hasta esperados por ella.

Parece entonces que lo que la paciente temía además, más que el ser castigada o ridiculizada tanto por su pareja como por su madre era el ser abandonada, es por ello que aceptaba lo que fuera de parte de ambos con tal de no serlo ya que no conocía otro tipo de interacción o vínculo y temía quedarse sola.

Cabe señalar que la paciente llega a estas reflexiones donde reconoce que muchos de sus comportamientos estaban en función de qué tanto podía dañar a su madre, quien a su vez la había dañado a ella, por lo que ayudándonos de la teoría expuesta por Klein (1939, citada en Klein, 1994) podemos entender cómo es que en esta adolescente se generan sentimientos de culpa por la sensación de haber dañado en la fantasía y en la realidad a su principal objeto de amor, siendo capaz con sus acciones de destruirlo, pero sin darse cuenta que finalmente la que se está destruyendo es ella misma en lo real pero a su madre interiorizada en lo simbólico, lo que le trae en consecuencia una fuerte depresión que viene acompañada de ideación suicida, cuyo origen es la culpa que siente a causa del conflicto que permanece con su madre, quien a su vez a la distancia sigue agrediéndola y no siendo empática con la vivencia de violencia que su hija tiene al lado de su primer pareja, sugiriéndole que se aferre a él y que luche por la relación ya que ella no puede recibirla nuevamente en su casa.

En términos de la **reparación** hubo dificultades para que se diera de manera genuina ya que a lo largo de las sesiones en consecuencia de todas las emociones con las que contacto la paciente al recordar, pensar y sentir sobre sus vivencias se incrementó invariablemente su angustia, de tal suerte que operaron defensas maníacas, haciendo la paciente esfuerzos considerables por sobrellevar su situación, intentando poner de su parte para “mejorar” la relación con su madre, pareja e hijo pero no resolviendo a través de una comprensión y resignificación de vivencias y sentimientos lo que ocurrió.

De manera clara se aprecia que conforme avanzan las sesiones de tratamiento el surgimiento en la paciente de defensas maniacas se maximiza, ya que los sentimientos de culpa y pérdida son tan grandes e intolerables que empieza a reparar pero sin resolver, más bien es un empeño por disminuir la angustia y la culpa depresiva a manera de defensa ya que el fin real no era como tal la reparación, sino más bien la disminución de la angustia, por lo que fue claro que este tipo de reparación no consiguió lo que se proponía que era aliviar el dolor subyacente, además de que no le proporcionó a la paciente una satisfacción real y duradera.

Conforme se acercaba el momento de la conclusión del tratamiento debido a que estaba próxima a parir, ella pudo reconocer una mayor comprensión y entendimiento de lo que le ocurría en comparación a cuando inició la psicoterapia, hecho que promovió la necesidad personal de la paciente de continuar con su proceso psicológico en otra institución así como la sensación de iniciar el conocimiento de una forma de vínculo diferente al que había vivido con su madre a través de la interacción con la terapeuta, llegando a decirle en una de las últimas sesiones ...”nadie me había escuchado como usted, ni tampoco me había hablado tan bonito”... (todo esto con lágrimas en los ojos, ver Anexo correspondiente a la *Sesión 10, 10/08/06, en itálicas*).

Fue claro además que ya hacia el último tercio del tratamiento disminuyó la compulsión a la repetición, así como los sentimientos de culpa incrementándose los mecanismos de reparación en la paciente, mismos que fueron anunciando y pronosticando, sin temor a equivocarme, que de seguir en psicoterapia, la paciente podría llegar a una elaboración y resignificación del maltrato materno que sufrió, así como a la reparación genuina que le permitiera lograr el deseo y necesidad que expresaba en la entrevista inicial y que hace referencia a no seguir haciendo lo que actuaba en términos de maltratar a su hijo, a su pareja, así como mejorar la relación con su madre, enfocándose además tal y como lo expresó en la última sesión de tratamiento a ella, para lo cual retomaré los siguientes fragmentos, mismos que son



significativos en función de lo hasta aquí expuesto: ver anexo correspondiente a la Sesión 10, 10/08/06, en *itálicas*).

*... "No necesito de mi mamá ni de mi pareja para sentirme bien, ahora quiero hacer las cosas por mí misma, me arreglo, salgo y estoy dispuesta a ir haciendo poco a poco cosas para sentirme mejor y así estar bien con mi mamá, mi hijo y mi pareja, estoy motivada para hacer una familia bien, reconozco que yo debo ser mi principal motivación para sacar adelante todo lo que quiero"...*

*... "He reflexionado y me he dado cuenta que me siento mejor en general y eso hace que haga las cosas de manera diferente, ya no siento ganas de morirme si no de vivir y hacer las cosas bien, ahora junto con mi pareja he podido ponerle límites a mi hijo, antes pensaba que no quería ser como mi mamá y le daba y compraba todo lo que él quería, pero le hice daño porque cuando me enojaba con él le pegaba"...*

*... "Estuve pensando en el sexo de mi bebé, no me importa si es nena o niño, lo que quiero es ser una buena mamá para mis hijos y que independientemente del sexo yo quiero cuidarlos, quererlos, darles amor, consejos y sugerencias para que sean personas de bien"...*

Como se pudo apreciar a lo largo del tratamiento, el avance de la paciente consistió en que esta pudiera disminuir los procesos proyectivos e integrar más su Yo al distorsionar menos la percepción de sus objetos, de modo que el objeto malo y el objeto ideal (su madre) se aproximaran el uno al otro, acrecentándose el sentido de realidad, así entonces en la medida que sus objetos internos se aproximan más a

las personas reales del mundo exterior, al analizar las relaciones del Yo con los objetos, internos y externos, y al modificar las fantasías sobre estos objetos es que pretendimos influir esencialmente sobre estructuras más permanentes del Yo de esta adolescente.

Cabe señalar que la solución de la depresión mediante la reparación es un proceso lento que le lleva al Yo mucho tiempo para adquirir fuerza suficiente como para confiar en sus propias capacidades reparatorias. Generalmente, como fue en este caso dado que se vio a la paciente en un periodo corto de tiempo, ésta inicialmente solo pudo superar el dolor mediante defensas maníacas que protegían al Yo de la desesperación total y estaban dirigidas específicamente a impedir la vivencia de ansiedad depresiva y de culpa.

De cualquier manera como se había mencionado con anterioridad ya hacia el final del tratamiento es notorio como el impulso de reparar ocasionado por los sentimientos de culpa deja verse más genuino en tanto que lo motiva la esperanza, el amor y el deseo de reparar para resignificar y facilitar un cambio en su vida a través del mejoramiento en la relación con la pareja, la madre y sus hijos.

Podemos hipotetizar además que todas estas necesidades fueron revividas en la paciente motivadas por su segundo embarazo, el cual de alguna manera al ser adolescente le cuestiona sobre qué quiere con su vida y como lo ya vivido hasta ese momento no la hacía feliz, afectando no solo su estado anímico y emocional sino también el trato e interacción que tenía para con los demás. Esta reflexión es valiosa ya que como se argumentó en el marco teórico cada persona a pesar de haber estado expuesta a situaciones similares de maltrato, abandono, etc., reacciona de manera diferente ya que las consecuencias del mismo son el producto de múltiples transacciones y no de datos únicos y aislados del maltrato, por lo que se hace necesario conceptualizar las consecuencias del mismo a partir del examen de las características del ambiente general de socialización, las características de

sensibilidad y vulnerabilidad del afectado así como la etapa de desarrollo, particularmente en este caso que la paciente cursara por la etapa de la adolescencia hace que su situación sea de buen pronóstico ya que las estructuras de personalidad se están fijando, hecho que implica que ella tenga la posibilidad de modificar de una manera más sencilla y flexible sus recursos, fortaleciendo su Yo así como teniendo la oportunidad de cambiar a tiempo su historia en términos de hacer consciente lo inconsciente.

Finalmente es necesario enfatizar que a diferencia de otro tipo de terapias y enfoques psicológicos, en este caso se lograron progresos significativos y rápidos en tan solo 10 sesiones a través del uso de intervenciones de encuadre, interrogación, clarificación, señalamiento, prescripción, sugerencias de reflexión, confrontaciones y escasas interpretaciones; hecho que si bien cuestiona los alcances de la intervención a nivel estructura de la personalidad y permanencia de los logros, pues de alguna manera también motiva y alienta el empleo de la Psicoterapia Breve para adolescentes con enfoque psicodinámico, ya que es evidente e incuestionable que de entrada hubo en la paciente un abatimiento sintomático, así como un reconocimiento personal de la presencia de malestar emocional egodistónico que funcionó como foco rojo para promover un cambio en el tipo de vínculos que establecía, agregado a que su situación emocional no comprometió su estancia en el INPer y pudo llegar a la resolución de su embarazo sin mayores complicaciones, optando por el esbozo de un plan de vida realista a corto plazo en el ámbito personal, familiar, de pareja y laboral, así como la necesidad personal de continuar con su proceso psicoterapéutico en otra institución para mantener los logros alcanzados y seguir en el camino del autoconocimiento.

Ahora bien, algunos se preguntarán si cualquier tipo de adolescente podría recibir y funcionar con este tipo de intervenciones dado el nivel de reflexión y autocrítica que exige la introspección, yo me atrevería a decir que existen altas probabilidades de que así sea, ya que el papel del psicoterapeuta para adolescentes

es primordial en tanto que empatiza, promueve y genera estas cualidades de pensamiento, así como que se lleven a cabo cambios en la manifestación conductual del paciente a través de las mismas intervenciones que a la vez tienen un propósito y objetivo terapéutico, por lo que no solo se requiere de la necesidad e interés personal del paciente de tener una motivación genuina para ingresar a la Psicoterapia, si no a la vez de un Terapeuta capacitado y entrenado en el conocimiento teórico, técnico y práctico acerca de la adolescencia y los principales problemas que aquejan a los jóvenes en esta etapa de la vida, sin olvidar que cada adolescente, cada historia y vivencia de los pacientes a pesar de ser similar es única, diferente e irreplicable y que está profundamente influenciada por el momento histórico, el tipo de vínculos que ha desarrollado así como por la percepción subjetiva de los eventos y las redes de apoyo social y modelos extrafamiliares con los que cuente el adolescente.

## CONCLUSIONES

Tomando en cuenta los objetivos planteados en la metodología del presente estudio de caso, podemos llegar a las siguientes conclusiones del mismo.

A través del discurso de la paciente a lo largo de la Psicoterapia, así como del uso de diversas herramientas psicológicas, la paciente logró describir, analizar y sintetizar; hechos que la llevaron a un autoconocimiento personal que le permitió reconocer que:

- ☉ El maltrato materno que ha vivido está relacionado con que ella sea en la actualidad una madre maltratadora y que se involucre con parejas que la maltratan tanto física como psicológicamente.
- ☉ El maltrato materno que ha vivido está relacionado con la presencia en ella de sentimientos de culpa hacia su madre, pareja e hijo a causa del maltrato.
- ☉ El maltrato materno que ha vivido está relacionado con las dificultades para reparar en su hijo, pareja y madre, los daños psicológicos que ella sufrió en la infancia.

Ahora bien, al percatarse de lo anterior ella puede decidir optar por una forma de vida distinta, interesándose en darle un significado diferente a lo vivido que le permita tener la “familia feliz” que siempre ha querido. Aunado a un deseo de vivir, mismo que toma una dirección distinta a las motivaciones iniciales en la paciente y que se manifestaban en síntomas asociados a depresión y deseos de quitarse la vida.

## REFERENCIAS

Aberastury, A. y Knobel, M. (1990). La adolescencia normal. Argentina: Paidós.

Blos, P. (1981). Psicoanálisis de la Adolescencia. México: Joaquín Mortiz.

Bowlby, J. (1997). La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Barcelona: Paidós

Brenner, Charles. (1983). Elementos fundamentales de psicoanálisis. Argentina, Buenos Aires: 5ª edición. Editorial libros básicos, S. C. A.

Castillo, C. López, C. Muñoz, C. & Rivera, J. (1992). Una aproximación a la conflictiva de la adolescente soltera embarazada. Barcelona: Paidós.

Crivillé, A. (1990). La sociedad, los profesionales y la familia del niño maltratado. Dinámica relacional. Infancia y sociedad, Vol 2, pp 75-91.

De la Fuente Muñiz, Ramón. (1959). Psicología Médica. México: D. F. Editorial Fondo de Cultura Económica.

Díaz-Sánchez Vicente. (2003). El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta Médica México. Vol. 139, Suplemento No. 1, pp 23-28.

Dutton, Donal G. (1998). The abusive personality. Violence and control in intimate relationships. Violence and victims. Vol 1 (3), pp 163-175.

Dutton, Donal G. (1995). The role of shame and guilt in the intergeneracional transmisión of abusiveness. Violence and victims. Vol 10 (2), pp 121-131.

Erikson, E. (1972). Sociedad y Adolescencia. México: Siglo XXI.

Flores, Formenti y colaboradores. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.DSM IV. Barcelona: Masson.

Goldberg, D. P. (1972). Detection of psychiatric illness by Questionnaire. Londres: Oxford University Press.

González Nuñez, José de Jesús y Rodríguez Cortés María del Pilar. (2002). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. México: Editorial Plaza y Valdés, S. A. de C. V.

González Nuñez, José de Jesús. (1997). Investigación circular para investigaciones de un solo caso. Revista Anual Alêtheia. Psicología y Psicoanálisis. Número 16, pp 11-14.

Grinberg, Leon. (1978). Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico. Argentina: Buenos Aires. Editorial Paidós.

Haapasalo, J. y Hamalainen, T. (1996). Childhood family problems and current psychiatric problems among young violent and property offenders. Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry. Finland.

Hernández Sampieri, Roberto y Fernández Collado Carlos. (1998). Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill.

Holden, George. (1998). The development of research into another consequence of family violence. Children exposed to marital violence: theory, research and applied issues. American Psychological Association. Washington, D. C.

Holtzworth- Monroe, Amy. (1997). A brief review of the research on husband violence. Aggression and Behavior, Vol 2 (1), pp 66-99.

Hotaling, Gerald T. y Sugarman, David. (1986). An análisis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. Violence and victims. Vol 1 (2), pp 101- 124.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2005). Cuadernos Demográficos en: [www.inegi.gob.mx/est/default.asp](http://www.inegi.gob.mx/est/default.asp)

Kempe, R. S. y Kempe C. H. (1979). Niños maltratados. España: Madrid. Ediciones Morata.

Kesner, John. (1997). Application of attachment theory to male violence toward female intimates. Journal of family violence. Vol 12 (2), pp 211- 228.

Klein, Melanie. (1994). Amor, culpa y reparación. Obras completas Melanie Klein. España, 2ª reimpresión. Editorial Paidós. pp 310-345.

Klein, Melanie. (1962). Sobre la teoría de la ansiedad y la culpa. Desarrollo en Psicoanálisis. Buenos Aires, Editorial Hormé.

Kunitz, S. J., Levy, J. E., Mc Closkey, J. y Gabriel K. R. (1998). Alcohol dependence and domestic violence as sequelae of abuse and conduct disorder in childhood, Child Abuse and Neglect, USA.

Lartigue, M & Vives, J. (1992). La formación del vínculo materno infantil: un estudio comparativo longitudinal. Revista Mexicana de Psicología, No 9, V (2), pp. 127-139.

Marcovich, Jaime. (1978). El maltrato a los hijos. El más oculto y menos controlado de todos los crímenes violentos. México: D. F. Editorial Edicol, S. A.

Martínez Roing, A. y De Paúl Ochotorena J. (1993). Maltrato y abandono en la infancia. España: Barcelona. Editorial Martínez Roca, libros universitarios y profesionales. pp 24, 26-27, 41-42, 45, 64, 67, 78, 95-96

Mc Cauley, J., Kern D. E., Kolodner, K., Dill L., Schroeder, A. F. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. Journal American Medical Association. USA.



Medina, Juan. (2002). Violencia contra la mujer en la pareja. Investigación comparada y situación en España. España: Valencia. Editorial Tiran Lo Blanch.

Medina-Mora, M. E., Padilla, G. P., Campillo, S. C., Mass, C. C., Ezban, M. Caraveo, J., Corona, J. (1983). The factor structure of the GHQ: A scaled version for a hospital's general practice service in México. Psychological Medicine, Número 13, pp 355-362.

Morales Carmona, Francisco y colaboradores. (2005). Concepto de salud psicológica. Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas. Editorial el Manual Moderno, Vol (1), pp 49-62.

Morales Carmona, Francisco y colaboradores. (2005). Psicología y atención psicológica institucional. Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas. Vol (2), pp 57-67.

Pino, M & Herruzo, J. (2000). Consecuencias de los malos tratos sobre el desarrollo psicológico. Revista Latinoamericana de psicología, No 3, V (2), pp. 253-275.

Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Vigésima segunda edición. Versión en CD- ROM, 1.0.

Secretaría de Salud. (2000). En <http://www.salud.gob.mx> ,060307, 23:30 hrs.

Segal, Hanna. (1989). La obra de Hanna Segal. Un enfoque Kleniano de la práctica clínica. México: 1ª Edición. Editorial Paidós Mexicana S.A. pp 19-46, 191-205

Segal, Hanna. (1992). Introducción a la obra de Melannie Klein. México. Editorial Paidós.

Silvern, L., and col. (1995). Retrospective reports of parental partner abuse: relationships to depression, trauma symptoms and self-esteem among college students. Journal of family violence. Número 10, pp 177-202.

Soriano, Andrés. (2001). Maltrato infantil. España: Madrid. Editorial San Pablo.

Traversa, María Teresa. (2000). Violencia en la pareja. La cara oculta de la relación. Washington, DC. Banco Interamericano de desarrollo.

Trianes, M. (2002). Estrés en la infancia: prevención y tratamiento. Madrid. Editorial Nancea

Váldez, N. (2002). Consideraciones acerca del estilo de apego y sus repercusiones en la vida terapéutica. [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art2b002](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art2b002)

Yela, C. (2000). El amor desde la psicología social. Madrid. Editorial Básica.

**Anexos**

**TRANSCRIPCIÓN DE LAS SESIONES EN ORDEN CRONOLÓGICO*****Sesión 1, 18/05/06***

Se inició la sesión haciendo un encuadre terapéutico breve pero muy específico sobre cuestiones de días en los que se llevaran a cabo las sesiones, horario, honorarios (paquete de psicología), tiempo aproximado de las mismas, objetivos de la terapia, duración de la misma, avisar cuando tenga un contratiempo y no pueda asistir así como la sesión de cierre después de su parto.

Ante la pregunta inicial de que la motivaba a iniciar un proceso psicoterapéutico respondió que desea poder mejorar su relación de pareja, estar bien con sus hijos y su esposo así como mejorar también la relación que tiene con sus padres.

Comentó de primera instancia que su historia de vida es muy difícil, que ha pasado por eventos muy dolorosos como violaciones, golpes, maltrato físico y psicológico de parte de su primer pareja (sexual, padre de su hijo de 3 años) así como situaciones de violencia intrafamiliar de parte de su padre biológico quien maltrataba a su madre, la golpeaba y le robaba su dinero ya que en aquel tiempo (cuando la paciente tenía 3 años) él no trabajaba, además era alcohólico y no se preocupaba ni por el bienestar físico de sus hijas (por ejemplo, una vez su hermana tenía mucha fiebre y una de sus cuñadas, esposa de uno de sus hermanos le decía a su padre de la paciente que la llevaran al médico, él se concretó a decir que se esperara a que llegara su mamá, su cuñada de 13 años en aquel entonces tomó la decisión de llevarla al médico con el gasto que le había dejado su hermano, ahí internaron a su hermana y el médico dijo que por la alta fiebre su hermana estaba a punto de tener un daño cerebral) ni por sacarlas a pasear. La paciente dice tener recuerdos muy claros de aquel tiempo, mismos que aún a la fecha le siguen doliendo, que le producen mucho rencor y coraje hacia su padre psicológico.

Tiempo después de que sus padres terminan la relación su madre inició una nueva con el que la paciente considera su padre psicológico, al cual ocasionalmente llama..."mi tutor"... lo describe como una persona atenta de ellas, cariñosa y preocupada por calzarlas, vestirlas y darles estudios, ..."lástima que nosotras no quisimos estudiar"... así como que las cuidaba de que estuvieran bien no solo física sino psicológicamente, recuerda que las llevaba a pasear por lo menos cuatro veces al año, iban de viaje principalmente a playas como Acapulco, Cancún o a Guadalajara porque su padre tiene familia por allá.

Los problemas empezaron cuando ella tenía 13 años, iba en 1º de Secundaria cuando conoció a su primer pareja de 23 años y él le propuso que fueran novios, La paciente dice que aceptó y que cuando se los comunicó a sus padres ambos manifestaron su desacuerdo, especialmente su madre le dijo que era muy chica para andar con un vejestorio y que a su edad para lo único que estaba era para estudiar y tener amigos pero que tenía prohibido andar con eso de los novios. La paciente se enoja mucho con su madre y le empezó a tener coraje, pensaba..." ¿Por qué se mete tanto en mi vida? Si ahora lo hace lo hará siempre..." aunque conscientemente pensaba que anteriormente no se había comportado así, sin embargo reconoce que a veces aunque no hayan ocurrido las cosas actúa o se comporta por la idea que se le mete en la cabeza como si dicha idea fuera cierta.

Meses después aunque no estaba ni enamorada ni convencida de hacerlo se fue a vivir con su primer pareja a un departamento de interés social en Cuautitlán Izcalli, dice que cree haber hecho esto porque para ese entonces ya estaba muy enojada con su madre y le tenía mucho coraje por meterse en su vida; tan solo llevaba dos meses viviendo con él cuando se dio cuenta que había sido una mala decisión ya que él era alcohólico, le pegaba, la violaba, la dejaba 2 o 3 días sin comer y no le permitía salir de la casa. Después de ese tiempo pudo salir, lo que hacía era ir a visitar a su madre, por un lado para que le invitaran aunque fuera un taco, por otro para platicar aunque no fuera de manera específica pero si le hacía saber que no estaba a gusto y quería regresar a su casa, lamentablemente para la paciente su madre le dijo en varias ocasiones que ya no la aceptaría y que si ella

había tomado esa decisión ahora se aferrara a él, que buscaran ayuda para que él cambiara, para que los ayudaran como pareja pero que siguieran juntos.

Cree que no le platicaba a su mamá bien lo que ocurría porque tenía miedo de que por defenderla sus hermanos fueran a hacer una locura, dice que se puso en el lugar de sus hermanos y que a ella no le gustaría que siendo ellos hombres alguien les hiciera lo que imaginaba que sus hermanos le harían a su primer pareja (golpearlo). Nuevamente actuó pensando en que algo ocurriría sin tener antecedentes de que sus hermanos reaccionaran de esta manera.

Tenía aversión al sexo, dice que le daba asco estar con él, que le decía que no quería pero él la tomaba a la fuerza y con más enojo ya que la paciente le decía que le daba asco, posterior a la relación sexual ella se sentía (y hasta la fecha se siente) sucia. Tiempo después se embaraza y pensaba que a lo mejor su primer pareja cambiaría cuando naciera su bebé, pero la realidad no fue así, dice que incluso él maltrataba al bebé desde que era pequeñito, le gritaba y pegaba; una vez cuando su bebé tenía 4 meses de edad después de una golpiza se le fue a la paciente encima con una almohada para matarla, la trató de asfixiar, le decía muérete maldita y déjame ya en paz, cree que lo que lo detuvo fue el llanto de su bebé, quien al fastidiarlo le quitó la almohada a ella y se fue con el pequeño, al cual aventó de la cama. Después de ese evento la paciente habló con su madre, la cual al verla golpeada solo le dijo déjalo, vente con nosotros. La paciente no levantó ninguna demanda porque tenía miedo de que él se desquitara con su familia ya que frecuentemente la amenazaba de que algo les haría si ella hablaba.

Cabe señalar que el discurso previo fue relatado con un afecto congruente asociado al mismo, sin embargo al preguntarle como se sentía con esta situación que narraba la paciente comenzó a llorar, dicho llanto no le impedía hablar.

La paciente reporta que desde aquel entonces siente mucho coraje y enojo, que constantemente sueña a su primer pareja maltratándola, violándola y pegándole, por lo que presenta dificultades para dormir, que de repente cuando está despierta se le vienen imágenes a la cabeza de lo que él le hacía y se siente triste pero a la vez enojada porque dice que en aquel entonces era una niña y no se pudo

defender, que ahora le dan ganas de encontrárselo y golpearlo como él lo hacía con ella.

Una vez ya viviendo con sus padres nuevamente dice que le pasaron por la cabeza las ganas de quitarse la vida, sin pensarlo mucho empezó a cortarse las venas con un espejo, su madre la encontró y la llevó inmediatamente con el médico, posteriormente la vio un Psicólogo, la paciente reporta desagrado por las terapias, recuerda que el Psicólogo mientras ella llevaba un rato hablando la interrumpía y le decía que el tiempo se había acabado que lo retomarían la siguiente sesión, así mismo que no le decía que hacer y eso a ella la desesperó.

Seguía sintiéndose igual: muy triste y ambivalente hacia su mamá por la reacción que no tuvo de apoyo hacia ella, a pesar de que para aquel entonces las cosas ya eran diferentes.

Conoció después a su pareja actual, él tiene 20 años, anduvieron de amigos un año y después se hicieron novios, él le dijo que se haría cargo de ella y su bebé, se fueron a vivir juntos, la paciente comenta que su pareja actual ha tenido también una historia de vida difícil, su madre le pegaba entre otras cosas. Ella cree que por esa razón él está muy interesado en tener una familia bien ya que no quiere repetir el modelo que él tuvo en su propia familia donde su padre los abandono y su madre era violenta. Relata que la ha ayudado mucho, la aconseja, la entiende, es cariñoso, de hecho la apoya en que asista al psicólogo porque él sabe que la paciente necesita ayuda. Su pareja actual sabe todo lo que su primer pareja le hacía a ella. La paciente dice que las peleas que llegan a tener es por su primer pareja y por los miedos y recuerdos que ella tiene de él, los cuales no le permiten tener una buena relación con su pareja actual ya que muchas de sus reacciones hacia él son por el temor de que su pareja actual le haga lo mismo que le hacía su primer pareja, a pesar de que ella reconoce que su pareja actual nunca se ha portado de esa manera, que nunca le ha pegado y que aunque es muy enojón él prefiere salirse momentáneamente de la casa para tranquilizarse y no volcar sus sentimientos contra la paciente o el niño porque sabe que ellos no tienen la culpa. Sin embargo la paciente aunque quiere no puede dejar de recordar el maltrato de su primer pareja,

narra que la semana pasada su pareja actual la invito a cenar acompañada de su hijo (al cual su pareja actual considera propio y lo llama así, mi hijo) y que de repente ella lo volteó a ver y vio la cara de su primer pareja, desde ese momento empezó a sentir miedo y se enojó, cuando llegaron a la casa dice que él intento abrazarla pero ella sintió que a lo mejor le quería pegar, entonces ella se le fue encima, lo tiro al piso y lo empezó a golpear con el puño cerrado, dice que todo el tiempo pensó que era su primer pareja, hasta que llegó uno de sus sobrinos y le decía cálmate tía, cálmate, su pareja actual lo único que hacía era decirle que se tranquilizara pero ella no podía. Ahora está arrepentida porque nuevamente actuó pensando que algo le pasaría sin tener un antecedente o señal real de que realmente su pareja actual le podía pegar ya que nunca lo ha hecho.

Sexualmente tiene dificultades, comenta que cuando dejó a su primer pareja se empezó a juntar con muchos amigos y que pensaba que todos los hombres eran iguales, los empezaba a detestar, de hecho se siente culpable porque en una de esas se metió sexualmente con su cuñado, dice no haberlo hecho ni siquiera por deseo sino por lastimarlo por ser hombre, aunque reconoce que la más lastimada fue ella ya que ahora se siente culpable con su hermana de 20 años quien la ha apoyado demasiado, teme y sabe que lo que pasó tarde o temprano se va a descubrir y esto ocasionará graves consecuencias con toda su familia quienes ya no la van a querer y no se lo van a perdonar. Dice que al único hombre que ha deseado sexualmente es a su pareja actual, sin embargo los recuerdos no la dejan, a veces cuando... "tenemos intimidad"... ella se pone a llorar porque se siente sucia, piensa que al desear se siente sucia a la vez, con asco, a pesar de que reconoce que su pareja actual siempre la ha respetado y que si ella no quiere tener relaciones sexuales el respeta dicha decisión, a veces aún cuando ella si quiere, se le vienen los recuerdos y al estar teniendo relaciones sexuales empieza a llorar él la acaricia y le pide disculpas diciéndole... "perdón chaparrita, no te quiero lastimar"...

Se siente confundida, por un lado quiere salir adelante pero por otro a veces describe sentirse sola como en un cuarto oscuro, pequeño y con la imposibilidad y desesperación de salirse de ahí, han pasado nuevamente por su cabeza las ideas



de matarse, dice que de poder hacerlo lo haría pero la detiene su familia, sus hijos.

Cerramos la sesión recapitulando los temas abordados en su discurso, así como clarificando cual es mi función como psicóloga en este proceso, le explique que la voy a acompañar a lo largo de la psicoterapia pero que finalmente el trabajo es de ella, le señale que era importante que a lo largo de la semana reflexionara sobre lo que habíamos platicado y termine haciéndole la pregunta de cómo se sentía, me respondió entre lágrimas que un poco más tranquila ya que había podido platicar de cómo se sentía, cosa que comúnmente no hace porque no tiene con quien, me agradeció con insistencia el que la escuchara.

### ***Sesión 2, 25/05/06***

La paciente inicia la sesión platicando que su semana estuvo mucho mejor que la pasada, hizo un gran esfuerzo por tratar mejor a su hijo y a su esposo, dice que esta vez si el se enojaba prefería darle el avión y esperar a que se tranquilizara para no discutir "feo" como lo acostumbran hacer. Le señale que era importante que se percatara de que entonces si puede manejar sus emociones de una manera menos impulsiva pero que así mismo dado que su historia de violencia llevaba un tiempo considerable, pues en una semana muy probablemente las cosas de fondo no cambiarían, sin embargo le felicité su iniciativa y motivación para hacer las cosas diferentes.

Comentó que inicialmente se fue a vivir con su primer pareja a Cuautitlán Izcalli, trabajaba en una zapatería cerca de su casa, cuando se embarazo él se la llevó a vivir con la familia de su jefe a Huixquilucan, su primer pareja trabajaba como policía auxiliar, esta familia la trataba bien, incluso ella se encariñó con ellos, sin embargo las agresiones continuaron incluso ahí, que fue cuando él la intentó asfixiarla con la almohada y tiró a su hijo que en ese entonces tenía 4 meses de nacido. Después la paciente se regresó a casa de sus padres quienes la apoyaron incondicionalmente, nuevamente empezó a trabajar en una zapatería, en esa casa

vivían sus papás, su hermana de 10 años, su hermana mayor, su cuñado, la hija de ellos que tenía Síndrome de Down y solo vivió 2 años, ella y su bebé.

Recuerda que al poco tiempo de haber regresado a esa casa su cuñado le empezó a coquetear, le decía que estaba muy bonita y que quería formar una familia con ella, la paciente dice que se sentía culpable y que se negaba a tener algo que ver con él ya que pensaba que el debía estar con su hermana y que su hija que estaba “malita” lo necesitaba, ella se daba cuenta que ellos se desesperaban y se distanciaron por causa de lo demandante que era su hija.

Una noche su cuñado se metió a su cuarto, la paciente estaba dormida y se despertó cuando él la estaba tocando, ella se espantó y lo aventó, se dio cuenta entonces que estaba desnudo, le dijo que la deseaba, que la quería y que podrían formar una familia, la paciente no quería pero siente que accedió porque para empezar él le parecía guapo y atractivo, por otro lado le dijo palabras bonitas sobre cosas que ella deseaba en la vida como formar un hogar, entonces accedió pero dice que las relaciones sexuales que aproximadamente fueron 4 o 5, quizá una vez a la semana, fueron desagradables para ella, no las disfrutaba en especial la penetración, dice que recordaba las violaciones de su primer pareja, y que incluso no lo dejaba terminar porque ya no quería, refiere que solo dos veces él se ...“vino”... dentro de ella lo que ...”gracias a Dios, no me dejó embarazada”... Después la paciente decidió terminar esta situación, ella y su cuñado se comunicaban por carta, ella le decía que no era justo para su esposa y que él debía estar con su hija que lo necesitaba, él le respondía que quería formar una familia con ella, un buen día su hermana encontró las cartas, la paciente piensa que su hermana sospechaba que ella era la amante pero que no lo supo en aquel entonces con certeza, la paciente por vergüenza y miedo a ser descubierta se fue de la casa de sus padres y regresó con la familia de los jefes de Su primer pareja con la que vivió años atrás. Ahí estuvo cerca de un mes, trabajaba en otra zapatería y la señora le hacía favor de cuidar a su hijo. Lo raro del asunto es que días después de haber llegado a esa casa Su cuñado se apareció, ella no sabía que esos señores eran tíos de él, por ese motivo ella se sale de ahí y regresa a casa de sus padres, el problema

fue que en ese inter tanto su madre como su hermana supieron que era ella la amante de Su cuñado, así que a pesar de que la recibieron los tratos subsecuentes fueron malos y agresivos, además Su cuñado inventó que ellos habían vivido juntos durante ese mes que ella se salió de la casa. Menciona que cuando ella se sale de ahí, su hermana y cuñado se van a rentar a otro lugar pero que cuando ella regresa ellos también lo hacen.

Días después su cuñado se le vuelve a insinuar pero ella ya no accede a sus coqueteos. Su hijo cumple dos años y en la fiesta conoce a su pareja actual, quien desde ese momento se empezó a acercar mucho a ella en plan de amigos, duraron un largo tiempo así (casi un año) cuando él propone que sean novios, ella accede, todo esto ocurre en el mes de Marzo y para Junio tuvieron por primera vez relaciones sexuales, La paciente cuenta que cuando su mamá le daba permiso de salir con él, ellos se iban a casa de él, dormían al niño y hacían el amor, ella recuerda que eran experiencias agradables al principio, que las disfrutaba, pronto quedó embarazada, su pareja actual se emocionó mucho, quería formar una familia con la paciente así que inmediatamente se hizo cargo, sin embargo no le dijeron a nadie y un día alrededor de los 3 meses de gestación, la paciente al estar tendiendo ropa en la azotea se calló, a las tres horas salió con su madre a visitar a una tía y en el camino empezó a sangrar, fue ahí cuando su madre se dio cuenta del embarazo, no le dijo nada pero la llevó con una partera quien le dijo que ya había aventado al bebé, así que le dio un té para que arrojara todo, la paciente se puso muy mal, en la noche su pareja actual fue a verla y la llevó al médico, ahí le hicieron un ultrasonido, le dijeron que la cabeza del bebé seguía adentro por lo que le tenían que hacer un legrado, además se sintió culpable porque le dijeron que si ella hubiera acudido temprano al hospital hubieran podido salvar al bebé.

La paciente ubica ese primer evento como determinante en el cambio de actitud de su pareja actual para con ella. Ahora se siente culpable porque en el ultrasonido le dijeron que había sospecha de que su hija venía con agua en el cerebro y que de ser así el doctor le dijo que había dos opciones, una es interrumpir el embarazo y la otra es esperar a que la bebé nazca tomando en cuenta que su

esperanza de vida es muy poca, que incluso si nace tendrá que estar conectada a aparatos y le tendrán que drenar constantemente el agua de su cerebro. La paciente cree que su pareja actual piensa que ella es responsable de alguna manera de que las cosas ocurrieran así, reconoce que por ser muy católica ella esperaba a que la niña naciera y que conociera a sus padres, que ella mientras Dios se la deje le dará cariño, amor, atenciones y afecto. Por otro lado siente que Dios le ha castigado con la enfermedad de su hija todas las cosas que ha hecho como haberse metido con su cuñado o contestarle tan mal a su mamá. Le explique que para empezar teníamos que esperar el diagnóstico de los médicos con certeza, que cualquier duda que tuviera la preguntara, así mismo de manera muy breve y general le mencioné cuales son las causas de que un bebé tenga agua en el cerebro, dándole el término médico hidrocefalia, sin embargo valide su interpretación diciéndole que lo más importante era como ella había asociado este evento con su comportamiento previo.

Comentó finalmente que la relación con su pareja actual se ha deteriorado y que a raíz de que se enteró de lo que posiblemente tiene su hija, él está raro, como serio, distante, se enoja con facilidad, incluso mencionó que se han llegado a pegar, que él la ha aventado y que ella le ha arrojado cosas, así mismo se han dicho de groserías.

Al final dadas cuestiones de tiempo hice una recapitulación de los temas abordados en la sesión, terminado con la pregunta ¿con todo esto que me cuentas qué sientes, que puedes entender ahora que antes no? Ella respondió que se sentía más relajada y que se había desahogado, que piensa que parte de lo que pasó es su responsabilidad por ejemplo el haberse involucrado con su cuñado, siente que si él nunca se hubiera metido en su cama no hubiera ocurrido nada pero como lo hizo y a ella le gustaba él físicamente y le dijo cosas que ella necesitaba oír por eso cayó. Dice entender que ella es muy culpable de lo que le pasa porque hacía las cosas sin pensar y por eso ahora acepta el castigo que le da Dios al mandarle a su hija así.

Cabe señalar que ya no clarifique dicha situación porque es necesario que se sigan trabajando y reflexionando aspectos antes que pretender un insight así que le sugerí pensar en lo que habíamos platicado y que tratara siempre de entender

---

porque hizo lo que hizo y como llegó a donde ahora está.

***Sesión 3, 01/06/06***

La paciente inició la sesión comentando que está muy contenta porque su médico le dijo que su niña no tiene hidrocefalia, eso los tiene a ella y a su pareja actual muy contentos así como motivados para salir adelante con los planes que ya tenían de ser una familia bien y apoyarse más ahora que van a ser papás por segunda vez. Cabe señalar que les dijeron que muy probablemente la nena sea prematura ya que la paciente ha tenido contracciones últimamente y que eso quiere decir que la bebé ya quiere nacer, el doctor le dijo que probablemente nacería en la SDG 30 o 32, que no se preocupara ya que en el hospital había el equipo necesario para afrontar el hecho de que la nena naciera antes de tiempo. Le señaló que en las contracciones que ha tenido su matriz no se ha abierto por lo que de seguir teniendo contracciones y no haber dilatación le tendrán que practicar una cesárea. La paciente está más tranquila y sigue de manera adecuada las indicaciones médicas, lo cual muestra la adherencia a su tratamiento tanto médico como psicológico. Dada esa información le recordé que el acompañamiento psicológico que le daríamos sería hasta que su embarazo llegara a término, por lo que era muy importante que si su parto se adelantaba, en cuanto estuviera en piso avisara que la está atendiendo el departamento de Psicología para que nos llamaran y fuéramos a verla, de ser esta situación en fin de semana no podríamos ir pero que no olvidara que después de su parto en cuanto ella se sintiera apta físicamente debía llamarme para hacer la sesión de cierre y evaluar los avances del tratamiento así como detectar en base a sus necesidades emocionales una opción conveniente para seguirla apoyando de ser necesario.

Después de esto la paciente comentó que ya no sabe que hacer con su hijo, que le da risa y a la vez le sorprende que a sus 4 años le conteste y se comporte como ella lo hacía con su mamá cuando tenía 9 años, dice que está muy pequeño

---

pero ya la chantajea y es manipulador, el problema es que ella lo convence de hacer las cosas como guardar sus juguetes con un premio material que de no ser otorgado, el niño no hace lo que se le pide, dice que quiere hacer algo diferente con él y no repetir los errores que ha tenido con su nueva bebé, enfatiza que no quiere que su hija llegue a la adolescencia como llegó ella misma, a partir de ahí empieza a hablar de sí.

Comenta que le daba mucho coraje porque desde los 9 años le gustaba salir a la calle, estar con los amigos, entre otras cosas, sin embargo su mamá no la dejaba siempre y la paciente dice que en aquel entonces pensaba que su mamá lo hacía adrede porque cuando ella fue niña y adolescente sus papás le prohibían salir, tener amigos, etc., ahora piensa que lo hacía por su bien, que no es que no quisiera que saliera por envidia o porque a ella no la dejaban salir cuando tenía la edad de La paciente sino porque la quería cuidar, recuerda que su hermana al ser 2 años mayor tenía todas las libertades del mundo porque su mamá no quería que su primer hija mujer sufriera lo que ella, lamentablemente su hermana cayó en drogas y alcohol, al grado de que un día enojada y bajó los efectos de la droga golpeó a su mamá, a partir de ahí las consecuencias para ambas hijas fueron radicales en términos de las salidas, fiestas, amigos, etc. Situación que a la paciente le molestaba mucho ya que pensaba que porqué su hermana antes tenía tantas libertades y porqué si ella nunca las tuvo se las quitaron por culpa de la otra.

Comenta que la historia de su mamá es mucho más difícil que la suya ya que sus abuelos eran teporochos y no se hacían cargo de sus hijos, a veces tenían que dormir en la calle, en el piso o esperar a que alguien les diera caridad para comer o pasar el rato. Ellos tuvieron 8 hijos, siendo su madre la tercera de 7 mujeres y habiendo solo un hijo varón que ocupaba el último lugar de los hermanas. Sin conocer con certeza la verdadera razón, la paciente relata que su madre y su tío fueron los más maltratados físicamente por sus padres, a partir de los 9 años su madre fue violada en varias ocasiones por un hombre que les daba caridad a sus padres y dejaba que toda la familia se durmiera en el piso de su casa, la cual estaba en un pueblo llamado Margarita de Lima, después, a los 11 años sus padres la

casaron por conveniencia con un señor mayor que ella por más de 10 años, él le pegaba, a la edad que ahora tiene la paciente su madre tenía ya 4 hijos varones, vivían en Veracruz, poco tiempo después mataron a su esposo, el cual era policía; al no tener el apoyo de nadie su madre acompañada de sus 4 hijos se vino de aventón a México y aquí conoció al padre de la paciente.

Quien ahora piensa que su madre no quería que sufriera lo que ella había pasado y por eso la cuidaba, le decía que no la dejaba salir a todos lados porque la podían violar o ponerle algo en su bebida. La paciente piensa además que sus historias se parecen pero que la de su madre ha sido más trágica. Comentó que cuando era niña su mamá la insultaba diciéndole cosas que ahora no recuerda pero sabe que le dolían, además le pegaba mucho al grado de que ella ya no lloraba con los golpes y solo pensaba que era mejor que su madre se desquitara y la usara a ella para hacerlo porque después estaría más tranquila, sin embargo cuando su mamá dejaba de pegarle la paciente se encerraba en su cuarto se tapaba con una almohada (para que su mamá no la escuchara) la cara y empezaba a llorar desesperadamente, había veces que para demostrarle que no le dolían los golpes se reía delante de su mamá. Cabe mencionar que no ubica claramente cual es el sentimiento que le provocaban los maltratos de su madre, ya que aunque inicialmente dice que le tenía coraje por eso, después al explorar más sobre lo que sentía la paciente se limita a contestar que ahora entiende que su madre lo hacía por su bien y que la entiende porque es madre.

Le interrogué si entonces el ser madre justificaba un acto de violencia física o emocional, dijo que no, que ella quiere dejar de maltratar a su hijo y que su nena no tenga una madre violenta pero no sabe como, reconoce que se parece a su mamá en la manera de actuar con sus hijos, pero sabe que a pesar de la historia tan trágica que vivió su mamá ella ha sido por otro lado una mujer muy luchona que siempre ha trabajado por salir adelante tanto ella como con sus hijos.

Le dije que era importante que le pusiera límites claros y firmes al pequeño, que fuera consistente y perseverante con las consecuencias de los actos de su hijo, así como algunos tips, sin olvidar que para que ella pudiera ponerle límites a su hijo

era básico que ella como mujer tuviera límites personales ya que por lo que hemos platicado parecía que de entrada la que no tenía límites era ella tanto como persona como en su relación de pareja. Así que era básico que ella y su pareja actual empezaran pon ponerse límites como no golpearse, principalmente.

Cerramos la sesión recapitulando los temas abordados y haciendo una interrogación final, ¿Qué has aprendido de ti con lo que platicamos hoy y qué te llevas? Dicha pregunta le costó trabajo entender al principio a la paciente, terminó contestando que entendía un poco el porqué se había salido de su casa con su primer pareja tan chica, así como que en aquel entonces por el sentimiento (que aún no sabía cual era) que le tenía a su madre dados los maltratos que le daba no podía entender que lo que quería era cuidarla para que no le pasara lo que a ella pero no por envidia de que su hija sí saliera cuando ella a su edad no podía hacerlo porque estaba ya casada.

#### ***Sesión 4, 08/06/06***

La paciente llegó a sesión acompañada de su hijo a quien sentó en sus piernas y empezó a comentar que la trabajadora social le había dicho que su Psicóloga le tenía que mandar un reporte de sus avances en la terapia y de lo que trabajábamos ahí, me pidió que la fuera a ver a la salida ya que la habían citado nuevamente a la hora de término de su sesión para saber que información le podía dar la paciente al respecto. Para empezar le dije que si venía alguien acompañándola su hijo debía esperarla afuera, le pedí que de ser así le explicara al niño y lo sacara, dicha situación se le dificultó ya que el pequeño no quería, finalmente lo convenció diciéndole que le comprarían algo. La retroalimentación inmediata fue en términos de la importancia de los límites que habíamos platicado en la sesión pasada, así como decirle que no se preocupara por lo de la trabajadora social, que hoy mismo yo arreglaba esa situación.

Comentó nuevamente que su semana estuvo bien, que está contenta porque su carácter está más tranquilo y eso lo ve en que ya no le pega tanto a su hijo y que



ha tenido menos problemas con su pareja actual, así como que no ha habido discusiones violentas como antes. Le interrogué sobre que estaba haciendo ella para que la situación ocurriera de esa manera, reafirmó estar más tranquila, que le ha servido reflexionar y que en la semana se quedó pensando que ella quiere una familia bien y que no tiene caso estar peleando todos los días. Le pregunte si lo que está haciendo ahora de dejar que ante un enojo espere a que tanto a ella como a su pareja actual se les baje el sentimiento y luego hablar les ha ayudado, inmediatamente dijo que sí, le cuestione entonces el porqué seguían peleando, si creía que más bien evitaban las discusiones pero en el fondo no resolvían la situación que generaba las peleas. Dijo que antes hacían eso, pero ahora se calman y ya tranquilos es él quien generalmente le dice que hablen de lo que pasó, lo hacen y arreglan sus diferencias. Le interrogué entonces que si hacían eso porqué seguían peleando, que cuáles eran los motivos de sus discusiones, la paciente contestó que ya que su pareja actual es ayudante de mecánico pues todo el día se la pasa en el taller, se ensucia, está oliendo gasolina o tiner cuando arreglan un carro y con frecuencia llega cansado a la casa, con dolor de cabeza y ganas de dormir una siesta, ella antes no entendía esta situación pensaba que todo el día lo había esperado, le preparaba su comida y cuando él llegaba serio del trabajo en vez de querer convivir o comer su comida le decía que necesitaba descansar, la paciente vivía esta situación como un rechazo de parte de su pareja actual, imaginaba que no la quería, que no valía nada por tener tan joven un hijo que no era de él y que seguramente andaba con otra y que prefería irse con ella a comer, cabe señalar que dice que su pareja actual nunca le ha dado motivos para que ella sospeche una infidelidad. Reflexionamos al respecto y la paciente dados las interrogaciones y señalamientos concluyó que el sentimiento de rechazo y minusvalía que sentía en dichas situaciones con su pareja actual ya lo tenía desde antes, que de hecho esa fue una de las razones por las cuales salió de su casa al no sentirse aceptada primero por su familia, después sentía lo mismo por parte de su primer pareja. Interrogué el entonces porqué a pesar de que sentía eso estuvo tantos meses con él, respondió que le pesaba más la vergüenza con su mamá, que a pesar de que

ahora sabe que hubieran sido menos agresivos los regaños de su madre y los reproches por haberse salido de casa tan chica y haberse embarazado, pues prefería aguantar los malos tratos de su primer pareja que la pena y vergüenza de haber hecho las cosas de esta manera.

Retomamos la historia de su relación con su pareja actual, dice que lo conocía desde niña porque era su vecino, vivía a cuatro casas de la suya pero que nunca le habló hasta que en un diciembre ya estando de regreso en la casa de sus papás cuando su hijo estaba por cumplir 2 años de edad, se hizo un festejo a la virgen de Guadalupe, él se empezó a acercar a ella desde ahí, usaba como intermediario a un primo, quien le decía a la paciente que su pareja actual estaba interesado en ella y que se haría responsable de su bebé. La paciente se sentía devaluada, pensaba de los chavos que se le acercaban..."estos cabrones han de pensar que porque me embaracé chica soy una chava fácil"...temía que su pareja actual al pretenderla pensara eso, aunado a que un primo de él, de más de 35 años, casado, la buscaba, le mandaba pañales y leche para su bebé porque quería que anduvieran, la paciente nunca los aceptó, pero su pareja actual le llegó a decir que a lo mejor ella no quería andar con él porque le gustaba su primo. Después de tres meses de pláticas él le entregó un anillo con un osito y una rosa, le pidió que fueran novios, la paciente se negaba inicialmente, le decía con frecuencia que si de verdad la quería, que lo pensara bien porque ella tenía un hijo, que sabía que había fracasado. Su pareja actual en todo momento le dijo que la quería bien, que veía a su hijo como propio y que estaba dispuesto a hablar con los padres y hermanos de ella para que les permitieran estar juntos, dice que no solo la conquistó a ella, que cada vez que la veía le llevaba una rosa o un detalle y también un carrito o juguete a su hijo. La paciente inicialmente no estaba convencida, recuerda que lo platicaba con su mamá y está le decía que lo conociera pero como amigos, que no le fuera a pasar lo mismo que con su primer pareja. El día que su pareja actual fue a hablar con los padres de la paciente la madre de ella le preguntó en varias ocasiones que si en verdad quería estar con su hija, que ella ya tenía un hijo y que no le gustaría que después se fuera a arrepentir. Finalmente iniciaron la relación, cabe señalar que

la paciente al contar lo anterior y lo romántico de cómo fueron los encuentros se emociona mucho y su rostro expresa alegría, contó todo lo anterior con sumo detalle por lo que la mayor parte de la sesión se fue en eso. Sin olvidar que la historia refleja un tinte de minusvalía donde ella se asume como fracasada por el embarazo, rechazada por la gente, pensar que los hombres creen que es presa fácil dado que es una madre joven, aunado a que la madre le reafirma implícitamente que no es merecedora de una pareja ya que esta se puede arrepentir porque ella ya es madre.

Cerramos la sesión recapitulando lo platicado en la misma, así como datos importantes obtenidos en sesiones previas que hacían referencia al tema de su sentimiento de rechazo y soledad existente de manera anterior a la relación con su pareja actual, le señalé que si no tiene claro que pasaba con ella emocionalmente hablando y aún no lo ha trabajado, podrá estar con cualquier persona o pareja pero que el sentimiento de minusvalía estará presente, que probablemente las discusiones con su pareja actual han disminuido y que es muy valioso que se de cuenta de que poco a poco puede lograr controlar sus reacciones impulsivas ante sus sentimientos de enojo, así como evitar la violencia tanto física como emocional entre ellos, pero que también es importante que analice qué papel juega ella en que estas situaciones se vayan dando, es decir, que tanto favorece o promueve el trato que recibe de los demás en base a los sentimientos guardados que no ha podido resolver de una manera más sana, le expliqué que para que ella y su pareja actual hayan llegado a la situación en la que están en su relación ambos han puesto su parte respectiva y que al menos en la psicoterapia era necesario que la paciente encontrara que hace ella para estar como está ya que parecía que independientemente de las personas (llámese familia, pareja) las situaciones y reacciones en su vida son similares en términos de agresión y violencia. Finalmente la paciente terminó la sesión diciendo que no quiere repetir la historia de su mamá y que hay muchas coincidencias entre ellas, por ejemplo que cuando su tutor se hizo cargo de ella, tenía 2 años, la misma edad de su hijo cuando su pareja actual le propuso formar una familia, así como que ella le ha pegado a su hijo como su mamá lo hacía con ella; dice querer frenarlo pero no saber bien como, solo sabe que quiere

una familia bien. Le expliqué que una forma de lograrlo era conociendo su historia y entender de manera conciente que había pasado en ella interna así como emocionalmente hablando para que llegara a donde llegó.

### ***Sesión 5, 15/06/06***

La paciente llegó muy puntual (como es costumbre) pero era notorio que esta vez le dedicó más tiempo a su aliño personal, venía con ropa de vestir, peinada y maquillada (lo cual no había hecho en las 4 sesiones anteriores, denotando falta de arreglo personal, lo cual estaba asociado con su estado de ánimo).

La terapia inició con una breve explicación sobre el hecho de que llevábamos 4 sesiones trabajando juntas y que era importante que evaluara en general ¿cómo iban las cosas y cómo se sentía actualmente? comenta que va muy bien en términos de no violencia tanto con su pareja actual como con su hijo, así como una mejoría en la relación que tiene tanto con su mamá como con su hermana mayor. Le pregunté que qué había hecho para lograr esto, ella considera que gracias a las terapias y a su psicóloga es que ha mejorado, que le ha servido mucho platicar y reflexionar sobre ella para estar más tranquila. Enfatiza que la terapia la ha cambiado y que gracias a los consejos y sugerencias que se han dado en la misma ahora puede controlarse y estar más contenta. Le clarifique que el trabajo duro lo ha hecho ella, que yo la he acompañado en el mismo pero que tanto los logros como los avances son gracias al esfuerzo, motivación y compromiso de su parte. Nuevamente ante lo anterior empezó la paciente con halagos y agradecimientos a mi trabajo.

Le señalé que me había mencionado al inicio que las cosas con su madre y hermana habían mejorado, así que la invite a que me contara a que se refería. La paciente dice que cada vez entiende más a su mamá, que ya no está molesta con ella si no que hasta quisiera ayudarla, incluso me expuso su deseo de que un día en lugar de que ella entrara a sesión pudiera pasar su mamá, quien dice sentirse una

mala madre, que solo ha conseguido que 4 de sus 7 hijos la agredan y golpeen físicamente. Le explique que era imposible ya que la atención psicológica que recibía era exclusiva porque era paciente del Inper, pero lo que podía hacer era buscar alguna institución para recomendarle y que le llevaría los datos la próxima vez. Le pedí que retomáramos el tema de cómo ha mejorado su relación con su madre y hermana, así que esta vez empezó a hablar de su hermana, en general comentó que desde que ella tenía 9 años sintió que la relación no era buena, por un lado porque a Su hermana (que ya era adolescente) le permitían hacer cosas que a ella no, por otro porque le tomó mucho coraje al ver que drogada agredía físicamente a su madre. Dice que su hermana ha tenido 4 hombres en su vida, actualmente tiene 20 años y un niño de 9 meses; dice que a los 13 años se casó y se fue a vivir con su pareja, la paciente veía que el muchacho la quería mucho pero que su hermana le robaba para poder drogarse, tiempo después él la dejó, su hermana regresó a vivir a casa de sus papás y ahí seguía con los problemas al grado de golpear a su mamá y robarle dinero, tiempo después en unas vacaciones que su papá las llevó a la playa conoció a un muchacho que era repartidor de pizzas, la paciente recuerda que él se acercó a platicar con ella y al poco rato ella se subió a la moto con él y se fue, ese día no regresó y al día siguiente que la encontraron su hermana dijo que se iba a quedar a vivir con él. Sus padres se molestaron y enojaron, ella tuvo que inventar que ya se conocían y que en realidad eran novios desde antes. Le robaba dinero para drogarse, él la golpeaba, meses después su hermana le volvió a robar dinero pero esta vez para regresarse a México, quedándose a vivir en la casa de su papá biológico, donde por drogas nuevamente, fue violada por un primo. Regresa a la casa de su madre y se involucra con una pareja que la golpea nuevamente, pero los problemas eran mayores porque ella no podía embarazarse y él quería tener un hijo, finalmente se embaraza pero tienen una niña con Síndrome de Down, motivo por el cual él la deja. Tiempo después conoce a su esposo (actual cuñado de a paciente), muere la pequeña sobrina a los dos años de edad y actualmente tienen un hijo de 9 meses, su cuñado es mujeriego, tienen muchos problemas y su hermana le ha dicho que si un día su

psicóloga puede hablar con ella porque quiere cambiar, así como la paciente lo ha hecho, además de curarse porque ha sufrido mucho a causa de las drogas y ahora se desquita con su pequeño hijo. Le expliqué nuevamente que era imposible pero que le traería los datos de una Institución como habíamos quedado.

Le pregunté que qué sentía y pensaba con todo lo que me había contado de su hermana, inmediatamente me contestó que piensa que su hermana a diferencia de ella, nunca quiso formar una familia bien, que a pesar de que la primer pareja que tuvo la quería y se portaba bien con ella (en apariencia porque después se enteraron que la trataba mal, aparentemente por la adicción de Su hermana) ella prefería estar en el relajó, con los amigos, que cerca de su esposo.

Especifico que cuando pasaron todas estas cosas ella se sentía deprimida y que sigue relacionando esto con que se haya ido tan chica con su primer pareja. Retomamos entonces los sentimientos que ha abrigado y que habíamos abordado la sesión previa, dijo ya no sentirse menos ni rechazada por su pareja actual al ser madre soltera, que ella es valiosa así hubiera tenido dos o tres hijos cuando conoció a su pareja actual, que ahora se da cuenta que él la quiere porque está pendiente de que este bien, es responsable, ve a su hijo como su hijo, le paga sus consultas a psicología porque sabe que la están ayudando, además le da su gasto y ahora la trata bien.

Le recordé que me había comentado que entre ellos habían empezado los problemas antes de irse a vivir juntos, por lo que la invite a que me contara cómo habían estado las cosas. La paciente comentó que todo fue a raíz del aborto, aunado a que él fue a pedir su mano para casarse y días después se metió en un problema donde lo llevaron a la cárcel por estar involucrado en el robo de una T. V., ella piensa que a pesar de que él le dice que no tuvo nada que ver, probablemente sea mentira ya que las primas de él le dicen lo contrario, por ese motivo él tuvo que gastar el dinero destinado a la boda en la fianza para salir de la cárcel, así que le pidió a la paciente que se fueran a vivir así, sin casarse, por lo que los padres de ella se molestaron mucho y no la dejaron, así que ella en la desesperación de que por una lado él ya quería que estuvieran juntos y por otro lado no la dejara su familia

sintió que no valía la pena vivir y fue cuando tuvo el intento de suicidio, se lanzó contra un espejo con la mano, este se rompió, ella agarró un pedazo y se estaba cortando las venas cuando su madre la encontró, la llevó al médico y posteriormente con un psicólogo. Días después se fue a vivir con su pareja actual. Dice que desde el noviazgo él era muy celoso y enojón, que su papá acostumbraba llevarlas a desayunar los domingos después de ir a misa y que cuando su pareja actual llegaba a buscarla y no la encontraba ella sabía que tendrían pleito seguro, así como cuando de improviso salía con su mamá de compras o al mercado. Esa era una razón por la que dudaba en irse con él, pensaba... "toda la vida va a ser así"... sin embargo lo quería y se fue.

Actualmente viven en una parte de la casa del papá de su pareja actual, son 3 cuartos que corresponden a la sala, un cuarto para su hijo, uno para ellos y el baño. La paciente la mayor parte del día se la pasa en casa de su mamá, hecho que a veces le reclama su pareja actual, quien le dice que para eso tiene su casa, que haga cosas ahí, pero la paciente se siente sola y prefiere levantarse, tender su cama, escombrar la casa e irse con su mamá.

La casa de su mamá es de 3 pisos, en la parte de abajo viven sus tres hermanos con sus parejas e hijos, en medio sus padres y hermana menor, en la parte de arriba su hermana su hermana con su cuñado y sobrino. Recuerda un evento que dice... "no había platicado con usted antes pero me ha afectado"... dice que cuando dejó a su primer pareja y regresó a la casa de sus papás, uno de sus hermanos, que es el único que no vive ahí, le pidió a su madre que lo dejara dormir en esa casa una noche, por la madrugada se metió al cuarto de la paciente donde ella estaba con su hijo en una cuna y su hermana de 10 años en otra cama. Ella se despertó cuando el hermano estaba en su cama tratando de quitarle la ropa, ella se despertó y le gritó que se saliera o llamaría a su mamá, la paciente piensa que él estaba drogado o tomado y que se espantó, le dijo que estaba confundida, que el solo iba a tapar a su hermana menor, la paciente dice que estaba mintiendo que la niña estaba tapada y que para que la estaba tocando. Al día siguiente le dijo a su mamá, quien entre creerle y no, le pidió a su hijo que si iba a la casa era solo de

visita, que no quería que se quedara ahí ni una sola noche. Ahora la paciente sabe por su sobrina de 15 años (hija de este medio hermano) que también trató de abusar de ella hace algunos días cuando la esposa de él fue a parir al hospital, la chica dice odiar a su padre.

La paciente me pregunta nuevamente que si yo sé o puedo atender a personas que se drogan, que ella desea ayudar a sus hermanos, menciona que hace unos días uno de ellos le pegó a su mamá porque ésta le encontró en la combi donde él trabaja una lata de pvc, y al no quereréla regresar él la golpeó. Le volví a comentar que la próxima cita le daría los datos de algunas instituciones pero que me llamaba la atención el deseo que tenía ahora de ayudar, dadas cuestiones de tiempo no exploré sobre sus motivaciones para hacerlo pero le clarifique que si bien ella tenía interés en ayudar a su familia, tenía que entender que sería con limitaciones, que el hecho de que ella estuviera interesada en buscar apoyo profesional no garantizaba nada ya que si la persona no está comprometida con su tratamiento los resultados son poco favorables, así que por un lado habría que entender primero porque ahora está tan motivada para ayudar y segundo que se observara esta semana con más atención para que encontrara que está haciendo ella a parte de asistir a terapia para que las cosas estén bien, lo anterior con el propósito de que cuando nuestro tratamiento termine dado el nacimiento de su bebé, ella pueda mantener los cambios favorables. La paciente terminó diciendo que cuando ya no venga y si le vienen a la cabeza los pensamientos feos se acordará de mí y de seguir mis consejos.

### **Sesión 6, 22/06/06**

A pesar de que la paciente llegó nuevamente arreglada no fue tanto como la sesión pasada, de hecho su postura corporal denotaba abatimiento. Lo anterior fue confirmado cuando empezó a contar que se sentía con vergüenza y pena hacia su pareja actual ya que el viernes de la semana pasada su hijo se enfermó, tenía



mucha fiebre y cuando su pareja actual llegó a las 2 de la tarde de trabajar le dijo que lo llevarían al doctor, alrededor de 20 minutos después, su pareja actual se salió y solo dijo ahorita vengo, pasó el tiempo y la paciente se desesperó mucho ya que solo esperaba que su pareja actual fuera a pedirle a su hermano un carro para llevar a su hijo al Doctor, finalmente fue a la casa de su mamá y ahí su cuñada le dijo que se habían ido a arreglar un carro, la paciente a parte de enojarse se desesperó porque pensaba que su pareja actual prefería irse a arreglar carros en lugar de atender la enfermedad de su hijo, lo cual le expresó a su cuñada quien a su vez al verla tan alterada le sugirió que se calmara y que esperara a que regresaran. La paciente cada vez se enojaba más porque a pesar de los fomentos de agua fría que le ponía y de los remedios caseros que acostumbra, al pequeño no le bajaba la fiebre, por el contrario solo lloraba y estaba muy agresivo, la paciente temía que su hijo convulsionara, dice que lo ha hecho 2 veces cuando tiene fiebre muy alta y que el médico le dijo que no permitiera que eso ocurriera nuevamente porque probablemente el niño ya no lo aguantaría.

Como a las 7 de la noche su pareja actual regresó, lo primero que le dijo fue vamos al Doctor, la paciente le grito que a él no le importaba el niño porque como no era suyo, que si se moría a él le daría lo mismo, además le decía que esperaba que con la niña que venía en camino no se hiciera pendejo como lo hacía con su hijo, su pareja actual le decía que se calmara y que llevaran al niño al doctor, pero ella estaba llena de ira, así que cuando él le dijo que se iba a ir a caminar para esperar que ella se calmara, la paciente se enojó tanto que se lanzó contra él a darle golpes en la cara y el pecho a puño cerrado, él la intentaba detener de los brazos y le pedía que se calmara, que se tranquilizara porque estaba embarazada y eso le podía hacer daño al bebé, finalmente le dijo que se iba y cuando estaba saliendo de la casa al cerrar la puerta la paciente, la empujó y le machuco uno de los dedos, él no le dijo nada solo que si le quería dar en su madre fuera de frente y no a las espaldas, la paciente se desesperó tanto que entonces fue ella la que se salió corriendo de la casa, diciendo que necesitaba calmarse, que estaba desesperada. Ya en la calle se sintió más tranquila y pensó que a lo mejor su pareja actual se

había ido a arreglar el carro para llevarle dinero para el doctor del niño. Regresó a su casa y se encontró a su pareja actual cargando al niño, él le decía ya mi amor, te vamos a llevar al doctor y te vas a componer, la paciente se enterneció con esto pero seguía molesta, sin embargo cuando su pareja actual la abrazó y le dijo que se calmara, que se dejara para hacer las cosas bien, que él no quería dañarla y que quería al niño, así que finalmente lo llevaron a consulta en una farmacia similar. La paciente recuerda que él no decía nada pero que mientras estaban en la sala de espera se le salían las lágrimas, así que cuando llegaron a la casa Su pareja actual le dijo que olvidaran lo que había pasado, que él quería cambiar y no repetir los errores de antes, que borrón y cuenta nueva, él ha cumplido su propuesta, está más cariñoso y tierno, al pendiente y preocupado por la salud de la paciente y del niño, actuando como si nada hubiera ocurrido.

Sin embargo desde el domingo de la semana pasada la paciente se siente muy mal, siente que fracasó y que no es capaz de cambiar realmente, que su neurosis no la deja. Volvieron a pasar por su cabeza ideas de que no vale la pena vivir, así como de su incapacidad para hacer las cosas bien. Su mamá le dijo que tenía que detenerse, que ahorita había sido el dedo, que después si no medía las consecuencias de sus actos podía ser algo más grave, donde a lo mejor con un golpe podía mandarlo al hospital o dejarlo en coma, la hizo pensar en que sería de ella en la cárcel a punto de parir si con sus acciones hubiera matado a su pareja actual y además que hubiera pasado con su hijo, quién lo hubiera cuidado.

Con la información otorgada reflexionamos sobre su sentimiento de bienestar general que expresaba la semana pasada, así como que habíamos hablado de la probabilidad de que existiera una recaída y que lo importante era saber cómo iba a reaccionar y enfrentar algo así, más que ahora castigarse y reprocharse pensando en que ya no puede hacer nada, lo importante era que ya se había dado cuenta en un mes que si podía hacer cosas para estar y sentirse mejor, que era evidente que hasta su familia se había percatado de sus avances y que en 4 sesiones previas era notorio que la violencia con la cual interactuaba de manera cotidiana tanto con su pareja actual como con su hijo había disminuido, así como su relación con su madre

y hermana mayor.

Posteriormente fuimos clarificando la situación que vivió con su pareja actual el día de los golpes, la paciente terminó concluyendo que desde el inició la furia e ira se apoderó de ella y no le dejó ver que la ausencia de su pareja actual era para trabajar y llevar dinero para las medicinas de su hijo, más bien lo interpretó como abandono y rechazo al pequeño al no ser su hijo biológico. Explicamos nuevamente que la idea de la terapia era entender que había ocurrido para que ella llegara nuevamente a los golpes e insultos para que pudiera dejar de hacerlo y que en general la idea es que la paciente entienda que de sí y de su historia la llevan hoy en día a reaccionar como lo hace, solo entendiéndolo podrá dejar de hacerlo si así lo desea.

Me preguntó si una persona tiene como un límite para la agresión, quería saber hasta donde era capaz de llegar si seguía agrediendo a su pareja actual, lo anterior porque su mamá la espantó cuando le dijo que de seguir en el mismo camino un día lo podía matar o dejarlo en coma. Cuando le devolví la pregunta al decirle y ¿tu qué crees? la paciente respondió que si una persona realmente se conoce sabe sus alcances, posteriormente le pregunté si realmente pensaba eso y si ella creía conocerse, inmediatamente contestó que sí, que sabía que ella era agresiva solo si la agredían y que si la trataban bien entonces ella se portaba bien. Le pregunté entonces porque si su pareja actual aparentemente no le había hecho nada ella lo había agredido físicamente, se quedó callada, como confundida, después de un silencio corto le dije que me daba la impresión de que aunque ahora más tranquila reconoce que hizo una interpretación errónea de lo que pasó, pues en ese momento ella en vez de preguntar reaccionó en base a su interpretación y pensó realmente que al rechazar su pareja actual a su hijo no llevándolo al médico era agresivo, se dejó llevar por la emoción y reaccionó entonces golpeándolo. Así mismo le señalé que me parecía que no se conoce también como dice y que si se sigue llevando por emociones como la furia y la ira puede incluso a tener reacciones que en un momento de tranquilidad no pensaría tener pero sin embargo potencialmente tiene la capacidad para hacerlo.

Llegamos además a la conclusión de que cuando se enoja e interpreta los eventos mal pierde la objetividad de lo que hace, siendo además poco funcional. Ejemplificamos lo anterior con el hecho de reflexionar que otro tipo de opciones más sanas y congruentes hubiera tenido para arreglar la situación de enfermedad de su hijo como haber ido ella al médico con el niño acompañada de otra persona, llámese hermana o cuñada, por ejemplo en vez de desesperarse y enojarse porque su pareja actual no regresaba.

Concluimos con esto la sesión, al final al preguntarle cómo se sentía me respondió que mejor, que quería retomar los cambios que había logrado. Además me comentó que la trabajadora social le dijo después de aquel día que habíamos hablado con ella era importante que su psicóloga le mandara un avance sesión tras sesión de cómo iba la paciente en su proceso psicoterapéutico y si dado lo que ella le ha contado (algunos temas vistos en sesión previamente) necesitaba tomar medicamentos o no. Le dije que no se preocupara que nosotros arreglábamos hoy mismo esa situación y que me parecía que la trabajadora social nuevamente estaba interviniendo en algo que no le correspondía. Ya al final la paciente me preguntó que si le había traído el nombre y teléfonos de las instituciones que le había prometido, por lo que se los di y nos despedimos.

### ***Sesión 7, 13/07/06***

La paciente inició comentando que la semana pasada no asistió a su sesión porque el 3 de julio se puso mal, empezó con contracciones y le recomendaron reposo durante 15 días, así como que le administraron diversos medicamentos para detener las contracciones. Siente que esto tuvo que ver con un disgusto que tuvo con su esposo el domingo previo, todo empezó porque eran como las 5 de la tarde y se fueron a dormir, su esposo se despertó antes y se salió a jugar fútbol pero no le avisó a donde iría ni le dejó una nota, cuando la paciente y su hijo se despertaron alrededor de las 7 de la noche, tanto ella como el pequeño tenían hambre así que ella se empezó a desesperar al ver que él no estaba y que ese día no había nada

para comer en la despensa. Su hijo lloraba y solo había un pan de dulce que le dio al niño para apaciguar su hambre. Como a las 8 de la noche regresó su pareja actual, La paciente lo recibió de mala manera a lo que él le contestó..."ya vas a empezar con tus pinches celos", ella le empezó a reclamar el que no hubiera que comer y por otro lado que se hubiera ido sin avisar, su pareja actual le explicó que se fue a jugar fútbol con sus amigos porque toda la semana se la pasaba trabajando y que tenía 50 pesos para que fuera a comprar jamón y bolillo o pan y el niño cenara unas tortas o sándwiches. La paciente se molesto más, le dijo que su hijo no estaba acostumbrado a comer ni eso ni sopas maruchan como él o su papá, que su niño necesitaba comer su arroz o sopa, su guisado y si se podía un postre. Le dijo que cada que se le da la gana no le daba gasto y la dejaba sin comer. Finalmente La paciente se enojó tanto que se olvido del hambre de su hijo y prefirió salirse al patio para tranquilizarse, su hermana menor que estaba con ella desde antes que llegara su pareja actual, ya que había ido para invitar a su hijo al circo, al presenciar la discusión entre ellos le dijo a la paciente que mejor ella se llevaba al niño ya que con sus discusiones lo estaban traumando.

Al poco rato llegó la mamá de la paciente a su casa, le preguntó porque estaba en el patio, ella le contó y lo primero que hizo la señora fue reclamarle a su pareja actual su falta de responsabilidad ante su hija y el niño, inicialmente su pareja actual le daba la razón pero la señora se puso un tanto insolente que finalmente su pareja actual terminó diciéndole..."pinche vieja para que se mete"... y forcejearon hasta que la paciente pensó que su pareja actual quería pegarle a su mamá y se metió dándole un golpe en la cara a su pareja actual a puño cerrado, le decía que con su mamá no se metiera, finalmente el padre de su pareja actual y otro familiar detuvieron la discusión, aquel día la paciente decidió irse a dormir a la casa de su mamá, así como exigir que su pareja actual le pidiera una disculpa a su madre.

Al día siguiente tenían cita en el hospital para que su suegra donara sangre, su pareja actual pasó temprano por ella a la casa de su mamá, no se hablaron y cuando llegaron al hospital ella ya se sentía mal y fue cuando la detuvieron en urgencias por las contracciones.

Ahora la paciente se siente muy enojada con su pareja actual e incluso se refiere a él como... "este muchacho"... , dice que se metió con su mamá y eso no se lo puede perdonar, reconoce que es muy rencorosa y que su mamá le dijo que esperaran a que naciera el bebé para ver en que iban a quedar ellos y si realmente se iba a hacer responsable de mantenerlo.

Al día siguiente ella regresó a vivir a la casa de él, dice que su pareja actual trata de arreglar las cosas con un abrazo o caricia, que en las noches le quiere agarrar la panza y hablar con la bebé, pero que eso no es suficiente para ella y que si él cree que con eso la va contentar pues está equivocado.

Agregó que una vecina que vendé tortillas le ha estado diciendo a su hijo, Angelito, cosa que hace delante tanto de ella como de su pareja actual, así mismo que cuando ve al niño le dice que su pareja actual no es su papá sino su primer pareja, ellos optaron por no comprar más ahí, sin embargo esa vecina acude al taller mecánico de su hermano y cuando tiene la oportunidad de ver a su hijo le dice lo mismo, ellos como pareja lo han platicado y decidieron que él niño sepa la verdad cuando sea un poco más grande, la paciente dice que no le dirá todo porque ella lo vivió cuando era niña que su mamá le hablaba muy mal de su padre, así que ella solo se concretará a decirle al niño que entre su papá y ella la relación no funcionó y por eso se dejaron, sin dar más detalles. Cabe señalar que la paciente teme que en un momento dado su primer pareja aparezca y quiera quitarle al niño, ya que hace dos años trató de hacerlo.

Posterior a su relato se hicieron algunas preguntas y clarificaciones para analizar que tanta distorsión había en lo que la paciente narraba y se concluyó lo siguiente:

Nunca la ha dejado sin comer ni a ella ni a su hijo, él no le ha dado motivos para que esté celosa, reconoce que a veces cuando va por la calle él ha llegado a voltear a ver a otras chicas delgaditas, bonitas pero que la mirada es natural y que incluso ella ha llegado a ver a chicos que le parecen atractivos y no pasa nada. Así mismo reconoce que si el niño está acostumbrado a comer bien no le hubiera pasado nada si esa noche hubiera cenado una torta o un sándwich, que lo peor por

el coraje y sentimiento que se apoderó de ella fue dejarlo sin comer y ni siquiera percatarse de ello. Así mismo que su madre se metió de más en una situación que ella le narró y que fue exagerada muy probablemente porque ella también estaba bajo un estado fisiológico de hambre aunado a sus características de personalidad que le impidió ver las cosas con mayor claridad. Finalmente reconoció que su pareja actual se está acercando a ella de la mejor manera posible a través de caricias y contacto afectivo tanto para con ella como para su bebé pero que parece que le cuesta trabajo aceptar dichos acercamientos a ella.

Le pregunte que entonces que quería en la relación, respondió que arreglar las cosas, concluimos que tenía la prueba de que un mes previo a la primer recaída se había logrado mejorar la calidad de la relación, así que qué se le ocurría para seguir haciéndolo, respondió que pensar antes que actuar, ante lo cual le sugerí además el hablar con él, el comunicarse lo que sienten y sobre todo el que ella aprenda a manejar y canalizar de una manera más sana y asertiva su enojo para que no se repita con tanta frecuencia el que distorsione tanto las cosas estando bajo un estado emocional alterado, así como reforzar sus redes de apoyo social porque parece que a veces no ve otras opciones ya que se ha cerrado las puertas con sus amistades y ve a su pareja actual como el centro de su vida.

Al cierre de la sesión me preguntó si era cierto que en el hospital podían darles terapia de pareja, que su trabajadora social le había dicho que había esa opción. Le comenté que iba a investigarlo pero que no olvidara que hay cosas en su vida personal que era necesario que resolviera previamente y de manera individual.

### ***Sesión 8, 20/07/06***

La paciente llegó puntual a su sesión acompañada de su pareja actual, desde que entró al consultorio me hizo saber que se sentía muy mal y que traía contracciones pero que quería primero pasar a su consulta psicológica antes de ir a

urgencias porque quería platicar.

Comentó que la semana fue favorable para ella ya que llevó a cabo una de las sugerencias que le di la última vez, la cual hacía referencia a platicar lo que sentía con su pareja actual, dice que incluso él le comentó que eso les ayudaba mucho ya que notaba que cuando la paciente salía de su terapia, la veía más tranquila, la paciente le confirmó esto y le dijo que el hecho de platicar la hacía sentir más relajada y desahogada. Así que a lo largo de la semana la paciente trató de controlarse y cada vez que sentía una duda o molestia por algo que hacía su pareja actual se lo preguntaba, le decía que hablaran incluso cuando no había una situación real de conflicto, por ejemplo para ver cómo se sentía, cómo le había ido en su trabajo, principalmente.

Reflexionamos sobre los temas de las 2 sesiones previas, por medio de algunas clarificaciones, interrogaciones y finalmente confrontaciones, la paciente llegó a las siguientes conclusiones: en realidad tanto la situación de enfermedad de su hijo como posteriormente el hambre que ambos (La paciente e hijo) tenían fue el pretexto que revivió en ella los sentimientos de rechazo y minusvalía que posee desde antes que iniciara su relación con su pareja actual, incluso reconoce nuevamente como en las sesiones iniciales que así se sintió con su primer pareja y que de hecho así se sentía desde pequeña en su familia ya que su mamá la maltrataba, insultaba y agredía, lo cual llevó a la paciente en un momento impulsivo a salirse de su casa.

Lo anterior sirvió de puente para interrogarle a la paciente sobre cuáles habían sido los sentimientos que le había generado que su mamá la defendiera frente a la conducta "supuestamente irresponsable de su pareja actual", ella respondió inmediatamente con una sonrisa al decir que..."la había hecho sentir muy bien, querida, a pesar de todas las cosas y de que ella ya era grande"... además agregó que ahora que su madre se fue a vivir temporalmente a otra casa porque hay visitas de familiares lejanos, ella misma le pidió a la paciente que se fueran tanto ella como su hijo y su pareja actual a esa casa, de tal suerte que la madre se pudiera hacer cargo de la paciente en términos de cuidados y reposo que requiere por su



embarazo tan avanzado. La paciente piensa que su madre es una muy buena persona ya que ahora que su pareja actual fue a platicar con ella para pedirle una disculpa por lo que había pasado, ambos hicieron las pases y las cosas ya están bien entre ellos.

Entonces retome e interrogue si creía que había una razón por la cual su mamá no habría de quererla o si antes no se había percatado de ese sentimiento por parte de su mamá. La paciente recordó lo que había dicho previamente de que se salió de su casa para irse con su primer pareja porque justamente sentía que en su casa, especialmente su mamá, no la quería ni valoraba, que no le otorgaban los mismos derechos que a su hermana y que su mamá se ensañaba con ella ya que le pegaba muy feo, la insultaba y la trataba mal, por ello la paciente sentía que no la querían pero ahora sabe que su mamá la apoyará incondicionalmente a pesar de que su pareja actual no se hiciera cargo de su nueva hija.

Le cuestioné si había una razón real que a ella le hiciera pensar que su pareja no se querría hacer responsable del bebé como para que ella pensara así, no le fue difícil responder que no, que más bien eran esas ideas que a veces le pasaban por la cabeza y no sabía porqué, por lo que concluimos nuevamente que no era su pareja actual el que necesariamente le hiciera sentir esto, que podía ser "Pedrito o Juanito" y que más bien la que estaba insegura de la relación, del afecto y del futuro en la misma era ella y que eso tenía que ver con su percepción de sí misma, con la sensación de rechazo y poco valor que su historia de vida le ha reafirmado y que ella ha adoptado esa idea como propia y además real.

Concluimos que era necesario que reflexionara sobre lo que habíamos platicado así como que le enfatice que por esas cuestiones emocionales que aún no resolvía y que estaba en una etapa de reconocimiento y aceptación de las mismas era prudente que estuviera en una Psicoterapia de tipo individual más que en una de pareja como lo había solicitado la semana pasada, ya que si bien era real que entre ella y su pareja actual hubiera conflictos, también era claro que muchos de estos tienen que ver con su forma de interactuar y vincularse con las personas, así como con sus sentimientos de devaluación e inseguridad.

Para clarificar la situación con la trabajadora social investigué un poco que estaban haciendo y desde cuando, la paciente comentó que desde la sesión 3 en su Psicoterapia Individual que coincidió con el ultrasonido de 2º nivel donde le dijeron que su bebé tendría posiblemente hidrocefalia, la trabajadora social le dijo que por esa situación la iba a estar citando una vez a la semana después de su terapia para ver como iba, qué se hablaba y como iba avanzando, le aclaró que esa no era otra terapia pero que la iba a ayudar a darle ánimos para afrontar lo que viniera ya que si su bebé nacía con este problema la apoyaría porque tenía que querer a su bebé y ser una buena mamá. Le explique que en el INPER cada quien tenía su función y límites en sus intervenciones, que los especialistas en salud mental integrábamos el departamento de Psicología y que éramos los únicos que teníamos la capacidad de incidir en ello ya que una institución oficial avalaba nuestros estudios así como la práctica profesional de manera ética, que evidentemente lo que estaba haciendo con Nidia no era una terapia y que cuando se comenta la información que se comparte en un espacio terapéutico con otros profesionales o personas que no se dedican a ello se corre el riesgo de que la información, consejos o sugerencias estén viciados con respecto a una vivencia de la persona que lo da, que de un trabajo profesional y terapéutico, por lo que era importante que si ella estaba en un proceso personal lo aprovechara y diferenciara este espacio de otros donde si bien puede desahogarse y platicar, debe tomar las precauciones necesarias para tomar la información que se le da.

Al cierre de la sesión hice un encuadre con respecto a que se habían cumplido 8 sesiones que correspondían al segundo paquete de psicología pero que dada su situación esperaríamos a ver que le decían en urgencias para programar nuestras citas, de cualquier manera acordamos que de aquí al término de su embarazo programaríamos una cita por semana en lugar de un paquete, así como que le recordé cuales eran las indicaciones que tenía que llevar a cabo cuando estuviera en hospitalización así como la sesión de cierre.

Al final la despedí y le di las mismas indicaciones a su pareja actual, ambos aprovecharon para hacerme dos preguntas sobre su hijo que les preocupaban, me

comentaron que él niño está raro y que cada vez que traen a la paciente al INPER él dice que se va a morir y que cómo va a ser la caja donde lo van a enterrar, se ve al espejo y se empieza a dar como cachetadas en la cara diciendo como si hablara con otra persona..."cálmate su hijo, cálmate"... eso espantó a la paciente, quien comenta que su madre le decía a su hijo que no le pasaría nada, que ella lo iba a cuidar mientras su mamá estaba en el hospital, así mismo su madre se despidió de ella, el niño le dio la bendición ya que suponían que ese día iban a detener a la paciente en el hospital para dar a luz; dicen que a veces el niño cuando escucha una patrulla se esconde y dice que ya se lo van a llevar a la cárcel.

Brevemente les di mi impresión al respecto enfatizando por un lado que me parecía que la que se había quedado más angustiada por el evento era la paciente más que el pequeño, así como que les sugerí hablarle con palabras muy claras sobre lo que está pasando y porque su mamá viene al hospital. Comenté que cuando los niños son pequeños su pensamiento es diferente al de los adultos y hacen mucho uso de la fantasía, así que si lo veían hablando sólo delante de un espejo no se alarmaran ya que a esa edad es muy común que lo hagan y que incluso el que jueguen o platicuen aparentemente con alguien que no está es esperado y normal a su edad. Finalmente les explique que era básico que estuvieran al pendiente de él y de sus necesidades emocionales ya que seguramente el que venga un nuevo hermanito es un evento que modificará no solo su condición de hijo único sino sus emociones y sentimientos, por lo que habría que estar al pendiente de cómo se estaba sintiendo el niño.

### ***Sesión 9, 03/08/06***

La sesión inició con la propuesta de parte del INPer de llevar el caso de la paciente a un Congreso, se le leyó la carta de autorización así como se le dio una explicación posterior de la misma, aceptando la paciente inmediatamente la petición, por lo que se solicitó la presencia de 2 testigos quienes fueron su madre y una

enfermera del INPer para que firmaran la carta.

Posteriormente al indagar que había pasado en los 15 días que no nos habíamos visto la paciente comentó que después de la sesión 8 fue llevada a urgencias donde la hospitalizaron 3 días ya que presentaba contracciones importantes y el médico sugirió detenerlas ya que no era recomendable que el bebé naciera prematuro. Así que dadas las necesidades económicas que esta situación le demandó no pudo asistir a Psicoterapia la semana pasada ya que no tenían dinero. Comenta que fueron días físicamente agotadores ya que siente grandes malestares físicos dado lo avanzado de su embarazo, entre ellos que no puede ya dormir ni caminar, así como que siente la cadera abierta; con respecto a lo emocional fueron tranquilos, su madre ha estado pendiente en todo momento de lo que le pasa y necesita, con respecto a su relación de pareja, pues ella y su pareja actual no han peleado ya que ambos están poniendo de su parte para estar bien, él por su lado la consciente, le lleva flores, la invita a salir a pasear o a caminar con su hijo al parque, sin embargo la paciente se ha percatado de que ahora siente la necesidad de estar sola y de pensar en como hacerle para cambiar su carácter ya que sabe que de no hacerlo muchas cosas en su vida pueden salir mal, concretamente teme que su relación de pareja se fracture en tanto que por su carácter no puedan arreglar los problemas, con respecto a su hijo desea no traumarlo como ella lo fue por su madre al ser esta maltratadora con ella.

Reflexionamos sobre el porqué pensar que solo de ella dependía el avance o retroceso en las relaciones donde está involucrada, concluyendo que si bien ella pone su granito de arena en que las cosas se den de alguna manera estas están influenciadas por muy diversos factores así como la participación de otras personas.

Con respecto a lo que ella a hecho resaltan los siguientes puntos: dice que de enojarse prefiere salirse a caminar y pensar qué pasó y cómo hacerle para no terminar como siempre con problemas. Le señale que me llamaba la atención que en sesiones previas mencionara la necesidad de estar en compañía de alguien, llámese su pareja actual, madre o su hijo porque no quería sentir la soledad y que ahora más bien buscara sus espacios. Dice que los necesita para pensar en cómo

hacerle para sentirse bien y hacer sentir bien a su pareja actual, últimamente él le ha ofrecido mucho salir y a veces ella no quiere pero su pareja actual entiende que la paciente necesita sus espacios, así que él se lleva a su hijo al parque a jugar fútbol o a pasear, además le dice que saldrán juntos cuando ella quiera hacerlo. La paciente en sus momentos de reflexión teme que de no aceptar esas salidas después él no la quiera invitar a salir porque así le sucedía con su primer pareja, de hecho reconoce que había momentos en que a ella no le gustaba salir con él porque le daba pena que los vieran juntos ya que él se veía mucho mayor que ella, pero a la vez le tranquiliza que su pareja actual respete su necesidad de estar sola. Reflexionamos sobre el porqué pensar nuevamente que su pareja actual tiene que comportarse como su primer pareja cuando en acciones le ha demostrado lo contrario, señalamiento que inmediatamente reconoció y aceptó la paciente diciendo que más bien su temor no es que su pareja actual le haga lo que su primer pareja sino que después ya no la invite a salir y por ende no le demuestre afecto.

Retomamos entonces el sentimiento de rechazo, abandono y soledad que ha sido recurrente en las sesiones y como lo está manejando ahora, dice que a pesar de que lo sigue teniendo está actuando de manera diferente frente a él, por ejemplo buscando sus espacios de soledad, donde a parte de pensar se levanta, se ve al espejo y ahora puede empezar a reconocerse físicamente bonita, así como con deseos de que su hijo no la vea ni la recuerde como una mamá que siempre estaba en cama, acostada, llorando, deprimida, trata de arreglarse, jugar más con su hijo y aunque a pesar de que la sigue desesperando con algunas de sus conductas aunque de repente siente el deseo de pegarle hace grandes esfuerzos para no hacerlo y tratarlo de una manera diferente a la que ella fue tratada cuando niña.

Comentó que a pesar de que tanto ella como su pareja y familia desean que su bebé sea una nena, no están seguros de ello ya que en dos ultrasonidos les han dicho que es varón, le interrogué el por qué deseaba que fuera niña, respondió que ha pensado que aunque su hijo es niño y por su edad está ahora muy apegado a su mamá, ella sabe que cuando crezca las cosas cambiarán y que él se inclinará por estar con su papá así que la dejará sola y si su próximo bebé es nena será diferente

porque cuando crezca estará más con ella le pedirá consejos y no la dejará sola. Le interrogué nuevamente sobre este sentimiento de soledad, el cuál la paciente comentó que le daba pavor, que el estar sola era como saber que nadie le daría afecto, que nadie la querría y que por eso ahora pensaba mucho en el temor que le da el pensar que su mamá puede alejarse o que su pareja actual un día la puede dejar por su carácter. Le pregunté que haría si finalmente el bebé fuera varón o si al pasar de los años a pesar de que fuera nena, las cosas no resultaran como ella las imaginaba con respecto al apego y compañía que ella desea de una hija. Respondió que de ser varón lo querrían igual que de hecho su pareja actual ha comprado ropita blanca, amarilla o verde por si las dudas pero ella cuando tiene su dinerito compra calcetitas o zapatitos de niña, que desea además que sea niña porque se encariñó mucho con su sobrinita que falleció y tenía Síndrome de Down, de hecho ahora le pide a la nena que está en el cielo que su bebé venga bien y que le ayude porque ella es como un angelito. Concluyó gracias a las clarificaciones y señalamientos que lo importante no era el sexo del bebé si no que nuevamente se presentaba en ella el sentimiento de temor a la soledad y que de alguna manera quería tener una compañía segura como la de una hija.

Mencionó que su mamá, su pareja actual y su hijo son para ella motivaciones para salir adelante, especialmente su hijo, por lo que le interrogué el qué sería de la paciente si no estuvieran ellos con respecto a lo que la impulsaría a salir adelante, respondió que no sabría que hacer y tal vez no tendría motivaciones para vivir, por lo que clarificamos que uno de los objetivos de la terapia es que ella fuera su principal motivo para enfrentar lo que le pasa así como su principal motivación independientemente de las personas que estuvieran a su alrededor. Cabe señalar que a la paciente no le quedó muy claro cómo hacerle para no tener que necesitar de un tercero para motivarse, lo cual es entendible dada la psicodinamia que ha presentado su evolución, sin embargo se sembró en ella la duda de que es necesario que ella tenga un plan de vida personal más allá del ser hija, esposa o madre sino también mujer con sus espacios.

Le pregunté que cuál era su plan de vida a corto plazo después del

nacimiento de su bebé, comentó que quiere regresar a estudiar porque desea aprender a ser estilista pero que para eso le piden que termine la secundaria, así que ha visto la opción de terminarla en INEA en un sistema abierto y nocturno, son 4 horas de lunes a viernes que van de las 6 a las 10 de la noche, para después estudiar para estilista. Dice que lo ha platicado con su pareja actual y que está de acuerdo pero le pidió que le dediqué los primeros meses de cuidados y tiempo al bebé así como que no descuidé a su hijo, que deje pasar como 6 meses en lo que le quita el pecho al bebé y está con él en sus momentos importantes para después retomar lo de la escuela. La paciente está de acuerdo con la propuesta, afirma querer salir adelante, trabajar y formar una familia donde sus hijos principalmente la vean bien, bonita, fuerte y dejar de sentir miedo a la soledad. Le sugerí que trate de concretar esos planes y que a pesar de que son a mediano plazo les ponga fecha, es decir, que no los deje pasar ya que forman parte de la automotivación de la que habíamos hablado previamente.

Cerramos la sesión haciendo una recapitulación de lo hablado en la misma, así como preguntas a reflexionar en la semana, mismas que tenían que ver con la soledad, el rechazo y la forma en como lo está empezando a afrontar de una manera diferente ya que si bien ahora es capaz de reconocerlo lo importante es que empiece a afrontarlo y llevar a cabo conductas diferentes. Al final me explicó que la próxima semana tiene cita con su Dr. quien le explicó que ese día le dirán si su bebé nacerá por parto normal o le programarán una cesárea.

### ***Sesión 10, 10/08/06***

La paciente inició la sesión comentando que su semana estuvo muy tranquila y que las cosas con su pareja actual se mantienen estables, está sorprendida porque no han tenido dificultades y ella ya no se ha vuelto a sentir triste o sin ganas de hacer las cosas como antes, dice que esta vez no necesitó estar sola y que accedió en todo momento a las invitaciones de su pareja actual de salir a pasear por

las tardes o a caminar con su mamá, además de mostrar mayor disposición para jugar con su hijo; todo lo anterior a pesar de que físicamente por ser las últimas semanas de embarazo está más cansada, no puede ya ni dormir, todo el tiempo siente la necesidad de estar haciendo del baño así como que se siente pesada por el sobrepeso que tiene. El doctor le dijo que tiene que controlar su manera de comer, evitando por ejemplo las cenas ya que de no hacerlo habría dificultades para que el bebé naciera por parto normal por lo grande que ya está. De hecho aunque le programaron cesárea para el jueves 24 de agosto a las 7 de la mañana, el médico le dijo que lo hicieron hasta esa fecha porque piensan que hay probabilidad de que antes ella tenga contracciones y el bebé nazca por parto normal. La paciente comenta que le es indistinta la manera en que nazca su bebé, sabe qué es una cesárea porque su hijo nació así y ha vivido en varias ocasiones las contracciones en este embarazo, dice que no entiende como hay mujeres que llegan desesperadas con el Dr. porque ya no aguantan con el bebé adentro, ha escuchado como algunas gritando o llorando le piden al Dr. que les saque al bebé porque ya no aguantan, por lo que la paciente dice no entender porque la impaciencia y preferir que su bebé esté dentro de ella hasta que esté listo para nacer a pesar de las incomodidades físicas.

Lo anterior sirvió para señalarle a la paciente que esa actitud ante el momento del parto es en parte reflejo de sus avances en la psicoterapia en tanto que se muestra tolerante a la espera a pesar de que esa espera sea molesta, por lo que le interrogué el como le había hecho para enfrentar esta situación de una manera diferente a la que usualmente estaba acostumbrada (impulsiva); respondió que ha reflexionado y se ha dado cuenta de que se siente mejor en general y que eso hace que haga las cosas de manera diferente, sabe que ya no siente ganas de morirse si no de vivir y hacer las cosas bien, ahora junto con su pareja actual le ha podido poner límites a su hijo, antes pensaba que no quería ser como su mamá y le daba y compraba todo lo que quería su hijo, reconoce que le hizo daño ya que cuando ella se enojaba con el pequeño le pegaba, ahora sabe que la que manda en casa con respecto a su hijo es ella y su pareja actual ya que son los adultos.



Expresó su preocupación por que el médico les dijo que puede que en lugar de ser un bebé sean dos, ya que desde que el embarazo estaba en sus primeras semanas de gestación detectaron un paringioma por lo que en el último ultrasonido se vió que hay un saco gestacional y algo que parece un cuate de agua. A raíz de lo anterior tanto ella como su pareja actual están preocupados ya que no están preparados para recibir a dos bebés, dice que de hecho habían planeado tener otro bebé pero cuando su hijo estuviera en la secundaria y el bebé tuviera unos 7 años, pero que de ser 2 los recibirían bien, de hecho presiente que puede ser cierto ya que su mamá soñó que la paciente tenía 2 hijos. Cabe señalar que explorando más acerca de la relación con su madre la paciente se dio cuenta que a pesar de todos los maltratos que recibió en el pasado de su parte ahora puede ver que su mamá está haciendo todo lo posible por mejorar la relación así como por portarse bien con ella como antes no lo había hecho, lo cual a ella no le hace olvidar el trato que le dio en el pasado pero si entender que a su madre nadie la apoyo psicológicamente y que tal vez antes ella no pudo cambiar su manera de ser y ahora con las pláticas y cambios que ha visto en la paciente, sí.

Comenta que estuvo pensando mucho en lo que platicamos la semana pasada sobre *el sexo de su bebé, concluyó que no importa si es nena o bebé que lo que ella quiere ser es una buena mamá para sus hijos y que independientemente del sexo ella quiere cuidarlos, quererlos, darles amor, consejos y sugerencias para que sean personas de bien.* Retomamos la parte de los diferentes roles que ella juega en su vida, el de hija, mamá, esposa, principalmente pero que qué había del de mujer, persona, así como del esbozo de plan de vida a mediano plazo que habíamos comentado. Dice que lo platico nuevamente con su pareja actual y ambos están de acuerdo en que la paciente terminé la secundaria y estudie una carrera técnica pero que cuando el bebé que va a nacer tenga más de un año y que se regularicen los gastos que han tenido con el embarazo, así como que pase en diciembre la presentación de su hijo y el bautizo del bebé.

Interrogue qué había pensado del tema de su sentimiento de soledad, el cual había sido una constante en la terapia, respondió que se ha dado cuenta que *no*

*necesita de su mamá ni de su pareja actual para sentirse bien, que ahora quiere hacer las cosas por ella misma, que se arregla, sale y está dispuesta a ir haciendo poco a poco cosas para sentirse mejor con ella misma y así estar bien con su mamá, su hijo y su pareja actual, estando motivada para hacer una familia bien, reconociendo que ella es su principal motivación para sacar adelante todo lo que quiere.*

Debido a que probablemente (a pesar de que le programaron cesárea) su bebé nazca por parto normal llevé a cabo un pequeño cierre donde le expliqué nuevamente lo que debía hacer cuando estuviera en piso así como la sesión posparto, recordándole que los logros alcanzados a lo largo de las 10 sesiones que habíamos trabajado era gracias al esfuerzo, compromiso, puntualidad así como reflexión de su parte, le exprese el gusto que me daba verla en una situación diferente a la que estaba cuando la conocí, haciéndole hincapié en que a pesar de que durante toda su vida se enfrentaría a situaciones problemáticas lo importante es que ahora tenía herramientas para afrontarlas de una manera más sana en tanto que había sido capaz de darse cuenta como su historia de vida había influido en su manera de comportarse pero que a su vez tenía que ir cambiando poco a poco esa manera de reaccionar y vincularse afectivamente con las personas ya que de no hacerlo podría perder el tener una familia bien como tanto lo desea. Le señalé además que era muy valioso las conclusiones a las que había llegado con respecto a su madre en tanto que la pudiera concebir como una persona más real, a la cual le viera tanto sus defectos en el trato que le dio como las cualidades, particularmente ahora que ella está haciendo un esfuerzo para sanear la relación que tiene con la paciente; por lo que era importantísimo que en general aprendiera a ver a las personas de una manera más íntegra, reconociendo tanto sus cualidades como defectos, así como no llevando al extremo sus sentimientos sino también integrarlos para poder reaccionar ante las situaciones de una manera más real y no solo por el impulso de un enojo o por la alegría excesiva de un momento agradable.

Mientras yo le decía dichos señalamientos y clarificaciones a la paciente, ella empezó a llorar, al final le pregunté que qué pensaba y sentía al respecto, contestó

que *mucha emoción ya que nunca nadie le había dicho palabras tan bonitas*, haciendo referencia a sus capacidades para hacer las cosas bien así como el sentimiento de que a alguien le importaba que ella estuviera bien y estuviera orgullosa de que ella hiciera las cosas bien, recordó que ni su mamá lo ha hecho y que a veces le gustaría que su pareja actual se lo dijera, inmediatamente aceptó que su pareja actual tiende a ser cariñoso y meloso pero no lo expresa con palabras, por lo que le sugerí hacer la reflexión de cómo podría hacerle para conseguir lo que necesita de su pareja actual al respecto, respondió que decírselo, que muchas veces espera recibir algo de él pero que tal vez él no lo sabe porque ella no se lo dice.

Finalmente le hablé de lo necesario que era seguir el tratamiento en otra institución cuando pariera, comentó que está triste porque no quiere dejar la terapia, además de que piensa que no le gustaría tener otra terapeuta. Le expliqué que el acompañamiento que le daba el Inper era limitado en cuanto a tiempo pero que si le recomendaba seguir su tratamiento era porque sabía que era lo que ella necesitaba, así que en la vida hay veces que uno tiene que perder o soltar cosas o personas para crecer, que de ninguna manera la estaba abandonando, de hecho mi interés era que ella siguiera avanzando, que no la estaba dejando sola, por el contrario, la seguiría acompañando pero de una manera diferente al sugerirle algunos lugares para que acudiera pero que eso lo hablaríamos en la sesión posparto.

---