



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

11/1/81
K. Guinda

"EL DISCURSO DE LA MADRE Y EL SINTOMA DEL NIÑO"

ASESOR:

DRA. EMILIA LUCIO
AREA CLINICA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
SYLVIA RAFFUL JABER

México, D. F.

1987

M-0045861



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.

" Emma deseaba un hijo: había de ser fuerte, moreno, y se llamaría Georges. Esta idea de tener por hijo un varón era como la esperanza de un desquite de todas sus pasadas impotencias. Al menos un hombre es libre, puede tener pasiones, correr países salvar obstáculos, saborear dichas más lejanas. Pero una mujer está privada constantemente de todo; inerte y flexible a la vez, tiene en su contra todas las debilidades de la carne y la tiranía de la ley. Su voluntad es como el velo de un sombrero retenido por un cordón, que se agita a todos los vientos. Siempre hay un deseo que arrastra, un convencionalismo que retiene.

Dio a luz un domingo, a las seis de la mañana, al salir el sol -¡ Es una niña !- dijo Charles.

Emma volvió la cabeza y se desmayó. "

Gustave Flaubert

TPs. 4384

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
MARCO TEORICO	4
CAPITULO II	
ALGUNOS ESTUDIOS Y DATOS ACERCA DEL TEMA	18
CAPITULO III	
METODOLOGIA	30
1.- Planteamiento del problema	
2.- Muestra	
3.- Sujetos	
4.- Instrumento	
5.- Procedimiento	
6.- Tratamiento de los datos	
CAPITULO IV	
RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS	36
CAPITULO V	
DISCUSION Y CONCLUSIONES	77
APENDICE	80
BIBLIOGRAFIA	85

I N T R O D U C C I O N

El tema de la "sexualidad" es un asunto muy general, ambiguo y oscuro a pesar de que todas las corrientes teóricas, al menos en Psicología, pretenden arrojar luz. Pero si a la "sexualidad" agregamos "femenina", todo se complica y oscurece aún más.

A lo largo de toda su obra, Freud comenta lo "lagunosos", "impenetrables", "oscuros", "vagos", "insatisfactorios", de los conocimientos e investigaciones acerca de la sexualidad femenina.

Pero a qué aspecto de la sexualidad femenina nos referimos? El tema puede incluir varios subtemas: menarca, menstruación, desfloración, frigidez, esterilidad, embarazo, parto, lactancia, climaterio y maternidad, entre otros. En este trabajo nos referimos a la maternidad.

¿Qué es un hijo para una mujer? ¿Y una hija? ¿Para qué mujer? ¿Qué desea una mujer frente a su hijo(a)? Cuestiones que sólo se explican a través de la historia materna: ¿Quería un hijo de su padre? ¿o de su madre? ¿qué sexo esperaba? ¿qué lugar le da al sexo y al deseo del marido: desea ser deseada? ¿el hijo colmará todas sus aspiraciones o por el contrario, ¿el hijo nunca será suficiente?

Este trabajo pretende organizarse a propósito de una pregunta surgida de la experiencia clínica de cinco años de trabajo en el servicio de Psicología en Consulta Externa

en un hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social. La pregunta es: ¿por qué es significativamente más elevada la demanda de atención para niños que para niñas? El fenómeno en adultos se presenta directamente inverso: significativamente más elevada la consulta para mujeres que para hombres.

En el caso de los niños la proporción es 7-3 respectivamente. El 100% de los casos es llevado por la madre, -- excepcionalmente acude el padre con la madre. En algunos casos el niño(a) para el(la) que se solicita la consulta no presenta síntomas. En otros, el síntoma que -- presenta no es distinto al de los hermanos para los que no se solicita consulta.

La muestra consistió en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, adscritas al Hospital de Zona "Gabriel Mancera" y que solicitaron consulta para sus hijos(as) a partir de enero'85, y hasta reunir 22 casos. Sus edades oscilaron entre los 21 y los 50 años.

Para el presente trabajo se diseñó una entrevista con -- lineamientos psicoanalíticos como pretexto para hablar -- con la madre. Dentro de esta misma corriente teórica -- estará la discusión de casos.

El interés de trabajar el tema estaría en la ausencia de estudios que traten de factores psicodinámicos: plantear

nos preguntas alrededor del discurso materno que pudieran dar cuenta del síntoma del niño(a), y no conformarnos con explicaciones terminales (biológicas, culturales ideológicas, etc.) que cierran el problema y obturan el discurso, único material de trabajo con el que podemos contar.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

Ante la necesidad de situar el problema de este trabajo es necesario delimitar un sólo aspecto de la feminidad:-- ¿qué es un hijo para una mujer? ¿qué es una hija?

S. Freud es el primero en estudiar sistemáticamente el tema, entonces lo abordaremos desde la perspectiva psicoanalítica freudiana en Freud.

A lo largo de su teoría y desde los primeros escritos -- hasta los últimos, Freud resalta frecuentemente "el enigma de la feminidad", ese "continente oscuro", "¿qué desea una mujer?" , "¿qué demanda la niña pequeña a su madre?" , "la vida amorosa de las mujeres permanece todavía en una oscuridad impenetrable".

Sin embargo no perdamos de vista que el psicoanálisis se funda con mujeres: las histéricas; los síntomas histéricos son de etiología sexual. Esto descubierto por Freud en época tan temprana como 1893-1895 (1). Algo entonces sabía de las mujeres.

Haremos un recorrido para ver que es lo que Freud sabía de las mujeres, sin perder de vista el tema central de este trabajo.

En épocas muy tempranas Freud trataba el desarrollo sexual de la niña paralelo al del varón, sin embargo, en 1931 dice "... Hace mucho que hemos resignado toda expectativa de hallar un paralelismo uniforme entre el desa--

(1) Estudios sobre la histeria

rrollo sexual masculino y el femenino" (2)

Una de estas diferencias fundamentales es que "...mientras que el complejo de Edipo del varón se va al fundamento debido al complejo de castración el de la niña es posibilitado e introducido por este último" (3) "...Los efectos del complejo de castración son más uniformes en la niña pequeña, y no menos profundos. Desde luego, -- ella no tiene que temer la pérdida del pene, pero no puede menos que reaccionar por no haberlo recibido" (4)

"...la muchacha hace responsable a la madre de su falta de pene y no le perdona ese perjuicio" (5) "...la madre le denegó un pene" (6) "...le reprocha no haberla dotado de un genital correcto, vale decir, de haberla parido mujer" (7)

Esta denegación del pene a la niña marca el desenlace de la inicial ligazón madre-hija ya que hasta entonces el desarrollo de niñas y niños si es paralelo: la madre como primer objeto de amor para ambos sexos. Niño y niña hasta entonces han tenido ocasión de experimentar con -- respecto a la madre: "...postergaciones, desengaños de amor, celos, seducción con la prohibición subsiguiente" (8), pero el varón continúa a pesar de esto su ligazón

(2) Sobre la sexualidad femenina, 228 p.

(3) Algunas consecuencias psíquicas. 275 p., 1925

(4) Op. Cit, p. 192

(5) Esquema del psicoanálisis, 115 p., 1940

(6) 33a Conferencia, 119 p., 1933

(7) Sobre la sexualidad femenina, 235 p., 1931

(8) 33a Conferencia, 119 p., 1933

con la madre y la niña no. La explicación que Freud encuentra entonces para el desenlace de la ligazón madre-niña, es lo específico para ésta de que la madre le haya denegado un pene.

Así, con respecto a la niña "...se puede decir que todo su desarrollo se consuma bajo el signo de la 'envidia - del pene' " (9).

A partir de aquí la niña según Freud, tiene tres posibles caminos:

1.- "Extrañamiento respecto de la sexualidad. La mujercita, aterrorizada por la comparación con el varón, - queda descontenta con su clítoris, renuncia a su quehacer fálico y, con él, a la sexualidad en general, así como a buena parte de su virilidad en otros campos".

2.- "En porfiada autoafirmación, retiene la masculinidad amenazada; la esperanza de tener alguna vez un pene persiste hasta épocas increíblemente tardías, es elevada a la condición de fin vital, y la fantasía de ser a pesar de todo un varón sigue poseyendo a menudo virtud -- plasmadora durante prolongados períodos. También este - 'complejo de masculinidad' de la mujer puede terminar en una elección de objeto homosexual manifiesta".

3.- "Sólo aquí, se desemboca en la final configura---

(9) Esquema del psicoanálisis, 192 p., 1940

ción femenina que toma al padre como objeto y así halla - la forma femenina del complejo de Edipo" (10)

Seguimos el desarrollo de este tercer camino en el que la niña ha "...resignado a la madre y la sustituye por otra persona como objeto de amor: el padre. Cuando una ha perdido un objeto de amor, la reacción inmediata es identificarse con él, sustituirlo mediante una identificación desde adentro, por así decir. Este mecanismo acude aquí en socorro de la niña pequeña. La identificación-madre puede relevar ahora a la ligazón-madre. La hijita se pone en el lugar de la madre, tal como siempre lo ha hecho en sus juegos; quiere sustituirla al lado del padre, y ahora odia a la madre antes amada, con una motivación doble: - por celos y por mortificación a causa del pene denegado. Su nueva relación con el padre puede tener al principio - por contenido el deseo de disponer de su pene, pero culmina en otro deseo: recibir el regalo de un hijo de él. Así, el deseo del hijo ha reemplazado al deseo del pene, - o, al menos, se ha escindido de este". (11)

¿Cómo es que el deseo del hijo reemplaza al deseo del pene? Freud en "Sobre las trasposiciones de la pulsión, - en particular del erotismo anal", desarrolla la ecuación simbólica: heces-pene-hijo: "...en las producciones de - lo inconsciente (ocurrencias, fantasías y síntomas) los - conceptos de caca (dinero, regalo), hijo y pene se distin

(10) Sobre la sexualidad femenina, 231 p., 1931

(11) Esquema del psicoanálisis, 193 p., 1940

guen con dificultad y fácilmente son permutados entre sí..
 ..esos elementos a menudo son tratados en lo inconsciente como si fueran equivalentes entre sí y se pudiera sustituir sin reparo unos por otros "II8 p. .." En algunas mujeres no se registra en absoluto el deseo del pene; su lugar está ocupado por el deseo del hijo" "II9 p. .." El hijo es considerado por cierto como que se desprende del cuerpo por el intestino... Un testimonio lingüístico de esta identidad entre hijo y caca es el giro 'recibir de regalo un hijo'. En efecto, la caca es el primer regalo, -- una parte de su cuerpo de la que el lactante sólo se separa a instancias de la persona amada y con la que testimonia también su ternura sin que se lo pida... Es probable que el siguiente significado hacia el que avanza la caca.. .. sea el regalo. El niño no conoce otro dinero que el -- regalado... Como la caca es su primer regalo, transfiere fácilmente su interés de esa sustancia a la que le aguarda en la vida como el regalo más importante. Entonces, una parte del interés por la caca se continúa en el interés -- por el dinero; otra parte se transporta al deseo del hijo" I20-I pp.

Freud también habla de la citada ecuación en "La historia de una neurosis infantil": "...La caca es el primer regalo, la primera ofrenda de la ternura del niño; es una parte del cuerpo propio de lo que uno se despoja, pero sólo -- en favor de una persona amada ...En un estado posterior --

del desarrollo sexual la caca cobra el significado del hijo. En efecto, el hijo es parido por el ano como las heces. El significado de la caca como regalo admite fácilmente esta mudanza. El lenguaje usual designa al hijo como un "regalo" ; la mujer enuncia con más frecuencia haber "regalado un hijo" al varón, pero en el uso del inconsciente se toma en cuenta con derecho el otro lado de la relación, a saber, que la mujer ha "recibido" el hijo como regalo del varón."75-6 pp.

Hasta aquí y a grandes rasgos la relación de la mujer con pene-hijo. Desde el deseo infantil del pene hasta el deseo adulto femenino de un hijo.

Revisemos ahora también en Freud la relación madre-hijo.

En "Introducción del narcisismo" Freud dice: "...Si consideramos la actitud de padres tiernos hacia sus hijos habremos de discernirla como renacimiento y reproducción del narcisismo propio, ha mucho abandonado. La sobreestimación, marca inequívoca que apreciamos como estigma narcisista ya en el caso de la elección del objeto, gobierna, -- como todos saben, este vínculo afectivo. Así prevalece -- una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones (para lo cual un observador desapasionado no descubriría motivo alguno) y a encubrir y olvidar todos sus defectos (lo cual mantiene estrecha relación con la desmentida de la sexualidad infantil). Pero también prevalece la --

proclividad a suspender frente al niño todas esas conquistas culturales cuya aceptación hubo de arrancarse al propio narcisismo, y a renovar a propósito de él la exigencia de prerrogativas a que se renunció hace mucho tiempo. El niño debe tener mejor suerte con sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades objetivas cuyo imperio en la vida hubo de reconocerse. Enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe ser de nuevo el centro y el núcleo de la creación... Debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres... El conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres, que en su trasmutación al amor de objeto revela inequívoca su prístina naturaleza." 87-8 pp.

A propósito de esta relación madre-hijo, Freud resalta que "los hijos reaccionan a menudo con la actitud de Edipo debido a una incitación de los padres, que con suma frecuencia se dejan guiar en su elección de amor por la diferencia sexual de suerte que el padre prefiere a la hija, la madre al hijo o, en caso de enfriamiento en el matrimonio, lo toma por sustituto del objeto de amor desvalorizado"(12)

"...La madre dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa y lo mece, y claramente

(12) 13 Conferencia 189-190 p.p., 1916.

mente lo toma como sustituto de un objeto sexual de pleno derecho" (13)

A propósito de lo que representa un hijo varón para una mujer, Freud es muy explícito en varios lugares de su obra. En la 33a. Conferencia dice: "...Que el antiguo factor de la falta de pene no siempre ha perdido su fuerza - se demuestra en la diversa reacción de la madre frente al nacimiento de un hijo según sea varón o mujer. Sólo la relación con el hijo varón brinda a la madre una satisfacción irrestricta; es en general la más perfecta, la más exenta de ambivalencia de todas las relaciones humanas. La madre puede transferir sobre el varón la ambición que debió sofocar en ella misma, esperar de él la satisfacción de todo aquello que le quedó de su complejo de masculinidad... con harta frecuencia sólo el hijo varón recibe lo que el varón pretendía para sí" 123-4 "...Es grande la dicha cuando ese deseo del hijo halla más tarde su cumplimiento en la realidad y muy especialmente cuando el hijo es un varoncito que trae consigo el pene anhelado". 119 p.

Existe otro comentario más de Freud con respecto a la relación madre-hijo varón, en "El malestar en la cultura": "...La agresión no ha sido creada por la institución de la propiedad; reinó casi sin limitaciones en épocas primordiales cuando esta era todavía muy escasa, se la advierte ya

(13) Tres ensayos...203 p., 1905

en la crianza de los niños cuando la propiedad ni siquiera ha terminado de abandonar su forma anal primordial, -- constituye el trasfondo de todos los vínculos de amor y ternura entre los seres humanos, acaso con la única excepción del que une a una madre con su hijo varón". 110 p.

En "Psicología de las masas..." y también a propósito de la relación madre-hijo: "...casi toda la relación afectiva íntima y prolongada entre dos personas -matrimonio, amistad, relaciones entre padres e hijos- (quizá con la -- única excepción del vínculo de la madre con el hijo varón que, fundado en el narcisismo, no es perturbado por una posterior rivalidad y es reforzado por un amago de elección sexual de objeto) contiene un sedimento de desautorización y de hostilidad que sólo en virtud de la represión no es percibido". 96 p.

Revisemos ahora algunos fragmentos del libro de Maud Mannoni, llamado "El niño, su "enfermedad" y los otros", y veamos como sitúa el problema al incluir a los otros que tienen que ver con el niño en cuestión:

"La sociedad le confiere al niño un status puesto que le encomienda, sin que él lo sepa, la realización del futuro del adulto: la misión del niño consiste en reparar el fracaso de los padres e incluso en concretar sus sueños perdidos. De este modo, las quejas de los padres con respec

to a su descendencia nos remiten ante todo a la problemática propia del adulto". 7p.

Mannoni continúa diciendo que al oír hablar a un niño "tenemos que comprender quien (habla), porque el sujeto del discurso no es necesariamente el niño" 25p.

"Es la palabra del adulto la que habrá de marcar y determinará las modificaciones ulteriores de la personalidad del niño". 38p.

"el síntoma del niño incluye siempre al sujeto y al Otro. Se trata de una situación en la cual el enfermo trata de entender, dando un rodeo a través de un fantasma de castración, la manera en que él se sitúa frente al deseo del Otro. "¿Qué quiere de mí?" " 39p.

"La palabra precisa no es fácil de introducir porque remite a la madre a su propio sistema de referencias. Si ciertas respuestas deben quedar precluidas para ella, entonces al niño le será difícil introducir su pregunta como no sea por medio del desorden de su comportamiento". 33 p.

Así, existen "las pantallas que el adulto levanta para que el niño permanezca en cierto no-saber". 33 p.

"Allí donde, en las frases de la madre, el adulto puede ver, sólo aquello que el llama lo manifiesto, el niño, -- menos reprimido, recibe un mensaje más rico". 49 p.

"El síntoma viene a ocupar el puesto de una palabra que falta ...el síntoma viene como máscara o palabra cifrada. En ese síntoma participa la madre...vemos al síntoma -- acompañado por la palabra engañadora." 50 p.

"El niño que nos traen no está sólo, sino que ocupa un si tío determinado en el fantasma de cada uno de los padres. En cuanto sujeto, él mismo se encuentra a menudo alienado en el deseo del Otro. El niño no puede ser aislado artificialmente de cierto contexto familiar: desde el -- comienzo tenemos que contar con los padres, con su resis tencia y con la nuestra. El discurso del niño nos revela siempre un tipo particular de relación con la madre. La enfermedad del niño constituye el lugar mismo de la - angustia materna, una angustia privilegiada que generalmente interfiere la evolución edípica norma." 65 p.

Lo que se pone de manifiesto es cómo el niño queda marcado, no sólo por la manera en que se lo espera antes de - su nacimiento, sino por lo que luego habrá de represen-- tar para cada uno de los padres en función de la histo-- ria de cada uno de ellos. Su existencia real va a chocar así con las proyecciones inconscientes de los padres de donde provienen los mal entendidos. Si el niño tiene

la impresión de que le está cerrado todo acceso a una palabra verdadera, en ciertos casos puede entonces buscar una posibilidad de expresión en la enfermedad. Toda demanda de curación de un niño enfermo hecha por los padres debe ser situada ante todo en el plano fantasmático de los padres (y particularmente en el de la madre),

¿Qué representa para ella el significante "niño" y el significante "niño enfermo" ?

"Posteriormente esta demanda debe ser comprendida en el nivel del niño (se siente implicado por la demanda de curación? ¿cómo utiliza su enfermedad en sus relaciones con el Otro?). El niño sólo puede comprometerse en un análisis por su propia cuenta si se encuentra seguro de que está sirviendo sus intereses y no los de los adultos." 82 p.

"Los padres siempre están implicados de cierta manera en el síntoma que trae el niño. Esto no debe perderse de vista, porque allí se encuentran los mecanismos mismos de la resistencia: el anhelo inconsciente "de que nada cambie" a veces tiene que hallarse en aquél de los padres que es patógeno. El niño puede responder mediante el deseo "de que nada se mueva", reparando así (perpetuando su síntoma) sus fantasmas de destrucción con respecto a su madre." 97 p.

"El niño enfermo es el representante o el soporte del malestar de los padres: pero se trata de un malestar que se desea mantener precluido. (Discurso cerrado)" 120-1 p.

"¿Quién representará en el análisis la ley de la terapia: la madre, el padre, el niño o el analista? ¿Quién desea la curación? ¿Qué significa la curación para quien la desea? ¿Por qué viene el niño, para quién?" 172 p.

"El analista se encuentra enfrentado de entrada con la -- impotencia, la perversión, la delincuencia, la locura -- del adulto, de un adulto cuya palabra ha resultado transmitida a través de la familia. El niño se convierte en el representante de una maldición o simplemente en el representante de lo que no debe ser descubierto." 180 p.

¿Para quién debe el niño seguir siendo el loco, para encubrir a quién, para tapar qué?

Escuchar a la madre no significa analizarla; invitarla a hablar permite que en su discurso entre aquello que de lo contrario permanecería en lo no dicho, y dentro de -- eso no dicho están los fantasmas sexuales de la madre -- que mediante su síntoma el niño representa." 182 p.

Para concluir Mannoni dice "...he insistido acerca de la necesidad de poder localizar lo que representa el niño --

dentro del mundo fantasmático de los padres (y, por supuesto también dentro del mundo del analista) porque el niño - no es sólo el objeto de todas las proyecciones, sino que - también es aquello que sirve para enmascarar la falta de ser del adulto. Creo haber mostrado también que el sentido sólo puede aparecer en un análisis cuando se sitúa mejor al sujeto dentro de su discurso en relación con su demanda y su deseo. 193 p.

La cura del niño afecta a la posición del adulto ante el - deseo. 195 p.

CAPITULO II
ALGUNOS ESTUDIOS Y DATOS ACERCA DEL TEMA

Al revisar material para intentar dar cuenta teóricamente de la incidencia en la conducta psicológica de mayor demanda de atención para varones que para niñas, siendo que en adultos el problema es inversamente proporcional, se encontró con lo siguiente: los autores se pueden agrupar en tres tendencias con respecto al fenómeno que nos ocupa.

- 1.- No consignan la diferencia, pero al presentar sus ejemplos o casos, esa diferencia existe.
- 2.- Consignan la diferencia pero no proporcionan una posible explicación.
- 3.- Consignan la diferencia y proporcionan explicaciones neurológicas, biológicas, culturales, ideológicas, etc.,- pero no factores psicodinámicos.

Leo Kañner (1976) en "Fundamentos de Psiquiatría Infantil" no consigna la diferencia en general, pero revisando su casuística nos encontramos 40 casos de varones y 16 de niñas, representando así el 72% - 28% respectivamente. Y al hablar de enuresis en particular dice: "...62% de los pacientes eran varones y 38% mujeres. Según algunos, la enuresis se produce en ambos sexos casi con la misma frecuencia. No obstante Thursfield encuentra preponderancia en las mujeres. Debe recordarse que hay madres menos dispuestas a revelar la costumbre de orinarse de una hija que de un hijo" 449 p.

Dicho así sin ninguna argumentación teórica cae en el terreno del prejuicio, del sentido común, pues no es obvio que las madres estén menos dispuestas a revelar la costumbre de orinarse de una hija que de un hijo" ; y en todo caso si así fuera, sigue siendo un enigma el por qué la dificultad de revelar la enuresis de una hija.

En el libro "La dislexia en la niñez" de Julio B. de Quirós y M. Della Cella (1975), los argumentos pertenecen al orden de la neurología y la herencia: "...con respecto al sexo, todos los autores concuerdan en que las dificultades específicas para la lectura y la escritura son mucho mayores en los varones que en las niñas (tres a cuatro veces más), suponiendo Cohen y Ortíz que esto estaría causado por una más lenta maduración de los niños respecto de las niñas. En términos generales las cifras oscilan entre un 70% y un 80% de varones contra un 30 a un 20% de niñas que padecerían este problema (dentro del total de disléxicos)" 111 p. "...a medida que el aprendizaje avanza y la edad del niño también, la incidencia de esta afección parece disminuir y la recuperación de las niñas en la adquisición de la lectura el deletreo y la escritura parece ser superior que en el caso de los niños". 112 p. "...hay una gran probabilidad de que exista una herencia autosómica y de que la dislexia se produzca con tanta frecuencia en niños como en niñas, si bien en éstas

el sexo u otros factores (probablemente relacionados con el sexo) puedan actuar durante la evolución facilitando - poco a poco la superación del proceso". 113 p.

¿Cuáles serían esos otros factores relacionados con el se xo? Tal vez factores psicodinámicos.

Otro autor, Didier J. Duche en su libro "La enuresis" - (1972) dice que: "...En la mayoría de las estadísticas se considera que la enuresis se da más comunmente en el va-- rón". 38 p. En este mismo libro Duche cita tres auto-- res; Bleyer, piensa que la enuresis no se basa en ninguna diferencia anatómica o fisiológica: Bakwin, supone que - la diferencia está en relación con la mayor preocupación de limpieza de las hijas y su mayor accesibilidad al -- adiestramiento: Y. Fayol sugiere las siguientes hipóte-- sis: "el desarrollo del niño es más lento durante los pri meros años que el de la niña. Los lazos que vinculan al niño con la madre son, posiblemente más estrechos; el ni-- ño es más tiránico frente a su madre, con una mezcla de - amor y agresividad: el contacto con el mundo exterior se establece para él de un modo más lento". 40 p.

Como mencionábamos ya arriba a propósito de Kanner esta-- mos con Duche otra vez en el terreno de lo descriptivo, - lo fenomenológico, y de lo ideológico: ¿por qué las hijas

se preocuparían más por la limpieza y por qué son más accesibles al adiestramiento? ¿No existirán factores psicodinámicos en esto? ¿Qué hace que el desarrollo del niño sea más lento? ¿la biología? ¿la neurología? ¿la ideología?

Elizabeth M. Koppitz menciona con respecto a problemas emocionales a 97 varones y 39 niñas, o sea, 71.3% y 28.7% -- respectivamente; y a propósito de sujetos con lesión cerebral habla de 87 varones y 16 niñas, 84.5% y 15.5% respectivamente, no proporciona ningún tipo de posible explicación.

S.M. Finch en "Fundamentos de psiquiatría infantil" (1976) no consigna el dato pero haciendo la relación de la casuística presentada se encuentran 40 casos de varones que resulta ser el 70.2% y 17 casos de niñas que representa el 29.8%.

Asimismo Richard Gardner en su trabajo "El libro para chicos de padres separados" (1970), no consigna el dato pero su casuística arroja: 39 varones 71% y 16 niñas 29%.

En "El niño hiperquinético" de Velasco Fernández se menciona que: "La disfunción cerebral con predominio de las manifestaciones conductuales afecta en mayor grado a los varones. Las cifras más aceptadas denotan una diferencia de 3 y 4 a 1 respecto de las niñas". 24 p.

Ahora veamos que dicen L.J. Stone y J. Church en su libro "El escolar de 6 a 12 años" : "Las expectativas respecto de los varones orientadas a las realizaciones, las expectativas en conflicto y la carencia de modelos adecuados puede explicar el hecho de que ellos sean más propensos que las niñas a problemas afectivos de mayor o menor importancia, a problemas escolares y a problemas de conducta. La tartamudez, las dificultades para la lectura, la enuresis nocturna, los 'tics', la conducta indisciplinada, los trastornos equizofrénicos y los conflictos con las autoridades son mucho más frecuentes en los varones que en las niñas.. ..Pero la frecuencia de la mala conducta en ambos sexos no depende sólo de lo que hacen los niños, sino también del modo en que los juzgan los adultos. Las investigaciones han demostrado que el mal comportamiento de las niñas es juzgado con más benevolencia que el de los varones -en parte por que éstos, con mas energía disponible, hacen mas ruido- lo que sugiere que la mayor frecuencia del mal comportamiento en los varones puede ser una creación de la mayor sensibilidad de los adultos ante el mismo... y no hay que olvidar que las personas que juzgan la conducta y clasifican en la escuela son a menudo mujeres". 53 p.

Aquí a pesar de todo por lo menos se hace entrar de alguna manera "a los adultos que juzgan y clasifican", los síntomas del niño.

En el único material revisado en que los datos cambian sig

nificativamente es en el libro "El maltrato a los hijos" de Jaime Marcovich. Aquí si se consigna el dato y existen diferentes ensayos interpretativos de distintos autores. El 44.5% de los hijos golpeados son varones y el 45.6% son niñas (el 9.9% restante es sexo no especificado). Así en este único caso las cifras casi se igualan.

Por otro lado revisemos algunos datos estadísticos de artículos en la revista "Salud Mental" (órgano oficial del Instituto Mexicano de Psiquiatría) a) "La investigación epidemiológica de las alteraciones mentales: trascendencia, métodos y lineamientos para su desarrollo en México". En este artículo se citan aspectos epidemiológicos de las principales alteraciones mentales según criterios del DSM III (V/7, A/7, No. 4, 1984). 14-15 p.

--Retardo mental: Dos veces más frecuente en hombres que en mujeres.

--Trastornos de déficit de atención: Diez veces más frecuente en niños que en niñas.

--Trastornos de conducta: Cuatro a doce veces más frecuente en hombres que en mujeres.

b) "Los niños con problemas de conducta y aprendizaje: recolección de datos clínicos" (V/6, A/6, No. 1, 1983).

Este estudio fue realizado en "La unidad terapéutica para

niños y adolescentes" (UTNA) de la S.S.A., con la finalidad de conocer la población. Algunos resultados son los siguientes:

--En el 84% de los casos la madre fue la informante.

--El 68% de la población atendida son varones y el 32% niñas.

--El lugar que ocupa el paciente dentro de los hijos es así:

1°	36 %	4°	14 %	7°	2 %
2°	18 %	5°	6 %	9°	2 %
3°	14 %	8°	4 %	10°	2 %

Edad de la madre:

25 - 29	años	:	34 %
30 - 34	"	:	24 %
35 - 39	"	:	20 %
40 - 44	"	:	10 %
45 - 49	"	:	8 %
20 - 24	"	:	4 %

Edad del padre:

30 - 34	años	:	26 %
35 - 39	"	:	26 %
40 - 44	"	:	12 %

Más de 50 años	:	10 %
45 - 49	"	: 8 %
25 - 29	"	: 4 %
20 - 24	"	: 2 %

A la UTNA asiste una cantidad mayor de niños que de niñas y éstos están en relación de dos a una. Se vio que entre los hombres las edades más significativas son 8 y 6 años, en este orden, mientras que en las mujeres son 6, 7 y 9 las edades más frecuentes.

En relación a los antecedentes familiares, lo más importante fue observar que el 30% de los casos tiene hermanos con síntomas similares.

Embarazo deseado y programado fue 54 %. (14-20 p).

c) "Los servicios de salud mental para niños y adolescentes en el Valle de México" (V/4, A/4, No. 2, 1981)
Reportan la población atendida en los centros de salud mental menores de 19 años.

Edades:

0 - 3	años	:	5 %
3 - 6	"	:	20 %
6 -12	"	:	51 %
12-18	"	:	24 %

(4-7 p.)

d) "Características generales de la población atendida y de los tratamientos empleados en centros de salud mental del valle de México" (V/4, A/4, No. 4, 81). Aquí también se mencionan las edades de la población en los centros:

Edad:

0 - 6 años	:	23 %	
6 1/12 "	:	50 %	
12 1/12-18	:	16 %	
Mayores de 18	:	11 %	(14-18 p.)

Ahora revisemos algunos datos acerca de adultos y observaremos que los datos se invierten: la frecuencia en atención de adultos es mayor en mujeres que en hombres.

a) "La investigación epidemiológica de las alteraciones mentales: trascendencia, métodos y lineamientos para su desarrollo en México". Aquí se citan aspectos epidemiológicos de las principales alteraciones mentales según criterios del DSM III. (V/7, A/7, No. 4, 1984).

--Demencia degenerativa primaria: más frecuente en mujeres.

--Alcoholismo: mucho más frecuente en hombres que en mujeres.

--Trastornos esquizofrénicos: habitualmente similar en am

bos sexos.

--Depresión mayor: por lo menos es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres.

--Nuerosis de ansiedad: se diagnostica mucho más frecuentemente en mujeres. (14 - 15 p.).

b) "Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que -- asisten a la consulta general de un centro de salud" (V/7 A/7, No. 3, 1984).

Este estudio se realizó con la población que acudía a la consulta externa de un centro de salud (S.S.A.). La población total que acudió durante 6 semanas fue:

1001 personas adultas
157 - 15.7% hombres
844 - 84.3% mujeres (72 - 77 p.).

Los datos hasta aquí mencionados en el capítulo corroboran lo observado en el Departamento de Psicología de Consulta Externa del Hospital General de Zona "Gabriel Mancera", escenario donde se realizó el presente trabajo. Los datos de dicho hospital son:

Del 100% de los pacientes atendidos el 89% son niños y el 11% son adultos. Del 100% de los niños el 68% son varones y el 32% son niñas.

<u>Edad</u>	<u>Varones</u>	<u>Niñas</u>
3-4	1%	3%
5-6	24%	17%
7-8	24%	22%
9-10	24%	21%
11-12	13%	17%
13-14	10%	12%
15-16	2%	5%
17-18	2%	3%

El total de adultos se distribuye de la siguiente manera:
32% son hombres y 68% son mujeres.

<u>Edad</u>	<u>Hombres</u>	<u>Mujeres</u>
20-31	62%	65%
32-43	25%	23%
44-55	13%	6%
56-67	--	6%

Por último, cabría hacer notar que la mayor frecuencia de consulta en niños varones es entre 5 y 10 años y en niñas entre 7 y 10 años.

Asimismo es muy llamativa la diferencia entre consulta de niños y de adultos en cuanto a frecuencia por sexos: la cifra significativa en niños, la constituyen varones y en

adultos, la cifra significativa la constituyen mujeres.

Lo anterior únicamente a manera de observación ya que -
exceden los propósitos del presente trabajo.

CAPITULO III METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ya es un lugar común decir que a pesar de la actualidad - del tema de la sexualidad femenina, existe una carencia - casi absoluta de bibliografía. Pero así es.

Existen muchos estudios que tratan el asunto desde el aspecto social, biológico, ideológico, etc. Otros muchos - que confunden "lo que es" con lo que "debiera ser", como en algunas corrientes feministas. Y negar la diferencia entre mujeres y hombres no ayuda mucho, más bien obstaculiza mucho. Uno de los muchos aspectos que dan cuenta de esa diferencia es el tema de este trabajo: la maternidad.

¿Cómo se constituye una mujer? ¿Qué mujer? ¿Cómo se llega a desear un hijo? ¿Con quién desea el hijo? ¿Desea un hijo o una hija? ¿Qué significa el hijo? ¿Y la hija?

Preguntas todas que sólo pueden tener respuesta caso por caso. De aquí se desprende el problema de este trabajo:

Analizar algunos factores psicodinámicos que determinan - la alta incidencia en la demanda por parte de la madre -- para atención psicológica de sus hijos varones, en contraste con la baja incidencia en la demanda de consulta - para hijas. Estos factores psicodinámicos tendrían que ver entre otras cosas con: ¿Qué representa el síntoma - del niño? ¿qué lo determina? ¿para quién está enfermo -

el niño? ¿quién demanda la curación del niño? ¿la madre? ¿el padre? ¿el médico? ¿la maestra? ¿quién? ¿qué encubre el síntoma? ¿qué pregunta hace el niño con su síntoma?

Al revisar bibliografía para intentar dar cuenta de esta diferencia, se encontró que es un hecho generalizado y no sólo en México: existe mayor demanda de atención psicológica para hijos que para hijas. Este fenómeno se presenta independientemente de la sintomatología.

Como ya mencionamos en el capítulo I, los autores consultados se pueden agrupar en tres tendencias con respecto al problema que nos ocupa:

- 1.- No consignan la diferencia, pero al presentar sus ejemplos o casos, esa diferencia existe (Kanner 1970, S.M. Finch 1976, Gardner 1970).
- 2.- Consignan la diferencia pero no proporcionan una posible explicación (Koppitz, 1972).
- 3.- Consignan la diferencia y proporcionan explicaciones neurológicas, biológicas, culturales, ideológicas, -- etc., pero no posibles factores psicodinámicos. (B. de Quirós y Della Cella 1975, Duche 1972).

De ahí la importancia de estudiar el problema en cuestión

desde un enfoque analítico que nos permita incluir el discurso materno en el síntoma del niño, situando los factores psicodinámicos para pretender entender el síntoma del niño y el discurso de la madre; esto se hará en el marco psicoanalítico freudiano.

MUESTRA

La muestra quedó constituida por 22 mujeres, entre 21 y 50 años, el 68% amas de casa y el 32% trabaja fuera de la casa. El 73% casada o en unión libre. El 41% con primaria completa; derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, madres de niños(as) que solicitaron consulta psicológica en el Hospital General de Zona "Gabriel Mancera", para sus hijos(as), entre enero y marzo de '85.

Las edades de los niños(as) para los que se solicitó consulta, oscilaron entre los 3-9/12 y 11-9/12. No existió ningún tipo de selección para formar parte de la muestra excepto descartar organicidad evidente (síndromes de Down, retraso mental profundo en el niño para el cual se solicitaba la consulta).

INSTRUMENTO

Se elaboró una entrevista abierta con lineamientos psicoanalíticos.

La entrevista consistió primero en doce preguntas y se --
piloteó en 10 casos. Esta muestra tenía las mismas ca--
racterísticas de los sujetos de la muestra definitiva.

Se decidió después del pilotaje agregar cinco preguntas
más, para la entrevista definitiva. (Ver anexo).

PROCEDIMIENTO

A partir de la cuestión inicial en torno a la cual se --
forma este trabajo, formulamos la siguiente pregunta:

¿Por qué existe mayor demanda de atención psicológica --
por parte de las madres para niños que para niñas? Para
esto se hizo necesario elaborar una entrevista, la que --
se piloteó con una muestra de 10 casos, en sujetos con --
las mismas características de la muestra definitiva. To
to el procedimiento fue llevado a cabo en un sólo escena
rio: el Hospital General de Zona "Gabriel Mancera" del --
Instituto Mexicano del Seguro Social. Dicho hospital es
de "Especialidades" y atiende pacientes de varias clíni--
cas adscritas.

Al servicio de Psicología llegan pacientes por dos posi--
bles vías: 1) proporciona el pase algún médico familiar
de cualquiera de las clínicas adscritas, ó 2) proporcio--
na el pase algún especialista del mismo hospital (Psi---
quiata, Pediatra, Neurólogo, Endocrinólogo, etc.).

A partir del pilotaje y con fines de ampliar la información, se decidió agregar cinco preguntas a la entrevista definitiva.

Después se procedió a aplicar el instrumento a la muestra definitiva que quedó constituida por 22 mujeres que solicitaron consulta psicológica para sus hijos, entre el 1° de enero y el 15 de marzo de 1985. Únicamente se descartaron los casos de niños que presentaban organicidad evidente, como mongolismo o retraso mental severo.

Se le pedía al niño(a) que esperara afuera del consultorio a su madre, con la que se trabajaba a solas: entrevistada/entrevistadora. En todos los casos se realizó el cuestionario en una sola sesión y sin límite de tiempo. Se le explicaba a la entrevistada que el cuestionario formaría parte de la historia clínica del niño(a).

En ningún sólo caso hubo oposición a responder el cuestionario por parte de la madre y abundaban en datos y comentarios.

TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Los resultados generales se presentan primeramente y para fines exclusivamente académicos, en forma de tablas porcentuales. No se realizó ningún tratamiento estadístico.

Después de esta presentación cuantitativa pasamos al análisis cualitativo de algunos resultados de las 22 entrevistas.

Y por último se analizan en detalle dos entrevistas seleccionadas de la muestra, por resultar interesantes para este trabajo. La forma en que se trabajan es caso por caso, único método de trabajo de la teoría analítica descubierto por Freud, constituye la dimensión propia -- del análisis. Así pues, aquí se estudian los casos en su singularidad. Jacques Lacan dice a propósito del trabajo de caso por caso: "...El análisis como ciencia es siempre una ciencia de lo particular. La realización de un análisis es siempre un caso particular, aún cuando -- estos casos particulares, desde el momento en que hay -- más de un analista, se presten, de todos modos, a cierta generalidad". (1)

En el capítulo V llamado "Discusión y Conclusiones" nos atravesaremos a plantear algunas generalidades a partir de los casos trabajados, a pesar de que no se pretende que se haya realizado un psicoanálisis. Pero la única entrevista realizada en cada caso nos da algunos elementos para generalizar uno o dos puntos y discutir muchas cosas.

(1) Seminario I, pág. 40, 1953-1954.

CAPITULO IV
RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

Empecemos con la presentación de los datos generales en forma de porcentajes y tablas.

Total de casos:	22	-	100	%
Pacientes de sexo femenino:	5	-	22.7%	
Pacientes de sexo masculino:	17	-	77.3%	
Hijo(a) único(a):	4	-	18.2%	
Primogénito(a):	6	-	27.3%	
Hijo(a) intermedio(a):	5	-	22.7%	
Ultimo(a) hijo(a):	7	-	31.8%	

Primeramente se obtuvieron los datos personales para los cuales se obtuvieron las frecuencias de las edades, escolaridad, ocupación, etc.

La muestra estuvo constituida por 22 mujeres cuyas edades fluctuaron entre 21 y 50 años, siendo la media 33.8 años. (Véase tabla 1)

Con respecto a la ocupación de las mujeres que formaron la muestra, el 68.2% eran amas de casa y el 31.8% recibían algún ingreso económico por su trabajo.

En cuanto al grado de escolaridad de la muestra estudiada se observó la siguiente distribución: el 41% tenían primaria completa, 18.2% tenían primaria incompleta, 9% licenciatura incompleta, 4.5% preparatoria incompleta, -

4.5% preparatoria completa. (Véase tabla 2).

Independientemente del estado civil, 72.7% de las mujeres de la muestra estaban en unión, 22.7% separadas y 4.5% - fue el porcentaje para madre soltera.

En cuanto a los datos del padre del paciente: las edades oscilaron entre 21 y 55 años, siendo la media 36.5 (Véase tabla 3).

En cuanto al grado de escolaridad del padre del paciente se observó la distribución siguiente: 18.2% tenían primaria incompleta, 13.6% primaria completa, 9.1% secundaria incompleta, 9.1% preparatoria incompleta, 9.1% profesional incompleta, 4.5% secundaria completa, 4.5% carrera corta, 4.5% normal incompleta. (Véase tabla 4).

Con respecto a la pregunta de si es primera vez que se solicitaba consulta psicológica para el paciente, la respuesta fue: SI: 59% NO: 41%

En cuanto al dato de embarazo planeado y ambarazo no planeado fue: 27% y 72% respectivamente. (Véase tabla 7).

La madre esperaba durante el embarazo el sexo del paciente en un 50%; la madre esperaba el sexo contrario 32% ; - le resultaba "indiferente" el sexo resultante: 14%. Hija

adoptiva 4.5% (Véase tabla 7).

El padre esperaba el sexo del paciente 36.4%, el padre esperaba el sexo contrario 32%, el sexo le resultaba "in diferente" 14%, la madre ignoraba que sexo esperaba el padre 14% , hija adoptiva 4.5% (Véase tabla 7).

En cuanto al paciente las edades oscilaron entre 3 y 12 años, siendo la mayor frecuencia 5-6 años y en segundo lugar 9-10 años. (Véase tabla 5).

La mayor frecuencia en varones fue: con 29% para los rangos 5-6 y 9-10 años, ambos con igual frecuencia. La mayor frecuencia en niñas fue: con 40% el rango de edad de 5-6. (Véase tabla 5).

En cuanto a la escolaridad del paciente, la distribución de frecuencias fue así: 27.3% cursaban Kinder, 22.7%-- cursaban tercero de primaria, 18.2% primero de primaria, 9.0% segundo de primaria, 9.0% cuarto de primaria, 4.5% sin escolaridad, 4.5% quinto de primaria, - 4.5% sexto de primaria. (Véase tabla 6).

Como se puede observar de lo anterior, no existen diferencias importantes en cuanto a porcentajes arrojados, - entre la muestra de este trabajo y otras muestras reseñadas en el capítulo II.

A grandes rasgos los porcentajes son constantes para atención institucional y atención privada; para México y para muchos otros países.

Lo que sí hace diferencia es la interpretación que cada corriente teórica formula acerca de los datos.

TABLA 1

<u>Edad de la Madre</u>	<u>Frecuencia Absoluta</u>	<u>Porcentaje Relativo</u>
21 a 25	1	4.5%
26 a 30	10	45.4%
31 a 35	4	18.2%
36 a 40	2	9.1%
41 a 45	3	13.6%
46 a 50	2	9.1%
	<hr/>	<hr/>
	22	100.0%

TABLA 2

<u>Escolaridad de la madre</u>	<u>Frecuencia Absoluta</u>	<u>Porcentaje Relativo</u>
Primaria incompleta	4	18.2 %
Primaria completa	9	41.0 %
Secundaria completa	2	9.0 %
Comercio	3	13.6 %
Preparatoria incompleta	1	4.5 %
Preparatoria completa	1	4.5 %
Licenciatura incompleta	2	9.5 %
	<hr/>	<hr/>
	22	100.0 %

TABLA 3

<u>Edad del Padre</u>	<u>Frecuencia Absoluta</u>	<u>Porcentaje Relativo</u>
21 a 25	1	4.5%
26 a 30	7	31.8%
31 a 35	4	18.2%
36 a 40	3	13.6%
41 a 45	2	9.0%
46 a 50	4	18.2%
51 a 55	1	4.5%
	<hr/> 22	<hr/> 100.0%

TABLA 4

<u>Escolaridad del Padre</u>	<u>Frecuencia Absoluta</u>	<u>Porcentaje Relativo</u>
Primaria incompleta	4	18.2 %
Primaria completa	3	13.6 %
Secundaria incompleta	2	9.1 %
Secundaria completa	1	4.5 %
Carrera corta	1	4.5 %
Normal incompleta	1	4.5 %
Preparatoria incompleta	2	9.1 %
Preparatoria completa	2	9.1 %
Profesional incompleta	2	9.1 %
Profesional completa	4	18.2 %
	<hr/> 22	<hr/> 100.0 %

TABLA 5

<u>Edades</u>	<u>Frecuencia Absoluta</u>	<u>Porcentaje Relativo</u>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>
3 - 4	3	13.6 %	2 - 12 %	1 - 20 %
5 - 6	7	31.8 %	5 - 29 %	2 - 40 %
7 - 8	3	13.6 %	2 - 12 %	1 - 20 %
9 -10	6	27.3 %	1 - 29 %	1 - 20 %
11 -12	3	13.6 %	3 - 18 %	-.--.-.-
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	22	100.0 %	17 100 %	5 100 %

TABLA 6

<u>Año Escolar</u>	<u>Frecuencia Absoluta</u>	<u>Porcentaje Relativo</u>	<u>Masculino</u>	<u>Femenino</u>
Sin Escolaridad	1	4,5 %	1 - 6 %	
Kinder	6	27.3 %	4 -23 %	2-40 %
Primero	4	18.2 %	4 -12 %	2-40 %
Segundo	2	9.0 %	2 -12 %	
Tercero	5	22.0 %	4 -23 %	1-20 %
Cuarto	2	9.0 %	2 -12 %	
Quinto	1	4.5 %	1 - 6 %	
Sexto	1	4.5 %	1 - 6 %	
	<u>22</u>	<u>100.00%</u>	<u>17 -100 %</u>	<u>5-100%</u>

TABLA 7

Sexo del Paciente	Sexo Esperado por la Madre	Sexo Esperado por el Padre	Embarazo Deseado por la Madre	Embarazo Deseado por el Padre
F	F	F	SI	SI
M	F	F	NO	NO
M	M	F	SI	SI
F	F	F	NO	NO
F	M	F	NO	NO
F	F	-	NO	NO
M	F	F	NO	NO
M	I	I	NO	NO
M	M	F	NO	NO
M	M	M	SI	SI
M	F	M	NO	NO
M	M	-	SI	SI
M	F	F	NO	NO
M	I	M	NO	NO
M	F	F	NO	--
M	M	-	NO	NO
M	M	M	NO	NO
M	M	F	NO	NO
M	F	I	NO	SI
M	I	I	SI	SI
M	M	M	NO	NO

Pasemos ahora al análisis cualitativo de algunos resultados de las 22 entrevistas.

Primero veamos las respuestas de las madres de los 22 niños(as), a la pregunta que se refiere al motivo de consulta:

N I Ñ O S

1.- L.A. (11 años 4 meses): "Tenemos problemas de que no capta bien en la escuela, es agresivo, inquieto. Ha de ser a causa de que su papá y yo nos separamos".

2.- C.I. (5 años 3 meses): "El niño tuvo muchísimos problemas: meningitis, daño cerebral. Tiene una válvula en el cerebro. Empezó a caminar y a hablar a los dos años y medio.. Siempre hemos estado con doctores. Ultimamente no entiende nada, se le olvida todo, no hace caso. De todo lo que he hecho por él ya no hay nada. ¿Qué está pasando con el niño, son secuelas o el medio ambiente que yo le he creado?".

3.- E.F. (9 años 3 m-ses): "Quema las cortinas, se quería aventar porque era Superman. A los hermanos les pega. Se le voltea al papá, le pega y lo pateo. Es peleonero. Quiere tener la mente muy despierta; cuando el más chiquito va al baño le gusta estarlo viendo. No en-

tiendo a mi hijo".

4.- E.I. (4 años 3 meses): "Es bastante inquieto. Ocioso, prende la lavadora. Es necio. Le pegaba a los niños en la guardería. Se le dice que no lo haga y lo hace. Le pega uno y lo vuelve a hacer. Es muy listo, todo se lo aprende rápido".

5.- J.H. (11 años dos meses): "A su edad se orina en la cama y no pronuncia bien las palabras. Hace tres años - perdí a mi hijo el mayor que él. No va con ganas a la escuela. No quiere ir a la escuela. En la escuela dicen que es muy callado. Dicen que está muy mal".

6.- E. (7 años 6 meses): "No capta en la escuela. Tiene uno que estar constante con él. Pasó muy mal de año. El año pasado pasó muy bien. Estudiar le da sueño, todo se le olvida".

7.- R. (6 años 6 meses): "Ha empezado a tartamudear. Hace un año se me cayó de una altura como de aquí, lo hospitalizaron una noche y me dijeron que no era de cuidado. Ha estado adelgazando y no come. Nada más por eso lo traigo".

8.- E.E. (5 años 7 meses): "Está adelantado un año en la escuela. No pronuncia la "r" y a raíz de que empezó a -

escribir confundía letras y también números. De marzo - hacia acá empezó a omitir letras. Hay días que puede -- leer y días que no puede".

9.- I. (4 años 1 mes): "El niño siempre ha sido sano, pe- ro últimamente lo he visto muy nervioso. Se le habla y tiembla, va a bajar una escalera y tiembla. Al año me - tuvo dos convulsiones. No me ha vuelto a convulsionar. Su problema de ahorita es que no me habla bien, no pro-- nuncia la "r".

10.- I.R. (9 años 2 meses): "Tiene mucho problema de -- aprendizaje, es disperso, agresivo, se altera, se pone - nervioso. Es inquieto". Desde hace seis meses duerme - conmigo.

11.- L.E. (5 años 3 meses): : "Desde chiquito está muy - alterado de los nervios: de los mismos nervios se está - manchando de la cara, son sus nervios. Se me había olvi- dado que se orina; y le he pegado pero ni así deja de - hacerlo".

12.- O.J. (8 años 6 meses): "Es inquieto, nervioso. Yo lo veo muy bien en matemáticas pero en dictado no puede, es muy nervioso".

13.- I.S. (10 años 5 meses): "Le mandaron a hacer un elec

troencefalograma y me dijeron que salió muy bajo. Quiero que me digan a que escuela lo van a mandar".

14.- R. (9 años 3 meses): "Eran dos cosas. Se orinaba - en la noche (cuando tiene tratamiento se deja orinar y - luego vuelve), también tiene trastornos de lenguaje. Es - taba bajando de calificación. Le dan unos nervios que - hasta siente que le da diarrea".

15.- M.C. (10 años 5 meses): "En la escuela pone aten-- ción sólo por momentos, pero todo se le olvida. Pelea - con sus compañeros.

16.- L. (5 años 7 meses): "Su médico familiar dijo que - tenía frenillo, pero el pediatra dijo que no. Hay pala- bras que dice bien y palabras que no puede decir".

17.- S.V. (11 años 9 meses): "Desde los tres años empezó a obrarse en los pantalones y se come su excremento, se mama el dedo, se orina en la cama. Tiene asma. Quiere atención sólo para él. Es el más chico de los ocho".

N I Ñ A S

1.- V. (6 años 4 meses): "Desde que la niña era chica la notaban rara en la casa. No sabe escribir. Yo la veía

normal pero mi familia me decía que la niña estaba mal".

2.- A. (6 años 9 meses): "La niña es muy inquieta: es hija adoptiva. En un año convulsionó cinco veces. Siempre ha sido muy inquieta. Me dijo un pediatra en el DIF que era hiperactiva. Durante seis meses tomó medicamentos, pero se los quité y me puse a orar, pues yo soy muy cristiana. Toda la familia la tratamos con oraciones y mejoró".

3.- A.L. (9 años 2 meses): "Tiene problemas de distracción, es muy nerviosa, rebelde, contestona, no asimila en la escuela. Confunde "b" con "d". Algunas palabras no las puede pronunciar".

4.- M. (3 años 9 meses): "Presenta agresividad, siempre está molestando, agrediéndonos, hasta durmiendo grita, pateaba. La otra niña es más sociable, M. es más desobediente. En la escuela no hay quejas, el problema es en la casa".

5.- M.M. (8 años 5 meses): "Ya la habíamos traído antes y aquí le detectaron hipoacusia y problemas visuales. La mandaron a un Instituto en donde me cobran mucho y me piden un electroencefalograma y quiero que se lo hagan aquí. Presenta problemas de aprendizaje".

Aunque por supuesto el material de una única entrevista

no es suficiente para hacer grandes elaboraciones teóricas, si nos permite darnos cuenta de la situación en cada caso particular.

Presentamos estos síntomas sin ninguna clasificación, -- tal y como los relataron las madres de los niños. Vemos que los síntomas se refieren a distintos problemas ("escolares" , "agresividad", "enuresis", "inquietud", etc.) Y que en cada caso tendrán un significado especial, por lo tanto no perdamos de vista que aquí los presentamos arbitrariamente aislados de un discurso en el que están insertos necesariamente.

Ahora revisaremos las respuestas de las madres de los 22 niños(as) a la pregunta: ¿Qué opina usted del síntoma - que presenta el niño(a)?

QUE OPINA DEL SINTOMA LA MADRE

N I Ñ O S

1.- Al padre le daba pena sacarme a la calle con él cuando yo estaba embarazada. El niño se dio cuenta de como me pegaba él y me insultaba su familia. El niño le tiene miedo a su papá.

2.- No sé si es neurológico o psicológico y que hay que definir primero. Quisiera creer que no le he hecho nada

aunque últimamente siento que le he hecho mucho daño. Creí que rehacer mi vida iba a ser lo mejor pero las cosas no son como parecen. Hace un año me volví a casar.

3.- Pienso que puede pero no quiere. Es igual que mi esposo. El niño es igual a como era mi esposo...será el carácter pero no se pueden ver...no se quieren.

4.- Mi esposo dice que yo lo consiento mucho. Cuando él le pega más de la cuenta yo me molesto. Yo debería respetar lo que dice su papá. El le pega y yo lo mimo. Lo quiero muchísimo, es mi hijo.

5.- No sé...serán flojos. Desde que murió el hermano, pues antes Héctor era muy inteligente. Cuando murió el hermano cursaban los dos en el mismo salón. Me imagino que ellos se sienten como yo por la muerte de Luis Ricardo. Cuando murió yo estaba embarazada.

6.- Yo me puse a pensar que tiene que ver lo del niño chiquito. Yo siempre le cumplo sus deseos a Edgar y desde que nació el hermanito lo noto distinto. Se queja de que queremos más al hermanito. Creo que Edgar es muy inteligente.

7.- Es porque se cayó pues siempre estuvo bien.

8.- Yo no encuentro alguna razón; probablemente hubo -- cierta presión de nosotros. Después de las vacaciones regresa a la escuela tremendo y es lógico lo que está -- pasando, tiene compañeros de siete años. En sílabas -- compuestas creí que lo iban a tronar pero no.

9.- Yo digo que es nerviosismo. Para qué le digo que -- no...yo soy muy desesperada...el papá es muy alterado, -- les grita feo...les pegamos...tal vez el niño está mal a consecuencia de todo eso...de por sí es bastante tímido...es un trauma lo que tiene por lo que pasa en casa.

10.- Es cuestión de nosotros. Por lo regular siempre -- he trabajado y ha de ser falta de atención a cada uno.

11.- Cuando estaba embarazada me llevé tres sustos por eso nació nervioso. Una vez porque le pegaron a mi marido; luego mi abuelita se estaba muriendo y después como el niño no nacía me tuvieron que hacer cesárea.

12.- Yo pienso que es porque estando embarazada me iban a lanzar de mi casa. A Juan Manuel (hermano del paciente) le daban ataques porque yo vi muerto a un cuñado -- cuando estaba embarazada.

13.- Siempre ha estado mal. Antes yo me peleaba con -- mis hermanos pero ya no; yo siempre he sido muy nervio-

sa. No sé por qué esté así.

14.- No creo que tenga problemas ni con su papá ni conmigo...es el consentido del papá...no me imagino que le pasa.

15.- Cuando yo estaba embarazada murió un familiar, fue lo único. Siempre fue un niño normal, a él le gusta jugar y trabajar pero estudiar no le gusta.

16.- Yo pensé que tenía frenillo. Tal vez está así por el apapacho del papá.

17.- Cuando yo tenía cinco meses de embarazo murió mi padre y yo ya no quería saber nada. El era mi amigo, mi hermano. A mi mamá le molestaba todo lo que hacía mi papá, que ya no quería comer, etc.

N I Ñ A S

18.- Convivió desde chica con mi hermana que tiene mongolismo....le ha copiado.

19.- (Hija adoptiva) Me imagino que fue el embarazo, la madre era una muchacha de 16 años. Yo no quería adoptar la; yo ya había terminado pero mi hija que tenía 17 me convenció. Todos mis hermanos, digo, mis hijos aceptaron. Me decían que quien la iba a querer así como era. (es albina).

Me gustaría saber si es conveniente decirle la verdad. -
(la niña no sabe que es adoptiva).

20.- Está muy mimado por su papá y desde que nos separamos, hace dos años, no se define la situación; llega dos días como paracaidista y se va. La separación, creo que le ha hecho daño a la niña.

21.- El embarazo fue muy difícil, desde los cinco meses había amenaza de aborto y el médico me dijo que tomara vodka. El embarazo fue a término. Desde que nació fue igual...desde bebida fue diferente.

Yo culpo al vodka. Yo soy agresiva, explosiva. Con --
quien la niña tiene más problemas es conmigo.

22.- No habla bien o se cohibe, por la enfermedad de sus oídos (hipoacusia). También por eso no aprende bien.

Vemos aquí ya más claramente como resulta imposible separar el síntoma del niño y el discurso de la madre; vemos como la madre se incluye en lo que le pasa a su hijo(a); incluye a su marido, o no; a sus propios padres, a sus propios hermanos, sus propios deseos, sus propias preguntas.

Mannoni dice: "El síntoma viene como máscara o palabra -

cifrada. En este síntoma participa la madre". (1)

Este discurso es el material de trabajo que en ningún caso puede dejarse de lado cuando nos traen un niño a consulta.

M. Mannoni dice: "El lenguaje estructura un sistema en el que las palabras ocupan un lugar en cierto orden. Lo mismo sucede en lo que se refiere a la idea de parentesco; el sujeto se sitúa en una estirpe, y el lugar que ocupa en ella supone una cierta relación con los diferentes términos de este sistema. Uno de estos términos el significante Padre, asume en el sistema una importancia que se revelará por el discurso del sujeto. En el mismo, la palabra Padre tendrá sentido, por ejemplo, en relación con la aceptación o el rechazo de un orden establecido y rígido, regido ya no por el sentido que este término ha tenido para la madre. Las distintas formas de neurosis o de psicosis se desencadenarán a raíz de accidentes en este registro". (La primera entrevista con el psicoanalista). Así la posición que el padre tenga para el niño dependerá del lugar que aquél ocupe en el discurso materno.

Revisemos ahora lo que dicen acerca de su esposo, algunas madres de la muestra trabajada:

(1) El niño, su "enfermedad" y los otros. 1984.

--Es un hombre que no se realizó, se quedó a medias.... se frustró. Quería ser médico y no pudo, luego militar y no terminó. Por eso toma. Mi marido es alcohólico (No. 19).

--(Estando embarazada) la vanidad me hacía pensar que nacería niño. Su padre es muy feo y si era niña pobrecita. El padre del niño es inseguro, con bastantes complejos, inconstante. Tiene cuatro divorcios. Demasiado frío como padre. Depositó mucha imaginación en este hijo y siendo militar y mexicano se frustró. (No. 2).

--Es un poco hombre, no merece estar en este planeta. Lo odiaba, ahora sólo me da asco, me da coraje.(No.1).

--Es chévere pero a la vez no. Ha sido muy mimado por su familia. A ver si algún día citan aquí al superhombre. (No. 20).

--(El niño) sabe que lo tiene todo con la mamá pero con el papá sólo promesas. Lo que él gana no alcanza para nada. (No. 6).

Veamos ahora, que opinan (según la madre) algunos padres a propósito del síntoma que presenta el(la) niño(ña):

--A él no le gusta hablar de Psicología...no le preocupa mucho...dice que la Psicología es lavado de cabeza.... dice que todos sus hijos van a ser tarados.

--No he platicado con él.

--El piensa que porque yo soy muy exigente. Yo no lo --
niego.

--Que no tiene nada, que eso es normal.

--Que salieron (los niños) igual a mis hermanos.

--Dice que son flojos, que yo pierdo el tiempo con ellos.

--No ve al niño desde que éste tenía cuatro meses de nacido.

--El dice que yo no los he sabido sobrellevar...que como él casi no está en la casa soy yo la que los tengo así.

--Que es mi culpa pues lo consiento.

--No ve al niño desde que tenía dos años de edad.

--Nada. No se preocupa por nada del niño.

--No conoce a la niña.

--Que son imaginaciones mías, que lo único que pasa es que no le gusta la escuela.

--No dice nada.

--Que es muy precoz, muy viva, pero no se preocupa.

Vemos en estos casos que es la madre la que se siente - participe del síntoma del niño; es una decisión de ella solicitar la consulta y en el transcurso de la entrevista, se va haciendo cada vez más explícito que la atención solicitada es para ella:

--Yo digo que lo que tiene el niño es nerviosismo. Para que le digo que no...yo soy muy desesperada...el papá es muy alterado, les grita feo...les pegamos...tal vez el niño está mal a consecuencia de todo eso....es un trauma lo que tiene por lo que pasa en la casa.

--Quiero que me ayuden a acomodar mis ideas. ¿Está la niña afectada físicamente? A lo mejor no es la niña, soy yo. Yo no soy fácil para relacionarme, a lo mejor también repelo.

--No entiendo a mi hijo.

--Me imagino que el niño se siente como yo por la muerte de Luis (hermano del paciente).

--Quiero llevar una vida más ligera con el niño. A veces me siento muy insegura de mí, muy nerviosa. El niño me ha visto que ando con muchos muchachos, creo que eso le ha afectado. Ha influido. Me casé tan --chica que cuando me vi sola empecé a andar con muchos muchachos. Tengo miedo de que el niño después me reclame que anduve con muchos hombres.

--Quiero orientación pues no estoy manejando adecuadamente a mi hijo. A veces soy muy dura. No sé si le estoy haciendo daño al niño. No sé si estoy bien o --mal.

Como anotábamos en el marco teórico, Freud dice en Introducción del narcisismo : "...El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe estar sometido a esas necesidades objetivas cuyo imperio en la vida hubo de reconocerse. Enfermedad, muerte, renuncia al goce, --restricción de la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe ser de --nuevo el centro y el núcleo de la creación...Debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres!"

Revisemos algunos fragmentos de discurso, seleccionados de la muestra y a propósito de lo que dicen que quieren las madres para sus hijos.

--Lo mejor...que estudie y tenga lo que yo no tuve....no tuve Santos Reyes ni estudios. Quiero que esté bien - preparado.

--Lo mejor. Que siempre tenga a su mamá, a su papá, que estudie, que llegue a ser alguien. Ya que yo no pude, ni su papá, que él sea alguien. Mi papá nos abandonó y yo tuve que trabajar para ver a mi mamá y a mis hermanos.

--Que fuera lo mejor, sobre todo en la escuela. Yo lo veo conmigo, si hubiera estudiado no estaría en ese murgoso taller en el que trabajo.

Como veíamos en el marco teórico, Freud dice a propósito de lo que representa un hijo varón para una mujer: .."Sólo la relación con el hijo varón brinda a la madre una satisfacción irrestricta: es en general la más perfecta, la más exenta de ambivalencia de todas las relaciones humanas". "La agresión no ha sido creada por la institución de la propiedad...se la advierte ya en la crianza de los niños cuando la propiedad ni siquiera ha terminado de abandonar su forma anal primordial, constituye el

trasfondo de todos los vínculos de amor y ternura entre los seres humanos, acaso con la única excepción del que une a una madre con su hijo varón".

Ahora oigamos unas frases del discurso de una madre a -- propósito de su hijo varón:

"Me da mucho coraje cómo es...A mí me gustaría que fuera como su padre en todo...Me da por pegarle más a Ivan que a los otros...Siento mucho cariño por mi hija Erica".

Así, existen excepciones muy válidas a esta generaliza-- ción.

A continuación se analizan dos entrevistas seleccionadas de la muestra, por resultar interesantes para este trabajo.

Una de las entrevistas pertenece a un varón (Salvador) y la otra a una niña (Montserrat).

Veremos que en los dos casos e independientemente del -- sexo, existe una relación muy particular de la madre con el niño(a); los dos son hijos no deseados y además se esperaba el sexo contrario al que resultó; ambas madres -- refieren problemas con sus propias madres.

Primero aparece la entrevista tal y como se realizó y -- después algunos comentarios nuestros a propósito del material.

No. 17

NOMBRE: Salvador Ventura

EDAD: 11 años 9 meses

SEXO: Masculino

ESCOLARIDAD: Ingresará a 6o. año

TRAIDO POR: Madre

ENVIADO POR: Pediatra

SEXO: Femenino

EDAD DE LA MADRE: 45 años

NOMBRE DE LA MADRE: Lourdes

ESCOLARIDAD DE LA MADRE: Primaria

OCUPACION DE LA MADRE: Ama de casa. Dejé de trabajar cuando nació el niño.

EDAD DEL PADRE: 49 años

NOMBRE DEL PADRE: Jorge

ESCOLARIDAD DEL PADRE: Creo que hasta segundo de primaria.

OCUPACION: Tiene una tintorería

MOTIVO DE CONSULTA: Desde los tres años empezó a obrarse en los pantalones y se come su excremento, se mama el dedo, se orina en la cama. Tiene asma. Quiere atención sólo para él. Es el más chico de los ocho.

ES PRIMERA VEZ QUE SOLICITA CONSULTA?: Aquí sí. Antes estuvo con un Psicólogo particular, le hacía hipnosis, mejoró y le dieron de alta. Volvió a estar mal.

HERMANOS - NOMBRES - EDADES

Lourdes 29 ; Víctor Manuel 28 ; Genoveva 27 ;
Jorge Ernesto 26 ; Yolanda 24 ; Norma 22 ; Miguel
Angel 15 ; Paciente.

QUE OPINA LA MADRE DEL SINTOMA ? : Cuando yo tenía cinco meses de embarazo murió mi padre y yo ya no quería sa

ber nada. El era mi amigo, mi hermano. A mi mamá le -- molestaba todo lo que hacía mi papá, que ya no quería -- comer, etc.

QUE OPINA EL PADRE DEL SINTOMA ? : Se molesta con el niño, lo regaña. El a mí no me considera mucho.

MADRE PLANEÓ EL EMBARAZO ? : No. Yo no quería tener ese niño. Me embaracé cuando mi padre todavía vivía.

PADRE PLANEÓ EL EMBARAZO ? : Si.

NO PLANEADO PERO ACEPTADO ? : No lo acepté pero no hice nada para abortar.

SEXO ESPERADO : Yo quería niña. El lo que fuera.

HISTORIA DEL NOMBRE DEL PACIENTE ? : Yo lo escogí. Los dos son los nombres de mi padre.

PADRES JUNTOS ? : Si, desde hace 29 años.

A QUIEN SE PARECE EL NIÑO ? : Tiene de los dos, de mí y de mi marido, pero se parece mucho a mi hija la de 24 -- años, que es la más difícil, agresiva.

QUE DESEA PARA EL NIÑO ? : Que se componga...es muy de-

sesperante...su evolución.

QUE OPINA USTED DE SU MARIDO? : Es un dulce, nos queremos como acabados de casar.

Tuve un problema con él hace como cinco años, se quería ir por otro lado. Mi hija la de 24 años fue a reclamarle a la muchacha.

Es muy buen padre.

POR QUE NO VINO EL PADRE?: Si le digo viene, está muy dispuesto.

QUE ESPERA DE LA CONSULTA?: Ayuda para que este niño - se componga de su padecimiento.

ABORTOS? : Mi segundo embarazo fue un aborto, tuve una caída peleando con mi hermano.

AGREGADO: Yo vivía para mi papá y mi papá para mí....yo para él y él para mí. Cuando murió yo me quería morir. El se dejó morir pues se sintió abandonado, no nos dejaban ir al hospital.

Yo pensé que poniéndole su nombre a mi hijo, lo iba a te

ner en vida, creí que mi hijo iba a ser como él, buena gente y tratable y es todo lo contrario.

No le había yo dicho que yo padecí lo mismo (encopresia) pero yo no me la comía, yo escondía las pantaletas. Yo siempre me sentí rechazada por mi madre, ella prefiere -- aún ahora a los dos que siguen de mí.

Mi esposo se crió sólo, se quedó huérfano. Y ahora es -- que ha cambiado mucho pero antes yo era hombre y mujer -- en mi casa, él era otro hijo más. Cuando yo me embarazaba se iba de la casa dos o tres días enojado.

Mi hija la de 29 años atendía al niño cuando nació como que fuera de ella. Yo me sentía rechazada por el niño, -- conmigo lloraba.

Hace año y medio mediqué al niño y se envenenó, estuvo -- en el hospital. Dos veces más ha estado en el hospital por ataques de asma.

Salvador, tiene el nombre del abuelo materno que murió cuatro meses antes que el naciera y el cual era "todo" -- para la madre de Salvador.

Así, la madre le pone el nombre del muerto, esperando --

tenerlo en vida y que fuera como él, "buena gente y tratable y es todo lo contrario".

La madre dice sentirse rechazada por el niño, pero ella - dice:

--Yo no quería tener ese niño

--Nunca aceptó el embarazo

--Quería niña

--Se parece a la hija más agresiva, más difícil

--Es todo lo contrario del padre amado.

La madre de Salvador, Lourdes, dice haberse sentido siempre rechazada por la madre, la cual prefiere aún ahora a los dos que siguen de ella.

¿Qué lugar ocupa en todo esto el padre de Salvador, Jorge?

La esposa dice de él:

--Creo que estudió hasta segundo de primaria

--Cuando murió mi padre yo ya no quería saber nada. (¿Qué saber le trae su hijo?). El era mi amigo, mi hermano. Yo vivía para mi papá y mi papá para mí...Yo para él y él para mí. Cuando murió yo me quería morir. (¿Y su marido, qué lugar ocupa en su deseo? Parece que sólo e--

xiste como un hijo más). Mi esposo se crió sólo, se quedó huérfano. Y ahora es que ha cambiado mucho, pero antes yo era hombre y mujer en mi casa, él era otro hijo más. Cuando yo me embarazaba él se iba de la casa dos o tres días enojado.

El padre de Salvador lo regaña, se molesta con él (por los síntomas) "pues me considera mucho", dice Lourdes. Su marido "es un dulce, nos queremos como acabados de casar" Tuvo Jorge una relación "se quería ir por otro lado", pero una de las hijas le reclamó a la muchacha, y la relación terminó.

Este niño ha tenido tres hospitalizaciones: "lo mediqué y se envenenó" y "dos veces más ha estado en el hospital por ataques de asma".

Llama la atención este medicamento que da la madre y envenena al hijo. ¿Y qué no puede decir Salvador que necesita ataques de asma?

Lourdes de niña, presentaba encopresis "pero yo no me la comía, escondía las pantaletas". "No se lo había yo dicho a usted".

Lourdes desea para su hijo: "Que se componga...es muy desesperante...su evolución". Si leemos bien esto último - entenderemos algo: La evolución de Salvador es muy deses

CUPACION DEL PADRE: Empleado federal
MOTIVO DE CONSULTA: Presenta agresividad...siempre está molestandonos, agrediéndonos...hasta durmiendo grita, patea. La otra niña es más sociable, Montserrat es más desobediente. En la escuela no hay quejas, el problema es en la casa.

Desde el embarazo ya había problemas.

ES PRIMERA VEZ QUE SOLICITA CONSULTA? : Hace cuatro meses empezamos a ver a una Psicóloga amiga de mi esposo, - pero ella quiere mucho a mi esposo y no era objetiva.

HERMANOS - NOMBRES - EDADES:

Diana Patricia 4 ; Paciente.

QUE OPINA LA MADRE DEL SINTOMA? : El embarazo fue muy difícil, desde los cinco meses había amenaza de aborto y el médico me dijo que tomara vodka. El embarazo fue a término. Desde que nació fue igual...desde bebida fue - diferente.

Yo culpo al vodka. Yo soy agresiva, explosiva. Con -- quien la niña tiene más problemas es conmigo.

QUE OPINA EL PADRE DEL SINTOMA?: El dice que Montserrat

está así porque quiero más a Diana, eso dice él.

Y sí es cierto, quiero más a Diana.

MADRE PLANEÓ EL EMBARAZO? : No. Fuimos a ver a un ginecólogo y no quiso hacer el legrado.

NO PLANEADO PERO ACEPTADO: Nunca lo acepté, esperaba - que no llegara a término.

SEXO ESPERADO: El quería niña pues dice que son lindas. Yo decididamente quería niño.

HISTORIA DEL NOMBRE DEL PACIENTE: Yo lo escogí. El no quería pues dice que es nombre de panadería. Desde Diana yo quería ese nombre.

PADRES JUNTOS: Si, desde hace nueve años.

A QUIEN SE PARECE LA NIÑA: A mi mamá físicamente y en los arrebatos a mí.

QUE DESEA PARA LA NIÑA?

Lo mejor. Que nos entendamos...es insegura, es bien inteligente. La quiero más audaz, más segura. Ojalá llegue a ser algo bien grande.

QUE OPINA USTED DE SU MARIDO: Es un buen hombre. Siempre supe que era un buen hombre, pues era buen hijo, -- buen hermano, pero al casarnos mejoró. Yo siempre le - pregunto por qué me aguanta.

POR QUE NO VINO EL PADRE: Pensamos que sólo yo tendría

que venir. Si es necesario él vendría.

QUE ESPERA DE LA CONSULTA? : Que me ayuden a acomodar -
mis ideas. ¿Está la niña afectada físicamente? A lo me
jor no es la niña, soy yo. Yo no soy fácil para relacio
narme, a lo mejor también repelo.

ABORTOS?: Uno (provocado) antes de casarnos.

NIÑOS NACIDOS (MUERTOS): No.

Me hice la salpingo naciendo Montserrat.

AGREGADO: Yo siempre tuve problemas con mi mamá. Yo --
soy la primera hija, y según mis cuentas soy de cinco -
meses de embarazo (se ríe).

Cuando yo le preguntaba a mi mamá si podía hacer algo, -
ella preguntaba a las monjitas (de la escuela) y lo que
ellas dijeran yo podía hacer.

Me da terror que Montserrat llegue a pensar de mí lo que
yo pienso de mi madre (llora). A mi madre no la soporto.

Lo que resumiría la situación de Montserrat y Raquel, sería la última frase de la entrevista: "Me da terror que Montserrat llegue a pensar de mí lo que yo pienso de mi madre. A mi madre no la soporto", dice Raquel. Pero analíticamente lo que da terror es lo que se desea.

La razón por la que solicita la madre consulta para su hija es que: "Presenta agresividad...siempre está molestandonos, agrediéndonos". Pero Raquel se sintió agredida por Montserrat desde antes de que esta naciera, desde el embarazo: "Por qué en mi cuerpo, si yo no quería. Tenía esperanzas de que el embarazo no llegara a término". y casi lo logra pues: "el embarazo fue muy difícil y desde los cinco meses había amenaza de aborto".

Raquel "decididamente quería niño".

En la escuela no hay quejas, el problema es en la casa... con quien la niña tiene más problemas es conmigo...Mi marido dice que Montserrat está así porque quiero más a Diana. Y si es cierto, quiero más a Diana...Montserrat se parece físicamente a mi mamá y en los arrebatos a mí.

Como vemos la agresividad es de ida y vuelta, es completamente recíproca.

Al preguntársele a Raquel que espera de la consulta dice:

"Que me ayuden a acomodar mis ideas. ¿Está la niña afectada físicamente? A lo mejor no es la niña, soy yo. Yo no soy fácil para relacionarme, a lo mejor también repelo" ¿Quién es ya aquí la paciente? La demanda de atención si gue siendo de Raquel, pero parece que ya no para Montse--rrat sino para ella misma.

CAPITULO VI
DISCUSION Y CONCLUSIONES

Retomemos aquí (ya citado en el marco teórico) lo que dice Freud a propósito de la relación madre-hijo varón:

En la 33a. conferencia dice: "Que el antiguo factor de la falta de pene no siempre ha perdido su fuerza se demuestra en la diversa reacción de la madre frente al nacimiento de un hijo según sea varón o mujer. Sólo la relación con el hijo varón brinda a la madre una satisfacción irrestricta; es en general la más perfecta, la más exenta de ambivalencia de todas las relaciones humanas. La madre puede transferir sobre el varón la ambición que debió sofocar en ella misma, esperar de él la satisfacción de todo aquello que le quedó de su complejo de masculinidad. ...Es grande la dicha cuando ese deseo del hijo halla más tarde su cumplimiento en la realidad y muy especialmente cuando el hijo es un varoncito, que trae consigo el pene anhelado."

En "El malestar..." : "La agresión...constituye el trasfondo de todos los vínculos de amor y ternura entre los seres humanos, acaso con la única excepción del que une a una madre con su hijo varón".

En "Psicología de las masas...", existe otro comentario más: "...casi toda relación afectiva íntima y prolongada entre dos personas -matrimonio, amistad, relaciones entre

padres e hijos- (quizá con la única excepción, del vínculo de la madre con el hijo varón, que, fundado en el narcisismo, no es perturbado por una posterior rivalidad y - es reforzado por un amago de elección sexual de objeto) - contiene un sedimento de desautorización y de hostilidad que sólo en virtud de la represión no es percibido".

Aquí existen problemas en la teoría freudiana: Freud usó indistintamente los términos pene y falo y no los teorizó (posteriormente lo hizo Jacques Lacan) como conceptos diferentes.

J. Lacan dice en "La significación del falo" : "...Los hechos clínicos...demuestran una relación del sujeto con - el falo que se establece independientemente de la diferencia anatómica de los sexos y que es por ello de una interpretación especialmente espínosa en la mujer y con relación a la mujer". (Escritos I) 280 p.

Por otro lado, los datos y estadísticas trabajadas (en esta investigación y en las mencionadas en el capítulo II) no coinciden con lo que teoriza Freud ya que existen, y - es un hecho real, más demandas de atención psicológica -- para hijos varones que para hijas.

Y si el hijo varón es lo que espera la madre; si la rela-

ción madre-hijo es la más exenta de ambivalencia, es la más perfecta y la que brinda una satisfacción irrestricta ¿por qué entonces existen más varones con síntomas?

Si hacemos caso a los hechos, éstos nos demuestran que existen más dificultades en la relación madre-hijo varón.

Es conveniente anotar aquí, que después de plantear el problema que nos ocupa y hacer el recorrido teórico-práctico surge la necesidad de descentralizar el problema, de moverlo del lugar del que se planteó. La investigación tendría que pasar por otro lugar y es que independientemente del sexo, todos estos niños que presentan síntomas, aparecen en una relación muy particular con la madre. Así habría que trabajar caso por caso.

Creemos con este trabajo haber problematizado la cuestión de la relación madre-hijo(a) y plantearnos otras preguntas.

¿Qué es el falo imaginario? ¿Y el falo simbólico? ¿El padre ocupa un lugar en el discurso de la madre? ¿Qué lugar? ¿Qué sucede entre estos cuatro términos: la madre, el falo, el niño y el padre?

Detenemos aquí este trabajo no terminado con nuevas preguntas para seguir la investigación en otro momento.



A P E N D I C E

E N T R E V I S T A

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

ESCOLARIDAD:

TRAIDO A CONSULTA POR:

ENVIADO POR:

EDAD DE LA MADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

ESCOLARIDAD DE LA MADRE:

OCUPACION DE LA MADRE:

EDAD DEL PADRE:

NOMBRE DEL PADRE:

ESCOLARIDAD DEL PADRE:

OCUPACION DEL PADRE:

MOTIVO DE LA CONSULTA:

ES PRIMERA VEZ QUE SOLICITA CONSULTA:

HERMANOS - NOMBRE - EDADES:

QUE OPINA LA MADRE DEL SINTOMA?:

QUE OPINA EL PADRE DEL SINTOMA?:

MADRE PLANEÓ EL EMBARAZO?:

PADRE PLANEÓ EL EMBARAZO?:

SEXO ESPERADO:

HISTORIA DEL NOMBRE DEL PACIENTE:

PADRES JUNTOS?:

A QUIEN SE PARECE EL NIÑO?:

QUE DESEA PARA EL NIÑO?:

QUE OPINA USTED DE SU MARIDO?:

POR QUE NO VINO EL PADRE?:

QUE ESPERA DE LA CONSULTA?:

ABORTOS ?:

HIJOS FALLECIDOS?:

ENTREVISTA PILOTO

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

ESCOLARIDAD:

TRAIDO POR:

ENVIADO POR:

EDAD MADRE:

NOMBRE MADRE:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

EDAD PADRE:

NOMBRE PADRE:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

MOTIVO DE CONSULTA:

HERMANOS. NOMBRES:

QUE OPINA LA MADRE DEL SINTOMA?:

QUE OPINA EL PADRE DEL SINTOMA?:

MADRE DESEABA EL EMBARAZO?

PADRE DESEABA EL EMBARAZO?

HISTORIA DEL NOMBRE DEL PACIENTE:

PADRES JUNTOS:

A QUIEN SE PARECE EL NIÑO?:

EXPECTATIVAS PUESTAS EN EL NIÑO?

POR QUE NO VINO EL PADRE?

ABORTOS:

NIÑOS MUERTOS:

B I B L I O G R A F I A

- Acosta Tovar y otros,
"La investigación epidemiológica de las alteraciones mentales".
- Duche, Didier J.,
"La enuresis" Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1972.
- Escobar, Ma. Eugenia,
"Articulación del discurso materno en el síntoma". Tesis para obtener el título de maestro en Psicología Clínica, U.N.A.M., 1981.
- Escotto Morett, Jorge,
"Los niños con problemas de conducta y aprendizaje": recolección de datos clínicos. Salud Mental V7, A6 No. I 1983.
- Finch, S.M.,
"Fundamentos de Psiquiatría infantil". Editorial Psique Buenos Aires, 1976.
-
- Freud, Sigmund "Obras Completas" Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1980 (23 tomos) (E.A.)
- . Estudios sobre la histeria. 1895. Tomo II
 - . Tres ensayos de teoría sexual. 1905. Tomo VII
 - . Totem y tabú. 1913. Tomo XIII
 - . Introducción del narcisismo. 1914. Tomo XIV
 - . 13 Conferencia. 1916. Tomo XV
 - . Sobre las trasposiciones de la pulsión, en particular del erotismo anal. 1917. Tomo XVII
 - . 21 Conferencia. 1917. Tomo XV
 - . De la historia de una neurosis infantil. 1918. Tomo XVII
 - . Psicología de las masas y análisis del yo. 1921. Tomo XVIII
 - . El sepultamiento del complejo de Edipo. 1924. Tomo XIX
 - . Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia aná-

- tómica entre los sexos. 1925. Tomo XIX
. El malestar en la cultura. 1930. Tomo XXI
. Sobre la sexualidad femenina. 1931. Tomo XXI
. 33 Conferencia. 1933 Tomo XXII
. Análisis terminable e interminable. 1937. Tomo XXIII
. Esquema del psicoanálisis. 1940. Tomo XXIII
- Gardner, Richard,
"El libro para los chicos de padres separados".
Editorial Galerna, Buenos Aires, 1978.
- Kanner, Leo,
"Psiquiatría infantil. Edit. Siglo Veinte, Buenos
Aires, 1976.
- Koppits M., Elizabeth,
"El test gúestálico visomotor para niños". Bibliote
teca Pedagógica, Buenos Aires, 1972.
- Lacan, Jacques,
"Escritos I. Siglo XXI Editores, México 1981.
Seminario I. Paidós, Barcelona, 1981.
- Mannoni, M.
"El niño, su 'enfermedad y los otros'. Ediciones
Visión, Buenos Aires, 1984.
La primera entrevista con el psicoanalista Gedisa,
Barcelona, 1979.
- Marcovich, Jaime,
"El maltrato a los hijos". Edicol, México, 1978.
- Padilla, Paula y otros,
"Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que
asisten a la consulta general de un centro de sa-
lud". Salud Mental V7, A7, # 3, 1984.
- Quirós, Julio B. de y Della Cella, M.,
"La dislexia en la niñez" Edit. Paidós, Buenos
Aires, 1979.

- Safouan, Moustapha,
"La sexualidad femenina" Edit. Grijalbo, Barcelona, 1979
- Stone, L.J. y Church, J.,
"El escolar de seis a doce años". Edit. Paidós, Buenos Aires, 1970.
- Velasco Fernández, Rafael,
"El niño hiperquinético" Edit. Trillas, México, 1980.
- Zimerman, Rebeca y otros,
"Los servicios de salud mental para niños y adolescentes en el valle de México". Salud Mental V4, A4, # 2, 1981.