



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
CAMPUS IZTACALA

ABORDAJE DE ORIENTACION PSICOANALITICA:
UNA ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE CRISIS
PARENTALES DE NIÑOS CON DEFICIENCIA MENTAL.

T E S I S E M P I R I C A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

MARISOL CASTELLANOS RAMIREZ

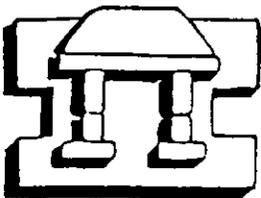
EDITH MORALES BAEZ

ASESORES:

LIC. MA. GUADALUPE AGUILERA CASTRO

MTRA. MA. ANTONIETA DORANTES GOMEZ

LIC. JUANA AVILA AGUILAR



IZTACALA TLALNEPANTLA, EDO. DE MEX.,

MAYO 2000

284613



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo describir y analizar el proceso por el que los padres pasan de la negación a la aceptación del niño con deficiencia mental, por medio de un tratamiento psicoanalítico sustentado en la teoría Lacaniana. Dicho tratamiento tuvo como propósito, que los padres logaran trascender cada una de las etapas y crisis, por las que atraviesan con el nacimiento de su hijo deficiente. Se trabajó con 8 personas, todos ellos padres de niños con deficiencia mental, en sesiones semanales de una hora cada uno, el número de sesiones fue de acuerdo a las necesidades de cada caso y fueron realizadas en la Clínica Universitaria de Salud Integral (C.U.S.I .).

El tratamiento inició en todos los casos con una entrevista para recabar datos generales y ubicar la etapa en la que se encontraban los padres, posteriormente se trabajaron las emociones de: duelo, pena, vergüenza, depresión y enojo de acuerdo a cada caso, las cuales fueron trabajadas por medio de preguntas. Durante el proceso se presentaron catarsis y se realizó la interpretación y análisis de lo que cada paciente fue elaborando. En casi todos los casos, los resultados mostraron cambios en la actitud y sentimientos de los padres hacia su hijo deficiente, al finalizar las sesiones, se observó que pudieron darle un lugar en el orden de lo real, lo simbólico y lo imaginario, concediéndole un lugar en su discurso, escriturando su cuerpo, sosteniéndolo con la mirada, aceptándolo como parte de sí y por tanto, ayudándolo en su rehabilitación.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por ser el apoyo incondicional que siempre necesite, por ser la escucha adecuada, porque su presencia me permitió crecer y realizar lo que siempre había añorado, porque sus palabras fueron un aliciente y al mismo tiempo fueron adecuadas a cada momentos, por el significado que realizó de mí, permitiéndome concluir un anhelo más y porque me permitió a través de su deseo construir lo mío realizando la separación necesaria.

A mis hermanos, gracias por su apoyo moral y económico, por estar presentes en cada momento que los necesité y por permitirme realizar este logro, porque gracias a su tenacidad aprendí a trabajar para cumplir mis expectativas.

A Marisol por estar a mi lado y ser más que una compañera de tesis, por salir fortalecida de cada una de las problemáticas a las que me he enfrentado, porque cuando la necesité siempre estuvo presente apoyándome y escuchándome sin juicios, pues su amistad me permitió seguir el camino trazado en un inicio.

A la familia Castellanos por brindarme un espacio que me permitió la realización de la tesis, porque sin su apoyo el camino a recorrer hubiera sido más complicado, por permitirme sentir su afecto y por preocuparse por mis necesidades.

Edith Morales B.

A ti donde quiera que te encuentres. Lo dicho, hecho está.

A mis padres, Armando y Luz Maria, que con su apoyo incondicional me han permitido conseguir mis metas, porque la escritura que realizaron en mí, me ha regalado la dicha de ser quien soy. Gracias por su ayuda y consejo, por su ejemplo, por su amor y su paciencia, los quiero mucho.

A mis hermanas Yessica, Alejandra y Adriana, gracias por el amor, la confianza y la amistad que siempre nos ha unido. Gracias por apoyarme y ayudarme en todo momento.

A Gustavo Benitez, por regalarme el conocimiento y la escucha, gracias por sostenerme y devolverme...gracias por ayudarme a crecer.

A Jorge Hernández, por la confianza, la paciencia y la escucha, gracias por estar siempre cerca, por enseñarme a dar y a recibir, por la esperanza....

A mi compañera y amiga Edith, gracias por todo lo que compartimos estos años, risas, lagrimas, alegría o dolor. Gracias por tu apoyo, tu escucha y tu amistad siempre incondicional. Asimismo deseo expresar mi agradecimiento a la familia Morales Baez, por la confianza y por hacerme sentir como miembro de ella.

A Jose Luis Dávila, gracias por creer en mí, por regalarme la fuerza y el valor para alcanzar mis objetivos.

A Carlos Olivier, por el apoyo incondicional, por la confianza y la amistad.

A mis amigos, que por temor de soslayar a alguno evito mencionar sus nombres, gracias por el regalo de la amistad por su compañía y su confianza.

A Jesús Nava, por su enseñanza y entrega a la docencia, por ser el cautivador de la teoría en que se sustenta este trabajo, gracias por tu orientación y apoyo.

A nuestras asesoras Lupita, Toñita y Juanita, que sin su apoyo y guía, no hubiera podido consumarse este trabajo. Gracias.

Marisol Castellanos R.

INDICE

INTRODUCCION.

CAPITULO 1. Desarrollo infantil y deficiencia mental.

1.1. Desarrollo prenatal.....	4
1.2. Nacimiento y primera infancia.....	6
1.3. Concepto y etiología de la deficiencia mental.....	8
1.4. Tipología y capacidades del deficiente mental.....	13

CAPITULO 2. Maternidad y paternidad, fantasmas y expectativas.

2.1. Rol de la mujer con respecto a la maternidad.....	19
2.2. Rol del hombre con respecto a la paternidad.....	27
2.3. Construcción del niño como objeto de deseo.....	31

CAPITULO 3. Reacciones psicológicas de los padres ante el nacimiento de un hijo con deficiencia mental

3.1. La caída del deseo.....	36
3.2. Crisis parentales.....	40
3.3. Etapas y sentimientos.....	41

CAPITULO 4. Método y técnica psicoanalítica.

4.1. Sobre la técnica en psicoanálisis.....	46
---	----

METODOLOGIA.....	54
RESULTADOS.....	56
CONCLUSIONES.....	95
BIBLIOGRAFIA.....	98
ANEXO.....	103

La mujer ha sido educada desde su infancia para asumir su rol de madre en la sociedad, se le ha enseñado que debe sentir un amor maternal hacia su hijo y que en caso contrario será considerada como una mala mujer.

El proceso orgánico del embarazo es fácilmente utilizado por el aparato psíquico para dar expresión a tensiones emocionales preexistentes. Algunas veces la relación emotiva de la madre con el feto que se encuentra dentro de su cuerpo, está llena de impulsos asesinos crueles que permanecen inconscientes, mientras que en lo consciente el niño es esperado con amor. Estos impulsos se manifiestan en el estado de ánimo de la mujer, en los estados psíquicos y hasta psicóticos, en los sueños y en algunos casos recurriendo a expresiones somáticas.

Al entablar una relación marital, ambos padres conforman la imagen del hijo deseado en donde reflejan sus expectativas, carencias y sueños no realizados, visualizándolo como un ser perfecto, asignándole de esta forma un lugar dentro del discurso familiar. Contra la ilusión de que el niño esperado estará lleno de todas las virtudes, se opone la idea dolorosa de que será un niño con deficiencia mental. Con el nacimiento de un niño deficiente, la madre se siente fragmentada y esta misma imagen es la que le devuelve al niño, es decir, no lo unifica, ni lo convierte en objeto de deseo, negándole así la oportunidad de construir su propio yo.

Al mismo tiempo que esta relación se encuentra matizada por una idea de muerte, se encuentra disfrazada la mayor parte de las veces por un amor sublime, aún cuando exista un rechazo consciente y se observa una caída del deseo materno.

El niño con deficiencia mental, al dar muerte al hijo ideal provoca en los padres sentimientos de duelo, culpa, angustia, depresión, vergüenza, piedad y rebeldía. Asimismo, los padres atraviesan por las siguientes etapas: negación, enojo, regateo, depresión y

aceptación. Generalmente los padres no logran superarlas, rechazando de esta forma al niño, negándole así la ayuda necesaria para potencializar sus habilidades, o en otro caso, pueden asumir la actitud de ayudar al niño pero casi siempre es inconstante y por lo tanto inadecuada.

La superación de las etapas antes mencionadas podrán llevar a los padres a la aceptación del niño y a la reorganización de la vida familiar, evitando que la deficiencia mental del niño se agudice por la falta de estimulación requerida por él, pues al transcurrir el tiempo sin trabajar las crisis, los niños se verán afectados en las capacidades que pudieron desarrollar en los primeros años de vida. Considerando lo anterior surge el siguiente planteamiento: ¿De qué manera se puede lograr la aceptación y reorganización de las familias que tienen niños con deficiencia mental?, resultando como objetivo de la presente investigación, describir y analizar el proceso en que los padres pasan de la negación a la aceptación del niño con deficiencia mental, por medio de un tratamiento psicoanalítico derivado de la teoría Lacaniana, con la finalidad de que los padres logren trascender cada una de las etapas que conforman las crisis parentales.

La importancia de la aceptación y reorganización de la familia radica en que proporcionará al niño deficiente la adaptación social de acuerdo a sus capacidades y por ende, su independencia. Sin embargo esto solo se logrará en la medida en que la madre lo quiera, dado que ella y el niño son una unidad, el desarrollo de éste será en función de la primera, de la resolución de sus conflictos emocionales con respecto a él. Las reacciones de los demás integrantes de la familia se verán influenciadas por el comportamiento de los padres, es decir que al lograr la aceptación del niño, los hermanos y demás integrantes se comportarán de igual manera.

Por medio del tratamiento propuesto se estudiarán las relaciones que los padres establecen con su hijo deficiente, las cuales permitirán conocer el significado que el niño deficiente tiene para ellos. Este tratamiento será breve puesto que si el tratamiento durase

largo tiempo, el desarrollo del niño se verá afectado, ya que se perderá tiempo en su educación.

Para cubrir los objetivos expuestos, el presente trabajo está dividido en cuatro capítulos. En el primero se abordaron los aspectos del desarrollo humano desde el período prenatal hasta los cuatro años y se hace alusión al concepto, etiología y tipos de deficiencia mental. El segundo hizo referencia a los roles sociales asignados a la mujer y al hombre; maternidad y paternidad respectivamente, sus fantasmas y expectativas en la constitución de su hijo como objeto de deseo. En el tercero se describieron las crisis psicológicas que experimentan los padres, analizando cada una de las etapas y los sentimientos que se presentan en ellas, proponiendo un análisis psicoanalítico de estas.

En el capítulo cuarto, se realizó la descripción del método psicoanalítico propuesto por Freud, incluyendo los principios básicos en cuanto a la teoría y técnica Lacaniana. La presente investigación contiene una propuesta para el trabajo psicoterapéutico individualizado con los padres, lo cual no se ha realizado y en caso de que sean considerados en el tratamiento, las propuestas sólo convergen en talleres o grupos de apoyo. Asimismo el tratamiento siempre ha sido dirigido a la reeducación de los niños con deficiencia.

largo tiempo, el desarrollo del niño se verá afectado, ya que se perderá tiempo en su educación.

Para cubrir los objetivos expuestos, el presente trabajo está dividido en cuatro capítulos. En el primero se abordan los aspectos del desarrollo humano desde el período prenatal hasta los cuatro años y se hace alusión al concepto, etiología y tipos de deficiencia mental. El segundo hace referencia a los roles sociales asignados a la mujer y al hombre; maternidad y paternidad respectivamente, sus fantasmas y expectativas en la constitución de su hijo como objeto de deseo. En el tercero se describen las crisis psicológicas que experimentan los padres, analizando cada una de las etapas y los sentimientos que se presentan en ellas, proponiendo un análisis psicoanalítico de estas.

En el capítulo cuarto, se realizó la descripción del método psicoanalítico propuesto por Freud, incluyendo los principios básicos en cuanto a la teoría y técnica Lacaniana. La presente investigación contiene una propuesta para el trabajo psicoterapéutico individualizado con los padres, lo cual no se ha realizado y en casos de que sean considerados en el tratamiento, las propuestas solo convergen en talleres o grupos de apoyo. Asimismo el tratamiento siempre ha sido dirigido a la reeducación de los niños con deficiencia.

Un niño es, un equivalente al falo recuperado por su madre. Por eso la existencia como sujeto de ese niño dependerá, desde el inicio y en adelante, de quién es para ese Otro primordial" (Landa, 1998, pp.194).

CAPITULO 1. DESARROLLO INFANTIL Y DEFICIENCIA MENTAL.

En el presente capítulo se abordan los aspectos referentes al desarrollo humano contemplando desde el período prenatal hasta los cuatro años, enfatizando en el concepto, la etiología y los tipos de deficiencia mental.

1.1 Desarrollo prenatal

El desarrollo del niño comienza desde la fecundación, la cual se caracteriza por la unión de un solo espermatozoide con un óvulo, esta no puede ocurrir en cualquier momento ya que se requiere que el óvulo este en un sitio accesible al espermatozoide lo cual ocurre solo en un determinado tiempo del ciclo menstrual.

El óvulo realiza el viaje de las trompas de falopio al útero, durante este un espermatozoide puede alcanzar el óvulo, penetrando su barrera celular, produciéndose así la fecundación. Si esta no se lleva a cabo, el óvulo se desintegra a los pocos días en el útero (Bee, 1978). En caso de ser realizada dicha fecundación los 23 cromosomas de la célula espermatozoide y los 23 cromosomas del óvulo se combinan formando así 23 pares de cromosomas, excepto las células germinales llamadas gametos, que son el resultado de la división celular llamada meiosis donde el número de cromosomas se divide por la mitad, que transmitirán al desarrollo individual del niño.

En las primeras 24 a 36 horas se produce una división de la única célula, a este proceso se le denomina mitosis, esta se lleva a cabo rápidamente por lo que en pocos días existen varias docenas de células. La información genética determinara las características físicas del individuo, la cual sera proporcionada por ambos padres. Después de transcurridas dos semanas el óvulo fecundizado sigue subdividiéndose, al tiempo que ha recorrido la trompa de falopio y llegado al útero adhiriéndose a su pared (Bee, op. cit.).

Posteriormente, se inicia el período embrionario que abarca de la segunda semana hasta la terminación del segundo mes. Durante este se forman todos los tejidos y estructuras que guardaran, nutrirán y cuidaran el embrión los nueve meses restantes. En este período el embrión tiene brazos, piernas, dedos de manos y pies, un rostro, un corazón, un cerebro, pulmones y todos los órganos principales, los cuales se hayan en forma rudimentaria. El bebe crece en el saco amniótico que se encuentra lleno de líquido amniótico, se alimenta por medio de la placenta y el cordón umbilical, la cual es una masa en forma de disco formada por tejido que crece a partir de la pared uterina y por el corión (capa externa de tejido que rodea al saco amniótico), En esta fase el embrión se transforma en tres capas: el ectodermo (capa externa que se convierte en piel y sistema nervioso); el mesodermo (capa intermedia que se convierte en músculos, sangre y sistema excretorio); y el endodermo (capa interna que se transforma en sistema digestivo, pulmones y glándulas) también se desarrolla el tubo nervioso (Craig, 1992).

Al término de las doce semanas el feto ya ha desarrollado, parpados, músculos y órganos sexuales. Al concluir las 16 semanas el feto comienza a moverse y a succionar, y hacia la semana 21 el feto tiene un aspecto más humano y el pelo comienza a salir. Al terminar las 24 semanas se desarrollan las uñas, las glándulas sudoríparas y las papilas gustativas.

Al concluir las 28 semanas el sistema nervioso, sanguíneo y respiratorio están suficientemente desarrollado para sobrevivir. A partir de las 28 a las 40 semanas se da un proceso gradual y organización de las habilidades y sistemas del bebé. Los sistemas nervioso y sensitivo continúan desarrollandose (Bee, op. cit.).

Al finalizar las 40 semanas el bebé continua creciendo, se acomoda para el nacimiento y el aumento de peso disminuye, mientras que en la madre el útero se coloca mas abajo del área pélvica, sus músculos se contraen con dolor y se presenta la ruptura de la placenta, iniciandose así el trabajo de parto, el cual puede durar de 12 a 18 horas caracterizandose por contracciones uterinas y dilataciones del cuello uterino para que pase el niño.

Momentos después comienza el parto, que comprende el tiempo entre la dilatación del cuello uterino y el tiempo en que el niño se desprende del cuerpo de su madre, por último se inician las secundinas, etapa en que son expulsadas del útero la placenta y tejido afines (Craig, op. cit.).

1.2 Nacimiento y primera infancia.

El bebé al llegar al mundo es capaz de sentir, de ver, de oír, al mismo tiempo que puede ejercitar el gusto y el olfato. Durante los primeros cuatro meses los niños duermen casi toda la noche, alimentandose básicamente de la leche materna, sus movimientos son limitados, por lo que sus principales medios de exploración son las manos y los pies.

En el período de los cinco a los ocho meses el bebé logra mantenerse sentado, comienza a sostener los objetos, adquieren el alcance visual dirigido, tienen la capacidad de ponerse en pie con ayuda de su madre o de algún mueble, comienza a gatear y presenta la capacidad de orientarse hacia los sonidos (Bee, op. cit.).

Hacia los doce meses los niños comienzan a dar sus primeros pasos, adquieren la habilidad de sostener las cosas con el dedo índice y el dedo pulgar, aparecen las primeras palabras, se nutren de alimentos sólidos y exploran con mayor interés su medio ambiente.

En el período de los 13 a los 24 meses los niños ya caminan por sí mismos, se alimentan solos, pueden quitarse algunas prendas, imitan algunas acciones de los adultos y pronuncian varias palabras, al final de este período ya son capaces de correr, saltar, trepar escaleras, manipular y empujar todo lo que ven, exploran, prueban e investigan (Craig, op. cit.).

Durante los primeros tres años de vida la madre resulta ser de vital importancia para el niño ya que ambos son una unidad y le proporcionará la integración de su yo (Jerusalinsky, 1988). El niño está compuesto básicamente de sensaciones y experiencias somáticas en los primeros meses de su vida, las cuales le serán necesarias para la constitución de su imagen corporal y para organizarla necesitará de la ayuda del otro, de su madre (Dolto, 1991).

Freud postula en su teoría del desarrollo psicosexual, que la personalidad atraviesa varias etapas psicosexuales que son: oral (0 -1 año), anal (1 -3 años), fálica (3 -5 años) y genital (12 años en adelante). La etapa oral se presenta en el período de lactancia, durante la cual el niño obtiene placer a través de su boca, por lo tanto experimenta gratificación al alimentarse del pecho de su madre y al succionar otros objetos.

En la segunda etapa el niño relaciona su placer sensual con los procesos de eliminación y retención (Freud, A, 1986). "Las estructuras psíquicas del niño se articulan alrededor de significantes no verbales, en donde las funciones corporales y las zonas erógenas desempeñan un papel muy importante" (Dolto, op. cit. p.55). Dado lo anterior, en la etapa siguiente (fálica) la principal fuente de placer en el niño se encuentra en sus genitales.

Esta etapa es de suma importancia debido a que en ella se manifiestan sentimientos inconscientes de atracción sexual hacia el progenitor del sexo opuesto, proceso que fue denominado por Freud como complejo de Edipo. Antes de la siguiente etapa el sujeto transita por un período de latencia, en la cual sus instintos sexuales están dormidos. La última de estas etapas es la genital en la cual el individuo ya ha alcanzado cierta maduración biológica, que le permite establecer relaciones en las que deposita pulsiones eróticas en el otro, así como de recibirlas.

1.3. Concepto y etiología de deficiencia mental.

El retraso mental ha sido definido por Ingalls (1982) con base a ciertos criterios:

a) Inteligencia estadística que se obtiene de las pruebas psicológicas que miden el C.I. Una persona que tiene un C.I. inferior a 70 estará considerado como deficiente mental.

b) Mal ajuste social del individuo a su entorno. La persona presentará dificultades para realizar actividades que debe ejecutar en su vida cotidiana y que le impedirán desenvolverse independientemente dentro de su cultura particular.

c) Causas biológicas, que pueden presentarse como lesiones o daños cerebrales y alteraciones genéticas.

d) Por último, se encuentran los niveles de retraso considerados por la AAMD (American Association on Mental Deficiency):

* Ligeramente retrasados. Individuos con C.I. entre dos y tres desviaciones estándar por debajo de lo normal.

* Moderadamente retrasados. Individuos con un C.I. entre tres y cuatro desviaciones estándar por debajo del normal.

* Severamente retrasados. Individuos con un C.I. entre cuatro y cinco desviaciones por debajo del promedio.

* Profundamente retrasados. Individuos que obtienen resultados de más de cinco desviaciones estándar por debajo del promedio.

Cabe mencionar que es necesario que el individuo presente tres de los cuatro parámetros que Ingalls propone para ser considerado como deficiente mental.

Por otro lado Sánchez, Cantón y Sevilla (1997, p.50), definen al retraso mental como: "una alteración cuya principal característica es un déficit de la función intelectual que limita la capacidad para aprender y adaptarse a la vida".

Las causas del retraso mental han sido ampliamente descritas por Bee (op. cit.); Craig (op. cit.); Musinger (1978); y Sánchez, Cantón y Sevilla (op. cit.), quienes distinguen los siguientes factores como los de mayor incidencia para que se presenten alteraciones en el desarrollo:

Emociones de la madre.

Las sensaciones maternas pueden tener cierto efecto sobre el feto, pues si la madre experimenta altos grados de estrés o angustia la actividad de ésta se incrementa. La tensión intensa y prolongada en el embarazo provoca cambios químicos, como la secreción de adrenalina, la cual puede pasar a través de la placenta al feto excitándolo, además de que las madres presentan mayores dificultades durante el parto, los bebés suelen ser más irritables y propensos a cólicos.

Alimentación de la madre.

Un feto desnutrido por lo general jamás logra restituir el desarrollo de las células y estructuras cerebrales que no se conformaron adecuadamente, la falta de proteínas y de

calorías en la dieta de la madre, por lo general provoca lento aprendizaje en el bebé. Al mismo tiempo que se vincula con la disminución global del número de células cerebrales y con un retardo en la envoltura de la espina dorsal, llamada mielina.

La necesidad de proteínas aumenta cuando la madre se encuentra bajo tensión, estas son requeridas por una mujer embarazada en un tercio más de lo que necesita para su peso normal (en un estado no estresante). La insuficiencia de yodo provoca cretinismo, deficiencia mental y física. Asimismo, la deficiencia de vitamina D, conlleva un peso bajo en el momento del nacimiento, prematuridad, raquitismo, vitalidad reducida, ceguera y sordera.

Drogas.

La ingestión de drogas es crucial si se da, en los periodos críticos (momentos en los que un órgano, estructura o sistema es más sensible a cierta influencia), pues las posibilidades de un niño anormal son mayores, pero si la droga es administrada posteriormente no tiene efectos negativos. La nicotina tiene efectos sobre la frecuencia cardiaca del feto, la cual se acelera y permanece en ese estado, aún después de haberla ingerido. Los niños por lo general son prematuros, se eleva la tasa de abortos espontáneos y el nacimiento de productos muertos. El alcohol produce en ocasiones retardo mental en el niño y una serie de deformaciones físicas menores, peso por debajo de lo normal al nacer y presentan un desarrollo lento.

En otros casos pueden manifestarse el síndrome de alcohol fetal que se caracteriza por un ligero retraso en el crecimiento y disfunciones en el sistema nervioso central. Los bebés que tienen una alta tendencia a llorar y están afectados a nivel neurológico, son aquellos que sufrieron la influencia de la marihuana en su período fetal.

La ingesta de cocaína produce complicaciones en el trabajo de parto, los bebés están más predispuestos al retraso en el crecimiento, a ser prematuros, al retraso mental, a la muerte por hemorragia cerebral, dificultad para establecer control motor, para visualizar objetos, tienen dificultades para regular el caminar y el dormir, suelen ser infantes frágiles y con pocos mecanismos de defensa para evitar la sobreestimulación. Algunas de las madres que utilizan anticonceptivos orales durante el embarazo, pueden provocar deformaciones en los órganos sexuales del feto y en casos extremos suelen aparecer constituciones corporales opuestas al sexo genético del niño.

Enfermedades maternas.

No todas las enfermedades de la madre pueden atravesar la placenta y afectar al bebé, no obstante algunas de ellas si producen efectos negativos sobre éste, debido a que su agente patológico es lo necesariamente pequeño para entrar a la corriente sanguínea del bebé. El sarampión alemán o rubéola produce sordera, problemas del corazón, cataratas o retardo mental en el niño, esto puede ocurrir cuando se adquiere la enfermedad durante el tercero y quinto mes del embarazo, la madre puede abortar o tener niños con anomalía mental y deformaciones físicas en caso de presentar un cuadro de sífilis.

Anormalidades genéticas.

Existen dos tipos de problemas genéticos:

a) El niño hereda genéticamente ciertas características como la incapacidad de metabolizar la fenilalanina ocasionando anomalía en el sistema nervioso que a su vez produce retardo mental.

Si existe una incompatibilidad sanguínea entre la madre y el feto, es decir, el bebé hereda las características opuestas a las de la sangre de la madre, ésta produce anticuerpos los cuales penetran en la corriente sanguínea del pequeño, existiendo la posibilidad de destruir algunas células sanguíneas y el reducir la circulación del oxígeno en varias partes de su cuerpo, si se presenta esta incompatibilidad existen posibilidades de aborto, pero si llega a término, el niño puede presentar deficiencia mental.

b) Otro problema genético es aquel que ocurre accidentalmente, es decir el no heredado, un ejemplo de esto es el síndrome de Down, en el que existe una inadecuada distribución de los cromosomas, pues todos los niños tienen un cromosoma 21 adicional, por lo general son bebés con afecciones al corazón y retardo en el desarrollo. Otro ejemplo de este problema es el síndrome de Turner en el que solo se posee un cromosoma X y no se posee un cromosoma Y, los niños tienen aspecto de niña, son de baja estatura, posible retardo mental y esterilidad; o puede crecer con dos cromosomas X y uno Y, a esta alteración se le denomina síndrome de Klinefelter.

Radiación.

Las dosis excesivas de rayos X pueden provocar riesgo de aborto y producir deformaciones físicas en el bebé. Durante el período de la segunda a la octava semana, los rayos X pueden causar retraso mental y de la octava a la quinceava daños moderados en el sistema nervioso central.

Edad de la madre

Se ha encontrado una gran diversidad de riesgos adicionales para las mujeres que tienen su primer bebé después de los 35 años, o para las que tienen su segundo o último bebé después de los 40, generalmente el parto es más prolongado y se incrementa el riesgo de tener bebés muertos o con síndrome de Down, para las madres menores de 20 años existen los mismo riesgos.

1.4 Tipología y capacidades del deficiente mental.

Entre los tipos de deficiencia mental se encuentran:

** Retraso en el desarrollo del lenguaje*

Se trata de niños y niñas que no adquieren y desarrollan el lenguaje de acuerdo a las etapas normativas. Sus principales características son: aparición de las primeras palabras después de los dos años de edad, unión de palabras hasta los tres años de edad, vocabulario reducido a los cuatro años, desinterés comunicativo, comprensión superior a la expresión del lenguaje y desarrollo del gesto. Las causas que hacen alusión a esta problemática se refieren a: sobreprotección y/o abandono familiar, separaciones, drogadicción, fallecimiento de un miembro de la familia, déficits lingüísticos, nivel socioeconómico bajo, situaciones de bilingüismo mal integrado y factores hereditarios (Bautista, 1993).

** Síndrome de Down*

Existen tres tipos de este síndrome.

a) Trisomía homogénea, el error en la distribución cromosómica se presenta antes de la fertilización.

b) Mosaico, el error en la distribución cromosómica se realiza en la segunda o tercera división celular. El niño es portador de células normales y trisómicas.

c) Traslocación, la totalidad o una parte de un cromosoma se encuentra unido a la totalidad o a una parte de otro cromosoma (cromosomas afectados 13-15 y 21-22).

Entre las características físicas se pueden mencionar las siguientes: cabeza pequeña, occipucio prominente, nariz pequeña con la parte superior plana, ojos ligeramente sesgados, manchas ligeramente coloradas en el iris, orejas y lobulos auriculares pequeños, boca pequeña, la lengua puede salir ligeramente de esta debido a su pequeñez y su tono débil, dientes pequeños e implantados anormalmente, cuello corto, al igual que las manos y los dedos, piel amoratada y seca, cabellos ralos, finos y lacios. Los pies suelen presentar una ligera distancia entre el primero y el segundo dedo del pie, con un corto surco entre ellos en la planta del pie.

Tienden a tener una altura inferior a la media, obesidad ligera o moderada, son susceptibles a infecciones y trastornos cardíacos del tracto digestivo.

Causas: factores hereditarios (madre afectada o familias con niños afectados y padres con apariencia normal que posean una estructura en mosaico); edad de la madre; procesos infecciosos (hepatitis y rubéola) agentes químicos (alto contenido de flúor en el agua y la polución atmosférica); algunos desordenes tiroideos en la madre y deficiencias vitamínicas (hipovitaminosis) (Bautista, op. cit.; Bowley y Gardner, 1978; Jasso, 1991).

* *Autismo*

El autismo ha sido definido como una alteración o un déficit para relacionarse con otras personas y para utilizar el lenguaje como un medio de comunicación social, como una falta de respuesta a las emociones de otras personas, falta de modulación de la conducta

acorde al contexto social, pobre uso de las señales sociales, pobre integración de las conductas socioemocionales y carencia de reciprocidad emocional y se caracteriza por: el desconocimiento de la propia identidad, preocupación por objetos inanimados o incapacidad para utilizarlos, resistencia a los cambios, dificultades en la percepción, ansiedad aparentemente ilógica, falta de lenguaje, manías, tics, retardo general de la capacidad intelectual, en el lenguaje y adquisición del habla; contacto limitado con el medio ambiente, no hay curiosidad, somnolentos, no hay contacto con los adultos, agresivos, responden a la rutina pasiva y automáticamente utilizan gestos o sonidos sin significado, negativismo visual y auditivo, no miran a las personas, no escuchan conversaciones, ni aceptan órdenes, les molesta el cambio, tienen hábitos obsesivos, no les gusta caminar, comprar o jugar al aire libre, siguen con el dedo los dibujos, se aferran a objetos inanimados, cargan una colección de pequeños tesoros, deambulan sin sentido, rompen, muerden o chupan, evitan los juegos de construcción o imaginación, juego innaduro, estereotipado y asocial, estereotipos y gestos repetitivos.

Se suele confundir al autismo con la psicosis y/o esquizofrenia, el cual se diferencia de éstas por lo siguiente: el autismo se presenta ante de los 30 meses y la esquizofrenia en la infancia tardía. En esta hay antecedentes de psicosis familiar y en el autismo no, generalmente en la esquizofrenia se conserva el lenguaje y en el autismo se encuentra alterado. En la esquizofrenia hay alucinaciones y en el autismo no.

Existen dos tipos de bebés autistas: los que son muy tranquilos y no reclaman atención y los que lloran sin posibilidad de calmarlos. Ambos no siguen con la mirada, la sonrisa aparece como respuesta a un estímulo físico y no a un tipo social, no exploran su afecto y no reconocen a las figuras parentales.

Las teorías que dan cuenta de la etiología del autismo se dividen en dos grandes bloques:

* Teorías psicogenéticas. Estas teorías tienen sus raíces en las teorías psicoanalíticas y supone que los niños autistas eran normales al momento de nacer, pero por factores familiares adversos a su desarrollo, presentaron el autismo. Los factores que intervienen en esto son los trastornos psiquiátrico parentales, coeficiente intelectual y clase social de los padres, interacción anómala padre-hijo, intenso estrés y sucesos traumáticos en una fase temprana de la vida del niño, separación madre e hijo y falta de afecto de la madre ignorando al niño.

* Teorías biológicas. Entre estas se destacan las siguientes:

- Teoría genética (síndrome del cromosoma X frágil).

- Rubéola, encefalitis y anoxia

- Disfunción cerebral del hemisferio izquierdo (Bautista, op. cit.; Bowley y Gardner,

op. cit.)

Espina bífida.

La espina bífida consiste en una serie de malformaciones congénitas que tienen en común y como característica una hendidura congénita de la columna vertebral como resultado de un cierre anormal del tubo neural a los 28 días de gestación o a una rotura posterior de un tubo ya cerrado. Existen varios grados de afectación:

* Espina bífida oculta: Es el grado más leve y lo conforman figuras de los arcos vertebrales sin prolapso tumoral, su localización es lumbosacra, la medula espinal y los nervios son generalmente normales y solo se puede manifestar radiográficamente.

* **Meningocele:** Efecto de una o más vertebras en las que se produce un quiste cuya pared está formada por la meninge recubierta de piel, se asienta en la región lumbosacra y también en las cervicales y torácica.

* **Lipomeningocele:** Es igual que la anterior, con la diferencia de que el quiste está lleno de un tejido lipomatoso y a través de un orificio del raquis penetra en el conducto medular.

* **Mielomeningocele:** La médula espinal y raíces sensitivas motoras forman parte de la tumoración, se localiza en la región lumbosacra. Abierta o ulcerada: Tumoración de color rojo oscuro en su parte central que corresponde a la médula sin protección fuera de ella continúa la piel del dorso. Cerrada: la médula está cubierta de piel, generalmente se produce parálisis motora de la neurona inferior con ausencia de reflejo, pérdida de control de esfínteres y de la sensibilidad por debajo de la región.

* **Raquisquisis:** Fallo casi absoluto de fusión de arcos neurales con amplia exposición del tejido nervioso el cual a veces presenta un sobrecrecimiento para necrotizarse poco después del nacimiento o inmediatamente.

Causas: Niveles séricos disminuidos de varias vitaminas, hipertermia y gripe materna. El alfa-fetoproteína en líquido amniótico y suero materno (Bautista, op. cit.)

Parálisis cerebral.

Existen tres tipos de parálisis cerebral:

* **Espástico:** lesión en el sistema piramidal, pérdida de movimientos voluntarios y aumento del tono muscular, hipertonia permanente, dificultad en la movilidad y posturas anormales que pueden convertirse en deformidades fijas o contracturas.

* **Atetoide:** Movimientos irregulares continuados, lentos y espontáneos que son incontrolados.

* Atáxico: Trastorno de la coordinación y la estática, bajo tono muscular, aparecen signos de afectación del cerebro y de la sensibilidad profunda, inestabilidad en el equilibrio, mal control de la cabeza, del tronco y de la raíz de los miembros.

Causas: falta de oxígeno al nacer, dificultades durante el parto (uso de fórceps), prematuridad y bajo peso, incompatibilidad sanguínea con la madre, puede ser provocada por meningitis o encefalitis en los primeros años de vida y en las mujeres demasiado jóvenes o demasiado maduras.

Después de la revisión teórica respecto a la etiología de la deficiencia mental se puso de manifiesto que ésta, no tiene una causa que pueda ser generalizable en todos los casos y en lo referente al desarrollo "normal" del niño, se puede afirmar, que la estandarización que establece el discurso médico contribuye a la elaboración de los fantasmas que la madre realiza en torno a su hijo; mismas que le impiden concebir la idea de la deficiencia en este.

No se nace con un género, se nace con un sexo el cual se encuentra totalmente distanciado del primero. El género construye al cuerpo, lo inviste de determinadas características, lo hace un organismo cultural plagado de significados, por lo tanto se vive como un género y no como propio. (Beauvoir, en Butler, 1990).

CAPITULO 2. MATERNIDAD Y PATERNIDAD, FANTASMAS Y EXPECTATIVAS.

En este capítulo se realiza un análisis de la construcción individual de acuerdo al rol sexual socialmente establecido con respecto a la maternidad y la paternidad. Dicho análisis gira en torno a la perspectiva biológica, psicoanalítica y social. Al mismo tiempo que se analiza la construcción del hijo como objeto de deseo.

2.1 Rol de la mujer con respecto a la maternidad.

La mujer ha devenido a través de los años como parte esencial de la reproducción humana, como símbolo de fecundidad, rol que ha sido analizado desde el punto de vista médico, social y psicológico.

El cuerpo femenino es visto por los médicos como una estructura anatómica que manifiesta su existencia a través del síntoma (enfermedad endógena) soslayando lo subjetivo y cosificando el cuerpo de la mujer, provocando en esta un des-conocimiento de sí misma, hablando de sus órganos y de todas sus partes en tercera persona, como si no les pertenecieran, adoptando el discurso médico sin tener el conocimiento de lo que en realidad significa (López, 1998).

De la misma forma la doctrina médica emite una demanda de "normalidad" para todas las mujeres, que consiste en procrear como única finalidad de su ser en un determinado período de su vida, cuando esto no sucede se orilla a la mujer a someterse a todo tipo de tratamientos, los cuales en la mayoría de las ocasiones son muy dolorosos, provocándoles istrogenias.

El someterse a tratamientos encaminados a la fertilidad eleva la imagen sufrida que forma parte del discurso social de la maternidad, poniéndose de manifiesto el deseo de Otro más que el deseo de la mujer, ese Otro que esta conformado por la familia, la sociedad, el discurso médico, etc. (Tubert, 1991).

La maternidad es un constructo social, contrario a la idea que se tiene de que es una función de carácter instintiva y biológica, algo innato a su sexo. Corresponde al orden simbólico, al que la mujer accede a través del lenguaje articulado por significantes, desvaneciéndose así la idea de que lo maternal es parte de su naturaleza (Badinter, 1981). Al igual que la maternidad es un constructo social que pertenece a la red de significantes, el parentesco madre-hijo también corresponde a dicha red, sin importar la consanguinidad.

Esto puede ser confirmado mediante las observaciones antropológicas citadas por Tubert (op. cit.), quien menciona que en las Islas Gilbert al nacer los niños son dados en adopción al terminar la lactancia, entre las madres de la misma generación que la madre biológica y todas las mujeres del grupo llaman hijo al niño. En nuestra sociedad la buena madre culturalmente se concibe como: serena, abnegada, sonriente, buena cocinera y costurera y ama de casa, dulce para quien sufre, llevada hasta la renuncia de todo interés por su propio destino de mujer, capaz de proteger y dar amor incondicional a sus hijos y totalmente dissociada de la relación de amante con el padre del niño.

A través de la historia la mujer ha sido considerada como un arquetipo de fertilidad, por lo tanto cuando esto no se presenta la mujer es considerada como hueca y vacía carente de todo valor. En muchos pueblos el matrimonio solo se consideraba realizado hasta el momento en que nace un hijo, si esto no sucede se anula el contrato y el precio de la novia debe ser devuelto, o los padres deben proporcionar otra mujer de la familia, por lo tanto el precio (ganado) que paga el hombre por la mujer es mas bien un precio por el hijo que le dará (López, op. cit.; Tubert, op. cit.;).

Desde que la niña nace es conformada bajo el influjo social, desde su vestimenta hasta sus comportamientos hacia los demás, sus juguetes y sus juegos están encaminados a la construcción de su maternidad enseñándoles las actividades y obligaciones que socialmente le han conferido a su sexo (Ramírez, 1991). Esta maternidad es única y obligatoria, estableciéndose de esta forma un paralelismo entre ser mujer y ser madre.

Siguiendo la línea trazada en un inicio, ha llegado el momento de dar cuenta del deseo inconsciente que lleva a la mujer al ejercicio de la maternidad. Cuando esta emite un discurso que hace alusión al hecho de querer un niño, no hace referencia al niño real. En esta demanda la mujer comienza a significarse con un deseo que no esta completamente definido y que no es otra cosa que un deseo de saber que sucede con su propio deseo. La demanda es esa búsqueda incesante que se encuentra en la relación madre-hijo, entre ellos se constituye el deseo, dado por la demanda de uno y de otro, entonces la entrada en el mundo del deseo esta constituida por la demanda del Otro, la cual lleva al sujeto a la existencia. La demanda del hijo es lo que permite a la madre instituirse como objeto en lo simbólico, simbólico de su presencia, ausencia en lo real (Orvañanos, et. al. 1983; 1986).

La niña comienza su vida con la falta, falta del deseo de su madre ya que es para ella adorable, inteligente y tierna, pero asexuada, el color del deseo le falta.

La niña necesita que su madre le hable de su sexo, que la confirme, porque ella al explorar su cuerpo observa que solo tiene un granito (clítoris) y al explorar el de otro niño se da cuenta de su falta, falta de pene que ese otro tiene y que ella le envidia. Su madre al hablarle de su construcción sexual, le regala una esperanza de crecer, de convertirse en mujer seductora, esposa y madre perfecta (Olivier, 1991).

Por eso su comportamiento esta encaminado ha identificarse con el modelo femenino, a desarrollar sus habilidades manuales y corporales, a despertar el interés de los hombres, del padre, de los hermanos y de seducir a los que representan al otro sexo (Dolto, 1991).

El complejo de Edipo es plenamente significado cuando se estructura en el momento de la organización fálica, el cual implica que en el niño el interés central de su libido se encuentra en el pene y en la niña en el clítoris el cual va a ser comparado con el pene, se observa como pequeño vivenciándose como una desventaja e inferioridad. Por algún tiempo la niña cree que este órgano crecerá al igual que ella, iniciándose así el "complejo de masculinidad de la mujer". Por otro lado considera que en algún momento ella tuvo un pene pero lo perdió como un castigo por su masturbación. La niña pasa, por medio de una equivalencia simbólica de la idea de poseer un pene a la de poseer un hijo. Su complejo culmina con el deseo de recibir de su padre un niño, es decir tener un hijo de él. En el Edipo de la niña se dan dos momentos, en uno de ellos el objeto es el padre y la madre su rival y en el otro, el objeto es la madre y el padre su rival. Este último es el que será decisivo para el futuro de la mujer. El deseo de un hijo tiene también sus raíces en lo que Freud (en Tubert op. cit.) llama faz activa de la feminidad, que se pone de manifiesto cuando la niña juega con su muñeca, ella se sitúa en el papel de la madre y la muñeca la simboliza como ella misma, dicho juego le permite identificarse con su madre y pasar de la pasividad (Edipo negativo) a la actividad (Edipo positivo).

Con sus muñecas ensaya su papel de madre y construye la fantasía incestuosa de tener un hijo de su padre, la muñeca será aun hijo del padre, recayendo todo el deseo sobre el hijo, dejando de lado al padre y revelándose así el carácter fálico de la mujer. Por lo tanto el deseo de hijo es el que conduce al deseo de hombre y no al contrario (Tubert, op. cit.).

En este período la niña se identifica con la madre y comienza a expresar su inquietante pulsar-endógeno-hormonal y la deseada-temida intrusión fálica. Es un tiempo en el que se prepara para ser capaz de sostener los nuevos y sucesivos pasajes que le exige la resignificación de su sexualidad infantil y el levantamiento de estas escisiones (Zak, 1995).

Al llegar a la adolescencia su cuerpo comienza a cambiar y buscará inscribirse nuevamente en el deseo para cubrir la falta que ha experimentado desde pequeña. Con este cuerpo se convierte en objeto de deseo del otro y para obtenerlo tratará de adoptar identidades que no son suyas, mistificará su apariencia por medio de modas, dietas, etc., que le permitirán atraer el reconocimiento y la mirada del otro mientras continúa su espera. Dicha espera le permitirá reivindicarse, consumándose en el matrimonio donde descubrirá su sexualidad y la maternidad prometida que le dará su identidad (Olivier, op. cit.).

Es un paso a la sensorialidad, la erogeneidad y sensualidad, constituyendo su cuerpo como resonador del deseo, poniendolo como escenario carnal-imaginario. El cuerpo carnal se encuentra entre una cualidad imaginaria y la condición de real que es concebida como aquello del cuerpo no representable. Se revela el esplendor de la transformación dejando atrás la miseria y el desamparo psíquico infantil.

" El adolescente y la adolescente deben aprender en particular para responder a la condición de su sexo, a percibir el llamado del deseo en el prójimo y en ellos mismos, a dominarlo por experiencias amistosas-amorosas y fijaciones sucesivas cada vez mejor adaptadas a la intuición profunda de su sensibilidad" (Dolto, op. cit. pp.230)

La mirada del príncipe (hombre deseado) sustituye la mirada paterna. La mirada del primero ve a la joven como un objeto erótico, mientras que el padre cae como objeto imposible. El primer beso de amor inaugura las zonas erógenas femeninas boca-vagina, evocando el goce primitivo sobre el cual está fundado el psiquismo, al mismo tiempo que inicia la etapa culminante de la ecuación simbólica freudiana básica para los destinos de mujer que articulan el deseo de falo, deseo de completud con el deseo de bebé.

Las mujeres entre los 25 y los 35 años sienten un deseo inconsciente de concebir un hijo, debido a que su ser comienza a decaer, ese deseo es imaginario pues tratan solo de obtener una imagen de sí mismas, un hijo que les regale la maternidad narcisizante en sí misma (Dolto, op. cit.).

El entrar a esta nueva etapa remite al binomio bebé-madre provocándose en la mujer un deseo por una regresión decisiva buscando el bebé que ella fue para su madre, pero en forma revertida y con un hombre que asegurará esto, activándose así el deseo de bebé (Zak, op. cit.).

La aparición de un hijo le permite a la mujer recuperar la unidad imaginaria, el paraíso que representaba la unicidad con su madre, renegando de su escisión y falta como sujeto deseante. La promesa de plenitud y felicidad es la que encadena a la mujer para el ejercicio de la maternidad que en el orden simbólico le es propuesta como natural y acorde a su ser y esencia, la maternidad en el orden simbólico es lo que permite su acceso en lo real.

El hombre al proporcionarle a la mujer un hijo y hacerla madre le permite encontrar un referente que la represente como sujeto, se busca restituir la metáfora paterna a través del acceso a la maternidad real, el cuerpo gestante de la mujer ocupa en lo imaginario la función simbólica que falta a la estructura, se busca en lo real del cuerpo (de la madre y el hijo) la producción de un referente del que se espera no solo que funde una cadena genealógica, sino también que garantice el mantenimiento de la estructura subjetiva.

Por lo tanto una falla en el orden simbólico deja atrapada a la mujer entre lo real y lo imaginario, dejándole al niño de reanudar lo desamudado, es un niño reparador y narcisista que mantendrá la estructura subjetiva. La maternidad permite pasar del amor narcisista al amor objetal, siendo que la maternidad proporciona también un nuevo relevo para el narcisismo perdido (Dolto, 1987; Tubert, op. cit.).

El deseo de hijo al desplegarse en el orden simbólico, pone de manifiesto el reconocimiento de la castración mientras que el deseo de maternidad hace alusión a una dimensión imaginaria, en el primer caso se trata de tener un hijo y en el segundo de ser madre, en el primero hay triangulación hay un corte con respecto al otro como al sujeto mismo en el orden de lo simbólico, en el segundo hay fusión, unidad y unicidad, gozándose de la supuesta plenitud.

Los intentos por ser madre tienen la finalidad de encontrar un lugar en el orden simbólico, desde donde se puede re-establecer el lugar de sujeto deseante en el que se encuentra la dimensión inconsciente de lo no conocido y de la escisión, y por otro lado conseguir el milagro que le dé el acceso al ser, a la identidad, al sentido.

El deseo de un deseo insatisfecho permite a la mujer inscribirse en el mundo simbólico como madre por medio de la demanda del hijo y reivindicarse en el lugar de sujeto deseante fuera de esta inscripción (Tubert, op. cit.).

El deseo de hijo es el resultado de la construcción es resultado de la construcción del ideal del yo como resolución de la configuración edípica en la niña, regulando la identificación con los estereotipos culturales y el modelo a seguir. Por otro lado el deseo maternal corresponde a la exigencia de fusión con el yo ideal que se conforma de las identificaciones primarias, fusión que llevará a la restitución narcisista de la niña en la que aún no se reconocía como diferenciada de la madre. La maternidad tiene que ver con un saber inconsciente que no se sabe.

Cuando una mujer no es madre no hay significante que la nombre, pues culturalmente solo se puede ser madre u hombre, si no se es uno de los dos no se es nada.

En algunas ocasiones el deseo materno, al situarse más allá de la demanda puede oponerse a ésta de una forma radical. El miedo inconsciente de las mujeres las lleva a somatizar, creando en su cuerpo una incapacidad biológica que no les permite concebir, la cual se manifiesta en una oligoanovulación, pérdidas fetales, causadas por anomalías cromosómicas, diabetes e hipertensión (Gold, 1991).

La infecundidad no puede ser concebida como enfermedad, sino como una imposibilidad de satisfacer un deseo. El cuerpo de la mujer estéril se convierte en un obstáculo para incluirse en la cadena significante en la que se desliza el deseo. La maldición recae en el cuerpo adjudicándole la responsabilidad del fracaso que en realidad es imputable a una operación simbólica.

Algunos factores psíquicos que producen la esterilidad se refieren a: conflictos entre madres e hijas inhibiéndose el potencial materno de la hija; la ambivalencia consciente e inconsciente con respecto a la maternidad a causa de la envidia proyectiva y a la ira competitiva, como a la retaliación de la propia madre o sustitutas (hermanas); desprecio de la mujer fértil hacia la infértil; la amenorrea; temor de ser destruida y devorada por el feto; fantasías sádico anales sobre el sexo y el nacimiento; utilizar un hijo para preservar un matrimonio, un estatus familiar o el derecho a la herencia; miedo a los daños corporales o a la muerte por causa del parto (Gold, op. cit.). Asimismo cuando la mujer visualiza al hombre solamente como un medio para acceder a la maternidad estructura una situación en la que hace imposible al hijo.

Los trastornos psicósomáticos referentes a la procreación en la mujer, se reducen a su rechazo de ser madre y por lo tanto a la identificación con ella, que tienen su base en las frustraciones infantiles, las cuales se pueden esquematizar de la siguiente forma:

* La madre que frustra a la niña negándole el pecho, alimentándola sin cariño o dejándola que pase hambre.

* La madre que es muy exigente con la educación esfinteriana de la niña, crea en ella la fantasía de que se ha apoderado de sus contenidos intestinales, precursores de los contenidos procreativos.

* La madre que se interpone entre la niña y su padre suscita en ella grandes sentimientos de culpa con respecto a la situación edípica.

* El rechazo imaginario real que experimenta la niña por el nacimiento de hermanos menores (Ramírez, op. cit.).

La mujer al tener este saber que no sabe, buscará respuestas en el área médica sometiendo a tratamientos encaminados a la fertilidad elevando de esta forma, la imagen sufrida que forma parte del discurso social de la maternidad, poniéndose de manifiesto el deseo del Otro más que el deseo de la mujer, ese Otro que está conformado por la cultura y que le ha asignado el papel de anormal por no cumplir con su función materna, la cual ha sido vista de esta forma desde el siglo pasado (Tubert, op. cit.; López, op. cit.).

2.2 Rol del hombre con respecto a la paternidad.

El niño es construido como un ente social, desde pequeño se identifica con el modelo paterno del cual aprenderá la masculinidad y los comportamientos viriles como la falta de expresión de sus sensibilidades, el ejercicio del poder y su admirable fuerza, que lo llevarán en un momento posterior a cumplir sus deberes como esposo fiel y amante. Su tarea y función es perpetuar la casta de los varones porque mediante ésta logrará conservar un estatus de virilidad, por ello es tan importante que cualquier hijo que devenga de él sea varón (Moigno, 1990).

Específicamente en la cultura mexicana el varón es educado para hacer uso y abuso del poder, para cumplir con su función de proveedor económico, la cual le permite deslindarse de la formación de los hijos y de los problemas concernientes al hogar (Ramírez, op. cit.).

Alrededor del hombre existe socialmente un mito del cual ha sido víctima desde pequeño. Dicho mito incide en una fortaleza omnipotente ante las penas y dolores, los cuales deben ser guardados y no mostrados a nadie, manteniéndolos en secreto y permaneciendo indiferentes ante ellos, dando como resultado una sensibilidad amordazada.

Empero, le permite expresar la frustración a través de conductas agresivas, pues la publicidad manda un modelo de varón de un ser violento y destructivo, incapaz de hacer creación con su agresión (Amelang y Nash, 1990; Coltrane, 1996).

Su sexualidad está plagada de una preocupación "por dar el ancho" ante su compañera, pues el no alcanzarlo le restaría credibilidad a su masculinidad, y en la cuestión del amor es tomado como insensible y despreocupado por las necesidades sentimentales y sexuales de su pareja, lo cual es resultado de su conformación cultural (Moigno, op. cit.). Asimismo, dicha conformación prepara al hombre para que obtenga un título profesional, de tal forma que se inserte activamente en el sistema de producción.

Desde el punto de vista psicológico, el niño se relaciona con el otro sexo desde el momento en que nace, porque la madre constituye su objeto de amor, ya que le da la fantasía de completud.

El niño comienza a dirigir cargas libidinales sobre su madre y construye la fantasía de poseerla, sus pulsiones de muerte se incrementan y están dirigidos hacia el progenitor de su mismo sexo, manifestando celos y buscando la manera de invadir la intimidad que tiene con su madre (Dolto, op. cit.).

Durante la vida del niño establece una relación simbiótica con la madre, aprisionándolo y encadenándolo a su ser, sin la posibilidad de lograr su independencia, sin acceder a su propio deseo, sucumbiendo de esta forma a la neurosis. Estas madres provocan en sus hijos las siguientes características:

* Pueden ser niños que por haber mostrado demasiada resistencia a su madre, se han olvidado de su propia existencia y por lo tanto se encuentran muertos a todo deseo, son niños ausentes, tímidos e introvertidos.

* O pueden ser niños agresivos con su madre y con los demás, pelean con sus compañeros y con las niñas, llevan la guerra consigo, provocan inestabilidad, tratan de mostrarse como los más fuertes pretendiendo ganarle a su madre, para romper el control que ella ejerce sobre ellos (Olivier, op. cit.).

La salida del período Edipiano se marca con la identificación del niño con su padre, sintiéndose orgulloso y dando valor a su propio sexo, el cual le regalará la paternidad, renunciando a la idea incestuosa de regalarle un hijo a su propia madre, incorporando a su psiquismo la Ley del Padre (Dolto, op. cit.; Leach, 1995).

La Ley del padre hace un corte en la relación simbiótica madre-hijo, impidiéndole a este mismo el goce incestuoso y proporcionándole al mismo tiempo la promesa de otros objetos de deseo, de los cuales obtendrá el goce. "La palabra, venida del Otro tendrá que ser el *farmakón*, remedio y veneno, instrumento ambivalente que separa y devuelve al goce, pero marcándolo siempre con un *minus*, con una pérdida que es la diferencia insalvable entre el *significante* y el *referente*, entre la palabra y las cosas" (Braunstein en Landa, 1998, p. 190).

El padre al instaurar la ley en el orden simbólico suscita un sentimiento de castración en la madre y el niño, ya que les permite dar cuenta de su falta, situando al niño como sujeto deseante de un valor colmador de la falta que lo completará (Landa, op. cit.).

El niño al llegar a la adolescencia buscará el deseo en la mujer, buscará agradarla con su aspecto físico, su silueta, su peinado o su ropa. Su energía libidinal comienza a desatarse y se involucra fuertemente en su vida amorosa y sexual, elementos fundamentales de su identidad. Hay un cierto romanticismo y ternura que emanan de él, que lo llevan al plano de la fantasía pero a las cuales renuncia por temor a no mostrarse viril (Moigno, op. cit.). Al mismo tiempo que mostrará una ambivalencia hacia la mujer pues deseará relacionarse con ella, contrario a su temor de volver a ser atrapado por esta mujer que le significa a su madre, dicho temor lo llevará a alejarse del hogar y de todas las funciones que para él implica su pareja y el hogar, pues esta relación lo remitirá a la angustia de la relación primigenia con su madre (Olivier op. cit.).

La función del hombre con respecto a la mujer será la de completarla, ya que culturalmente fue educado para ocupar el lugar de falo (Landa, op. cit.). El hombre y la mujer al estar uni-dos no se distingue su principio y su fin, se confunden en tiempo y espacio para dar lugar al otro. El hombre durante el embarazo de su pareja recuerda su propia infancia, para él la paternidad resulta ser el pivote de las experiencias infantiles olvidadas, en el que el niño establece un profundo vínculo con su madre, la cual se encarna ahora en su esposa "con sus pechos llenos de leche" y pocos hombres están seguros de su sexualidad como para no ver en el bebé que se alimenta del pecho de su madre, a un rival que le roba el cariño, sustituyendo el amor por la madre/esposa. Asimismo ven a sus hijos como un nexo hacia su futuro pues les garantizan la inmortalidad simbólica, o al menos la continuidad de su linaje (Leach, op. cit.).

Para el padre real la función paterna remite a la muerte, pues engendrar un hijo es agregarlo a la cadena generacional, con lo cual el padre queda relegado a un estatus más cercano a la desaparición. Cuando éste no ha asumido su deseo de ser padre, sus hijos son quienes lo generan a él como tal y no él quien los engendra.

El padre no es meramente la base del nombre del padre, pues sus hijos también aparecen como una extensión corporal de él y no solo como herederos de su genealogía (Tubert, op. cit.).

Con la llegada de éstos, el hombre se ve comprometido a repetir el papel que su progenitor cumplió en el complejo de Edipo, así como escriturará y estructurará a su hijo con sus carencias, colocándolo como un sujeto barrado.

2.3 Construcción del niño como objeto de deseo.

Un hijo solamente puede ser concebido cuando ambos padres hablan de él, cuando en el centro de su discurso se le abre un espacio, se le destina un sitio, se imagina y se simboliza, para que ese hijo exista debe ser nombrado (Tubert, op. cit.).

El niño al nacer, posee ya un lugar en el orden de lo simbólico, un nombre que le han asignado quienes lo esperan, estos han formado una serie de fantasías e ilusiones en el orden de lo imaginario, este sujeto devendrá al mundo y a su llegada dependerá de sus padres o de ese Otro, que además de satisfacer las necesidades propias de la especie, le otorgará un lugar, la significación que para ellos ha tenido su llegada (Landa, op. cit.).

El amor de los padres hacia el hijo que conformaron mediante su unión, permite la construcción de fantasmas -"imagen de un objeto que queda impreso en la fantasía"- (Lacan, 1986), para quien proyectan éxito orgánico y social en el futuro, como una prolongación de sus linajes paterno y materno de los que el niño surge (Dolto, 1987).

Dicho fantasma es construido a partir de la falta y del deseo de completud, deviniendo en un cuerpo imaginario de un modelo que será perfecto y que tendrá escrituradas características propias de los padres para reificar su narcisismo, los padres elaboran este fantasma de manera individual respondiendo a su propia historización.

"El fantasma no colma el hoyo abierto sino que lo obtura, lo cubre (...) pero al mismo tiempo es a través del fantasma como el deseo se manifiesta, se imaginiza: el fantasma es el correlato del deseo" (Orvañanos et al., op. cit. pp 64).

La gratificación de una mujer en el ejercicio maternal proviene de transformarse en su madre e identificarse con el hijo que esta maternizando. Esta identificación alimenta el narcisismo de la madre, ya que este hijo la unifica. El narcisismo es una parte fundamental de la subjetividad del individuo, ya que determina el nivel de lo imaginario donde se reifica la falta (Massota, 1992). Para las mujeres narcisistas el camino al amor objetivado es el nacimiento de su hijo que es visto como parte de si, de su propio cuerpo, el amor parental es una "resurrección del narcisismo de los padres", dado que estos pondrán todas sus esperanzas y deseos no cumplidos en su hijo (Freud, S., 1989). Este hijo deberá cumplir las exigencias narcisistas de los padres, cubriendo el perfeccionamiento que ellos mismos se atribuyen (Haissiner, 1991).

El niño se convierte en una prótesis que va a terminar con las carencias de la madre, es como esa parte que le falta, impidiéndole al niño la libertad de salir de esta relación cuando lo decida, no se le permite esta opción. De tal modo que este niño se convierte en el objeto fálico que completa a la madre (Dolto, op. cit.), por lo tanto esperará un hijo que realice sus deseos, que sea dócil y que le permita recuperar su inscripción al deseo.

El destino del niño esta marcado, pues cumplirá los sueños no realizados de los padres. Para la madre su hijo va a proporcionarle todo el amor del que siempre estuvo deseosa y le va a evitar la sensación de abandono que le proporciona su compañero, el cual es un perfecto desconocido.

El bebé se encuentra inmerso en un discurso articulado por sus padres, marcándolo y etiquetándolo. La madre se ocupa de escribir en el cuerpo de su hijo, escribe en él todas sus carencias y todas las series de significantes que la afectan en relación a él.

El niño le permite re-conocerse como cuerpo desde el momento en que esta transfiere el propio deseo al cuerpo de sus hijo. Este posee ya un lugar en el mundo simbólico de los otros que lo esperan, quienes le han asignado un sitio real en un cuerpo materno, que en el nivel imaginario provoca una serie de fantasías sobre su futura existencia, sitio que lo incluye en la cultura a través de un nombre propio, sujeto que deviene de la falta, de las fisuras de los otros, los cuales tienen que ver directamente con el padre, la madre y el complejo de Edipo.

La subjetividad del niño es estructurada por sus padres quienes marcan su cuerpo y le dan una identidad que tendrá que ver con su carácter de barrados. Al mismo tiempo que le daran existencia a través de los significantes, en donde el sujeto se dice en el orden de lo real, simbólico e imaginario. El niño es instalado en una historia familiar antes de nacer, la historia de los padres hace un tejido, una red de sentidos en la que incluyen a su hijo y donde este alcanzará significante.

La madre construye un fantasma en el nivel imaginario, plagado de sus deseos, los cuales son reconocidos a través de la palabra pero no por ello realizados, creando de esta forma una estructura, un sujeto que desea por Otro, un sujeto del lenguaje que asume el discurso del Otro (Landa, op. cit.).

El niño necesita al salir del medio amniótico "la seguridad de dos cabezas inclinadas sobre él, unidas en el gozo de mirarlo", de conocerlo, requiere de caricias que se inscriban en su cuerpo, necesita de la escucha de sus voces y de un nombre propio "un niño es una vida y una vida encarnada es una palabra desconocida, verdadera, viviente, envuelta en carne" (Dolto, 1987).

La madre resulta ser sumamente importante en la vida del infante por cubrir sus necesidades biológicas y por introducirlo en el mundo de los significantes, del lenguaje, escribiéndolo por medio de sus caricias, de su voz y de su presencia emocional.

Los sentimientos que ella tiene hacia su hijo constituyen en esencia un lenguaje. Este niño al ser sostenido por el deseo materno que le permite constituirse como sujeto libidinal, da cuenta de la existencia de su deseo, deseo de comunicación emocional con su madre y de que esta cubra sus necesidades al ocuparse de su cuerpo (Saskyn y Arana 1991). El necesita que su madre lo despierte a la vida de relación psíquica y emocional, mirándolo, jugando con él, iniciándolo en una manipulación de objetos, dándole la seguridad de su presencia y entablando en sí una comunicación estrecha con él (Dolto, op. cit.).

Para que un niño exista es necesario un hombre dispuesto a ser padre, capaz de desatar el nudo del corazón de la madre, lo cual significa poder articular el narcisismo con el amor al objeto. La construcción del hijo como objeto de deseo tiene que ver con la falta en los padres, por lo que es necesario hacer alusión al complejo de Edipo visto desde Lacan, para quien el falo es concebido como cualquier objeto que cubra la falta, es un significante del deseo, el falo es el significante privilegiado de esa marca en que la parte de logos se une al advenimiento del deseo" (Lacan op. cit. 1995, p. 286), en el complejo de Edipo el hijo cubre la falta. Lacan explica dicho complejo en tres tiempos: en un primer momento el niño se identifica con el objeto de deseo de la madre, detrás de ella se encuentra todo el orden simbólico y el objeto de dicho orden, es el falo, por lo que el niño se encuentra en una relación especular encontrándose unido a ella, sujetado. En la medida en que el niño encarna el falo de la madre aparece vestido de lo imaginario. En un segundo momento el padre interviene como privador de la madre en dos sentidos: priva al niño del objeto de su deseo y priva a la madre del objeto fálico "al dirigirse hacia el otro, encuentra al Otro del Otro de su ley" (Tubert, op. cit. pp. 175). Implica que la madre se de cuenta de su no completud con el hijo y que el hijo vea que su madre no lo es todo.

La castración simbólica conlleva a un corte, la separación entre la madre y el hijo y una pérdida para cada uno, pues el hijo deja de ser el falo para la madre y ella deja de tenerlo. La castración es la existencia del falo simbólico que abre la falta, falo y objeto a descompletan al cuerpo.

El objeto a significa caída, es un resto que se ubica en el lugar de causa de deseo y no un objeto que pueda satisfacer el deseo, son objetos que el sujeto pierde y que el juego del símbolo constituye en su relación negativa, es un objeto imposible que necesariamente remite a la falta en el Otro (Bicecci, et. al. op. cit.). Del tercer y último momento depende la declinación del complejo de Edipo, el padre hace presencia como aquel que tiene el falo (sin serlo) se instaura como objeto deseado de la madre y ya no como el padre omnipotente (imaginario), que puede privarla de su objeto, aquí es cuando el niño prefiere al padre y su identificación culmina en la formación del ideal del yo, pues al ya no ser falo deja de ser identificado con el yo ideal de los padres y pasa a identificarse con el ideal del yo. Es aquí cuando el sujeto se introduce a una ley que regula los intercambios sexuales, admitiendo al hijo como un ser capaz de desear por sí mismo y no a través de su madre (Lacan, op. cit.; Orvañanos, op. cit.; Rifflet, op. cit.; Tubert, op. cit.; Zak, op. cit.). La madre, en tanto que deseante es quien marca los puntos significantes del cuerpo de su hijo, pero solo lo hará a partir de la aceptación de la ley del padre, de ese corte entre ella y su hijo (Braunstein, et. al. 1983). El deseo aparece en el niño, al experimentar la carencia, la separación de su madre. El deseo se encuentra mas allá de la demanda ya que es eterno, imposible de satisfacer. "El deseo es deseo de deseo, deseo del Otro, esta sometido a la ley" (Lacan, 1995, pp. 852).

En suma se observo que la maternidad y la paternidad son constructos, que no tienen nada que ver con lo natural, sino con lo social y la propia persona. Por lo tanto, la construcción que se hace del hijo es perfecta e ideal, en la que no tiene cabida alguna alteración o deficiencia.

"La enfermera pregunta ¿quien es la señora V. ?, debo decirle que se sospecha un problema. Se tienen dudas, se van a practicar pruebas. Se sospecha un problema de trisomía, de Síndrome de Down. Quedé anegada en lágrimas a la vez porque era para mí un grave problema y, sobre todo, a causa del shock provocado por la noticia, ¡A gritos!. Lo más espantoso fue oír a una enfermera manifestar "usted sabe que tiene 3 días para declarar al niño o no, se lo digo ahora porque a usted le corresponde decidir lo que va a hacer" (Lévy, 1993, pp. 48).

CAPITULO 3. REACCIONES PSICOLOGICAS DE LOS PADRES ANTE EL NACIMIENTO DE UN HIJO CON DEFICIENCIA MENTAL

Retomando lo mencionado en el capítulo anterior, resulta necesario realizar la explicación y análisis de las reacciones psicológicas que viven los padres ante la llegada de un hijo deficiente, que trajo consigo la caída del deseo.

3.1 La caída del deseo.

Los padres esperan con emoción y esperanza el día del nacimiento de su hijo ya que desean que este sea bello y perfecto, por lo que algunas mujeres embarazadas tienden a tener temores y fantasías acerca del hijo que llevan dentro de su cuerpo, una de estas hace referencia al temor de que su hijo nazca con deficiencia o con malformaciones. El grado en que estas fantasías se presenten tendrá estrecha relación con la capacidad de la madre para que su cuerpo produzca un niño maravilloso o desagradable, en este último caso le provocará conflictos psíquicos (Weldon, E. 1993).

Cuando el niño tan deseado, al fin hace su arribo, la madre experimenta decepción, este aparece como carne y sangre, pero el es ahí, separado de ella pasando a un nivel inconsciente en el cual hay un sueño de fusión de género (Mannoni, 1972).

EL nacimiento de un niño significa el restablecimiento de la infancia de la madre, el cumplir todos sus sueños, reparar todo lo juzgado como deficiente en la vida de esta o el prolongar a lo que ella debió renunciar, cuando este niño tan esperado y deseado llega "enfermo" rompe con todos estos sueños, despertando las insatisfacciones de la madre e impidiendo que esta logre superar su complejo de castración en el plano imaginario. Con estos niños las madres sienten que sus sueños y deseos en torno a él, le son devueltos tal cual sin cumplirse (Mammoni, 1990).

Se observa una caída del deseo materno, sea por una falla en la feminidad, sea por el trauma concerniente a la ruptura de lo que se creía era lo materno o sea por la llegada de un hijo anormal que rompe con el ideal de un hijo, esta caída tiene el valor de un enunciado en falso.

El nacimiento de un hijo anormal provoca una herida narcisista la cual es la causante de que la madre encamine al hijo a lo real, desplegándose la imagen de un hijo deseado, cayendo de lo simbólico y remitiéndose solamente al plano real "es el nudo del sueño, centro del trauma, expresión de horror, lugar fijo y sin nombre" (Jerusalinsky, op. cit. pp. 55). Es eso que aterroriza y frustra a la madre, acaba con sus sueños, expectativas y deseos, por lo tanto cuando el espejamiento se da, se presenta de forma imitativa devolviendo real por real y sin intercambiar realmente nada.

La relación de esta madre con su hijo deficiente siempre tiene idea de muerte, disfrazada la mayoría de las veces con un amor sublime. El hijo real da muerte al hijo ideal (fantasma) por lo tanto la madre enfrenta una sensación de duelo en el nacimiento de su hijo (Bueno, 1993; Mammoni, op. cit.).

Cuando el niño tiene retardo, la madre unifica los dos cuerpos haciendo uno solo, con la fantasía plana basada en una relación corporal. La madre se siente incapaz de resolver su nivel de castración y en las respuestas de espejo le regresa a su hijo su ansiedad.

Las madres fállicas fundan con sus hijos deficientes una célula narcisista donde el niño colma en todos los aspectos a su madre, sin tener cabida el padre, por lo tanto el niño no puede salir de esta situación en donde hay una reciprocidad entre el hijo y la madre, en dicha reciprocidad el hijo no puede salir del espejamiento.

El sujeto no está, pues solamente esta prestado por la madre (cuando el niño se solda al cuerpo materno) en este caso la imagen es de sí mismo por lo que no se da un verdadero espejamiento a pesar de que alguna parte de la imagen materna se refleja en el hijo propiciando que este no tenga una imagen de sí mismo, esto efecto de la centración fálico narcisista de la madre, pues no refleja al hijo como un ser separado sino como una prolongación de sí misma (Dolto, y Nasio, 1992).

Jerusalinsky (op. cit.) argumenta que la madre con un niño deficiente se siente fragmentada y esa misma imagen es la que le regresa a su hijo, es decir no lo unifica ni lo convierte en objeto de deseo, negándole con esto toda oportunidad de ser y arrastrándolo como una parte suya. El reflejo que la madre ofrece a su hijo le devuelve a este solamente una imagen real como se menciono anteriormente, esto puede ser debido a la imposibilidad psíquica para sostener una circulación simbólica o la insuficiencia orgánica del hijo para formarse como sujeto. La enfermedad orgánica del niño en realidad representa la angustia materna pues para ella los dos son uno mismo y así como el niño esta quebrantado orgánicamente, la madre se encuentra quebrantada igualmente, existiendo el uno en el otro. Entre madre-hijo se crea tal simbiosis que uno solo existe a través del otro, la enfermedad del hijo hace vivir a la madre, hace que ella se sienta útil, necesaria e indispensable, haciéndole saber al hijo que si no fuera por ella él no tendría vida y que él solo existe a través de ella (Mannoni, 1986).

El niño necesita ser sostenido por la mirada de su madre, ya que en la mirada se juega el deseo de los padres hacia el hijo. Cuando este hijo no es lo que se esperaba, estos desvían la mirada, no pueden sostenerlo, lo minimizan y solo será sostenido con culpa. La mirada no "es forzosamente la cara de nuestro semejante, sino también la ventana tras la cual suponemos que nos están acechando" (Lacan, op. cit. pp. 321).

La madre por medio de su lenguaje le expresa a su hijo todo lo que siente hacia él, por medio de un lenguaje corporal que expresa todo tipo de emociones y sentimientos. La madre daña al hijo con lo que no dice, esas palabras que implican cierto drama y que por lo tanto no se dicen, ocultamiento que provoca cierto equilibrio aparente, equilibrio que el niño lo sabe no real, pagando y cargando así con todo ese drama parental (Mannoni, op. cit.).

En la relación madre - hijo debe comprenderse la frustración la primera, cuando deposita una mirada, un gesto o caricia y ésta no tiene contestación por parte del hijo, bloqueándose así la relación. En dicha relación no se realiza la transformación simbólica del espejamiento, pues la madre no le da soporte al hijo y éste se encuentra ausente por lo tanto las cargas pulsionales se establecen sin dirección, sin ir en lugar del otro, deteniéndose indistintamente en cada punto. Para que se pueda dar rumbo al narcisismo del hijo es condición necesaria que se de la triangulación Edípica, a través de imaginar en el hijo su carencia la madre ocupará su lugar en el triángulo Edípico, por lo tanto la espontaneidad que se ofrece en el plano real la remitirá otra vez en el plano simbólico para cubrir esta carencia. Asimismo al encontrarse unidos madre-hijo y ser uno en el otro, la madre no será capaz de permitir que su hijo se encuentre a sí mismo, descubrirse ajeno y distinto de Otro y de reconocerse en tiempo y espacio, pues esto la situaría como una mujer carente de función (Mannoni, 1987).

3.2. Crisis parentales.

El niño con discapacidad ocupa un lugar que no era para él, un lugar que estaba designado a otro, ese otro cumpliría con las expectativas de los padres y por ende, sería recibido con alegría, pero desafortunadamente esto no ocurre. El niño al nacer provoca desastres no sólo en el nivel parental sino en la familia, que se experimentan como crisis y confusión (Jacobo, y Villa, 1998).

Asimismo Gallager y Washington (en Castillo, 1988) argumentan que la familia del niño deficiente debe enfrentarse a dos tipos de estrés, el primero tiene que ver con la muerte simbólica del niño esperado y el segundo hace referencia al dolor y la pena que se presentan durante los cuidados del niño.

Por otro lado Wolfensberger (en Castillo op. cit.) e Ingalls (op. cit.), distinguen tres crisis que se pueden presentar cuando los padres enfrentan el nacimiento de un niño con deficiencia mental, a saber:

a) Crisis de shock: la cual se manifiesta cuando el diagnóstico no coincide con las expectativas parentales.

b) Crisis de valor: Se encuentra íntimamente relacionada con valores sociales que los padres tienen, dando como resultado la sobreprotección del niño o en otros casos la negación o institucionalización del mismo.

c) Crisis de la realidad: Se presenta cuando los padres se dan cuenta de que su hijo requiere de cuidados especiales o cuando no tienen acceso a la atención profesional adecuada.

3.3. Etapas y sentimientos.

El hijo ideal materializado por los padres al ser destruido produce un duelo que no termina manifestando sentimientos como vergüenza, ocultamiento, depresión, culpa y coraje, los cuales se presentan en las diferentes etapas por las que generalmente atraviesan los padres. La primera emoción después de la noticia va a depender de varios factores: temperamento de los padres, tiempo que tardan en recibir la noticia y forma en que el médico la proporcione (Ingalls, op. cit.).

Las etapas antes mencionadas son: negación, enojo, regateo, depresión y aceptación. (Hutt y Gwyn, 1988; Ingalls, op. cit.; Linn, y Linn, 1993; Jasso, 1991; Waigner, 1982).

Negación.

Los padres al recibir el diagnóstico de su hijo, niegan el problema buscando otras opiniones médicas con la finalidad de que el primer diagnóstico sea revocado. Los padres utilizan mecanismos yoicos que les permiten defenderse del dolor que les provoca la deficiencia de su hijo, estos son: racionalización, represión del dolor, formación reactiva, proyección y compensación.

Desde el punto de vista psicoanalítico los padres niegan la deficiencia de su hijo debido a que lo vivencian como una herida narcisista en la cual dan cuenta de que su falta no puede ser cubierta y de que ese hijo tan anhelado como falso, no cumple esa función, esto sucede en todas las etapas.

Además de lo anterior, la imagen de este niño les devuelve a los padres una imagen fragmentada, monstruosa de sí mismos, despertando en ellos sentimientos de dolor y de no querer saber de ese otro que ambos engendraron, recurriendo a la racionalización y negando al mismo tiempo a ese otro como una prolongación propia y por lo tanto evitan mirarlo y sostenerlo con su deseo.

El niño estará conformado por significantes constituidos por las pulsiones de muerte negándole la existencia en el registro simbólico y estructurándolo en el real como carne y sangre. La madre no establece en un principio una relación simbiótica con su hijo, pues no puede conformar una unidad con alguien que no siente como parte de ella. Empero, le proporciona cuidados y atiende sus demandas sin libidinizarlo, ya que debe cumplir con la función materna que socialmente le fue impuesta. Por otra parte el padre ve en su hijo su propia muerte, porque ese hijo no podrá continuar con su linaje, además de no poder identificarse con ese otro deficiente que está desprovisto de las cualidades que un niño "normal" posee (vida, fuerza, independencia, perfección).

El desajuste emocional de los padres puede producir en ellos rechazo y hostilidad hacia su hijo, este rechazo proyecta las angustias personales de los padres.

Enojo.

En esta etapa experimentan coraje (hacia ellos mismos, el doctor, el hijo) y continuamente se cuestionan acerca del ¿por qué?, ¿por qué a ellos?, dichas cuestiones hacen referencia a su narcisismo, pues no pueden concebir que en su omnipotencia y perfección hayan procreado a alguien deficiente. Aunado a estas preguntas se suscita la culpa al tratar de buscar responsables de la deficiencia de su hijo que en cualquier momento puede ser dirigida hacia el otro cónyuge.

Los sentimientos de culpa también pueden presentarse debido a que los padres consideran que el trastorno de su hijo tiene que ver con alguna acción de su pasado, al mismo tiempo que buscan algún comportamiento inadecuado que mereciera un castigo para adjudicarle la deficiencia del hijo.

El enojo puede manifestarse a través de la enfermedad psicósomática, la crítica destructiva, hostilidad y falta de amor. Este sentimiento de coraje es aludido a la ruptura de las expectativas parentales sobre lo que el hijo redituaría en el futuro, a la vez que este hijo, al necesitar de mayores cuidados le roba a la madre un espacio que anteriormente era para sí, haciendo cambios en su vida social. En esta fase el niño es significado como aquél que lo arruinó todo y es sostenido con una mirada de culpa. El síntoma viene del hijo real y se encarna en el cuerpo de la madre provocando la enfermedad psicósomática, ésta vive su cuerpo como un cuerpo deshabitado, dispersado, cuerpo sufriente, enloquecido y arrebatado en el cual la madre sufre su propio tormento.

Regateo

En esta etapa los padres le dedican demasiado tiempo a su hijo con deficiencia hasta el punto de olvidar sus otros hijos. Los padres enfocan toda su energía en el objetivo de que el niño se "cure", porque al hacerlo puede contemplarse al niño como falo, al mismo tiempo de que tiene la fantasía de completud y por lo tanto lo sobreprotegen, conformando una simbiosis en la cual no tendrá cabida la metáfora paterna, sin hacerse el corte entre la madre y el hijo, colocando a ambos en falta e impidiéndoles ser sujetos deseantes.

Por otro lado, la madre al proporcionar estos cuidados obsesivos trata de subsanar la falla que existió en la identificación con su propia madre de tal manera que acudirá a diferentes tratamientos con el fin de presentar a la sociedad una imagen de madre capaz de hacer cualquier sacrificio para que su hijo salga adelante y pueda cubrir las expectativas que ella construyó en el plano imaginario.

Depresión.

Los padres experimentan sentimientos semejantes a los que se viven cuando hay muerte de un hijo. Este duelo se presenta como un obstáculo a elaborar y produce en ellos, tristeza, llanto, desesperación, recriminación y enojo.

La depresión deviene del hijo imaginario (fantasma) y de que los padres se encuentren nuevamente como sujetos en falta, situación que les es insostenible, por ello lloran a ese hijo muerto parte de ellos mismos, remitiendolos a su propia muerte simbólica porque ya no hay nada que los signifique. Asimismo los padres se recriminan constantemente por la existencia de ese otro que les es ajeno, por lo que sienten frustración y culpa, por los sentimientos ambivalentes (odio-amor) que ese hijo les genera.

Aceptación.

Cuando los padres aceptan a sus hijos son capaces de percibir exactamente las debilidades y potencialidades del niño, pueden hablar de él tanto en la familia como con los vecinos sin dejarse abrumar por la pena, ni por el sentimiento de culpa y sin sentirse avergonzados, pueden proporcionar el apoyo que su hijo necesita sin buscar curas milagrosas, les dedican el mismo tiempo que a los demás hijos, no lo ahogan ni lo hostigan, no lo aman exageradamente y le permiten que desarrolle cierta independencia.

Al llegar a esta etapa los padres logran asimilar la experiencia de tener un hijo deficiente y por ende crecer por medio del dolor que les dejó la herida.

En estos momentos los padres se asumen como sujetos en falta y caen en la cuenta de que será eterna, por lo tanto se convierten en sujetos deseantes y posibilitan que su hijo viva su cuerpo real y desee a través de él; inscribiendolo en la red de significantes y admitiendolo como parte de su cadena generacional. La simbiosis generada en la etapa de regateo se disuelve porque la madre percibe a su hijo como un cuerpo que no le pertenece.

Debido a lo anterior Flores (en Jacobo y Villa, op. cit.) señala que es necesario realizar un trabajo de duelo y aceptación con los padres y hermanos, donde puedan tener lugar los sentimientos de culpa, reproches y tabús, para que el niño no quede marcado por un diagnóstico, ocupando un lugar del que difícilmente podrá librarse. De la misma manera Osorio (en Jacobo y Villa, op. cit.) recomienda la psicoterapia psicoanalítica para el tratamiento de tal forma que el niño pueda conformar su imagen corporal a través de los padres, enfrentándose a esa parte monstruo que recibe de la parte del otro.

Lo expuesto en este capítulo permitió dar cuenta de la herida narcisista que sufren los padres y de lo importante que resulta para ellos y para el niño, la elaboración del proceso hasta llegar a la aceptación, se propone un tratamiento de corte psicoanalítico para lograrlo.

" El síntoma es aquí el significante de un significado reprimido de la conciencia del sujeto. Símbolo escrito sobre la arena de la carne y sobre el velo de maya, participa del lenguaje por la ambigüedad semántica" (Lacan, op. cit. pp. 100)

CAPITULO 4. METODO Y TECNICA PSICOANALITICA

A través de este capítulo se realiza una panorámica general de la practica psicoanalítica, enfatizando los conceptos básicos que la sustentan, los cuales fueron retomados por Jaques Lacan.

4.1 Sobre la técnica en psicoanálisis.

Freud, S. en sus trabajos *Sobre técnica psicoanalítica* (1990) resaltó algunos puntos esenciales como: el encuadre, la transferencia, las resistencias y el comportamiento del analista. En cuanto al encuadre se deberán realizar las especificaciones sobre tiempo y duración de las sesiones, los honorarios y el contrato entre el paciente y el analista, el cual se refiere a la confidencialidad, siendo el análisis un asunto entre los dos (el paciente no debe de comentar lo tratado en la sesión), ya que la opinión del otro podría influir en el tratamiento. Según Freud, la cuestión de los honorarios juega un papel importante en el análisis, ya que las resistencias en los pacientes neuróticos se acrecentan con los tratamientos gratuitos.

La transferencia aparece como un elemento importante durante el análisis, la cual puede presentarse en forma positiva o negativa. En la primera, se manifiestan las expresiones más puras de la libido, de manera tierna, amistosa y amorosa. En la segunda, se observan sentimientos hostiles o agresivos hacia el analista. En algunos casos pueden aparecer simultáneamente ambos tipos de transferencia durante el tratamiento, a esto Freud lo denominó ambivalencia.

En la transferencia, el analizado actúa lo que no recuerda, lo hace, ejecuta la acción, lo repite, de tal forma que el pasado olvidado del paciente se ve repetido en la transferencia mostrando sus inhibiciones y sus rasgos patológicos de carácter.

La repetición es la búsqueda de algo que ya se encontraba escrito, marcado, inscrito en el cuerpo como significante y se presenta como un recuerdo manifestándose como un movimiento que fue. En *Más allá del principio y del placer* Freud descubre la pulsión de muerte que tiene que ver con estos fenómenos, a saber: la repetición, repetición del síntoma y de la transferencia.

Dicha transferencia se presentara como la más fuerte resistencia al tratamiento, manifestándose en cada momento en que el analista se acerque al síntoma, como una fuerza que defiende la enfermedad (Safouan, 1989).

El analista deberá romper estas resistencias siempre que aparezcan mediante la interpretación de las mismas, comunicándoselas al paciente, empero no deberá hacerlo al iniciar el proceso, sino hasta haber logrado el rapport o transferencia operativa, pues de no ser así las resistencias pueden volverse más fuertes en lugar de desaparecer. Cuando se trata de romper las resistencias se corre el riesgo de instaurar la propia palabra en la del paciente, orillando al otro a que cada vez se vuelva menos otro.

Finalmente, recomienda para los terapeutas el análisis propio para evitar los puntos ciegos, que en caso de no ser consciente pueden convertirse en "un peligro para otros" (Freud, 1990, pp. 81). Asimismo el analista no debe ser transparente sino solo un espejo para el paciente y en caso de realizar investigación, el analista no debe realizar estudio de casos hasta que estos estén cerrados.

A lo largo del tratamiento se presentan diversos mecanismos de defensa los cuales son utilizados por el yo para contraatacar al ello. La tarea del analista es la de reconocerlos y de frustrar su objetivo, adivinando lo omitido y reuniendo lo fragmentado por éstos.

El yo usará cualquier mecanismo de defensa que impida el surgimiento de los impulsos del ello, estos pueden ser: represión, desplazamiento, transformación en lo contrario, formación reactiva, negación, proyección y sublimación.

El proceso de defensa en forma de negación tiene como tarea primordial la libertad de negar lo que produce displacer al yo en la realidad de algún suceso que proviene del mundo exterior. Este mecanismo se completará y se sostendrá por medio de la fantasía.

Freud, S. en (Rifflet, 1981, p. 127) define la negación como "una forma de percatación de lo reprimido (...) de lo cual resulta una especie de aceptación de lo reprimido, en tanto que subsiste aún lo esencial de la represión", provocando en el paciente una aceptación parcial, pero solo es puramente intelectual.

La madre lastimada en su orgullo por el nacimiento de un hijo anormal, le protegerá excesivamente del mundo externo, evitándole el dolor y facilitando la huida de situaciones que puedan provocarle displacer. En este caso se observa el mecanismo de restricción del yo, el cual se orienta contra los estímulos externos.

Según Anna Freud (1986) estas defensas se presenta durante la transferencia y pueden presentarse en comportamientos corporales como : postura rígida, sonrisas estereotipadas y burlonas, ironías y arrogancia. Su aparición se encuentra estrechamente vinculada con el superyo, por lo que la defensa actúa impidiendo al instinto su salida bajo la angustia y el temor .

El cuerpo y el lenguaje forman el material esencial de la psicoterapia psicoanalítica. El cuerpo del paciente en la terapia se presenta en su discurso, en sus sensaciones somática y en la contratransferencia del terapeuta, de como percibe al cuerpo del paciente y que constituye para él un material a interpretar. "El cuerpo es en si mismo la parte inconsciente de cada ser humano y cada trastorno corporal un acto fallido.

El cuerpo es concebido como un cuerpo erógeno, cuerpo del deseo, en donde se encuentra lo psíquico y en donde lo inconsciente hace acto "(Chiozza, 1995).

La relación cuerpo-discurso ha resultado ser de gran importancia en el trabajo analítico ya que las posturas, comportamientos y gestos de los pacientes son utilizados o presentados por estos con la intención de expresar algo a través del cuerpo, discurso que no puede hacerse latente por medio del lenguaje y que por lo tanto se convierte en soma, esta manifestación se define como una forma sensorialmente perceptible, de un suceso psíquico que permanece en el inconsciente (Gear, et. al. 1990.). Según Bolaños (1995) este tipo de expresiones que hacen acto, responde posiblemente a mecanismos defensivos como la represión y la regresión.

El terapeuta debe observar cuidadosamente el lugar del cuerpo desde el cual el paciente emite la palabra "desde la cabeza (intelectualmente), con el corazón (emocionalmente) o con sus visceras (con la angustia y las fantasías ligadas a esa región)" (pp. 43). Los síntomas narran una historia donde no existe la posibilidad de comunicar la sexualidad infantil, dado lo anterior la zona del cuerpo es la de vinculación genital, es el regreso de lo reprimido, de ese algo que se desea olvidar pero que no se puede.

Mc Dougall (en Bolaños op. cit.) argumenta que esta expresión por medio del cuerpo puede tener algo positivo pues representa "un intento protector, una defensa contra el dolor mental, defensa peligrosa que corre el riesgo de destruir la distinción entre lo interior y lo exterior, entre el dolor emocional y el corporal, pero defensa al fin" (pp. 46).

Al mismo tiempo, este cuerpo que hace acto es el contenedor de experiencias frustrantes, de emociones y de lo no registrado por lo consciente. Dicho cuerpo estará evidentemente descuidado, por la desconexión mental entre lo corporal y lo emocional, rigiéndose por el deber ser y soslayando el bienestar y la salud, por la necesidad de sobrellevar los problemas que se presentan día a día.

El inconsciente no es accesible al discurso consciente, es lo censurado, pero la verdad esta inscrita en el cuerpo donde el síntoma histérico muestra la estructura de un lenguaje y se descifra como una inscripción en los recuerdos de la infancia, los cuales no son accesibles y se desconoce su procedencia, en el vocabulario particular, el estilo de vida y el carácter, en la tradición y en las leyendas que estructuran la vida propia, en los rostros conservados, en las distorsiones que conectan los capítulos adulterados con los capítulos que lo enmarcan y cuyo sentido restablecerá el conocimiento del principio (Braunstein, 1980). El inconsciente es donde se alojan los instintos, donde se halla su verdad, la cual grita por me dio de su síntoma. "El inconsciente es el discurso del otro, donde se anuda el reconocimiento del deseo, con el deseo del reconocimiento" (Lacan, 1995, pp. 633).

El sujeto no solo es cuerpo sino también lenguaje, ya que desde su nacimiento queda inscrito bajo la forma de un nombre. Jaques Lacan al proponer el algoritmo (S/s) permite la comprensión de la división del sujeto por dicha inscripción, por un lado el inconsciente (Significante) y el discurso consciente (significado) en el que el se construye como un yo.

Alvarez, Contreras y Lituin, (1991) mencionan que los medios del individuo son: su palabra, su dominio es el discurso en cuanto a la realidad transindividual del sujeto y sus operaciones son las de la historia en cuanto se construye la verdad en lo real.

La palabra es la que abre el camino a la verdad, la que la descubre, por lo tanto es plena a ella misma, a su presencia o a su ausencia. La verdad hace presencia en los sueños, en los chistes, en los síntomas, en lo falso, en lo mediocre, en lo absurdo y en la discontinuidad del discurso. No hay reglamento lógico que la descubra, pasa al acto, no se dice, por lo que no habla el yo sino el sujeto del inconsciente. La verdad emerge en aquello que falta, en lo escondido, en la cosa que falta en su lugar y en la transferencia.

La ambigüedad de la reconstrucción histórica se sitúa dentro de lo imaginario y lo real, no miente y representa el nacimiento de la verdad, encontrándonos así con una realidad que no es falsa ni verdadera (Lacan, op. cit.).

La función del análisis es ayudar al sujeto a reconocer como el inconsciente es su historia, perfeccionando así la historización actual de los hechos. Por lo tanto toda fijación es un estigma histórico, es aquello vergonzoso de lo que no se quiere saber, atribuyéndole el papel de no existencia, pero esto hace acto oponiéndose a lo que se dice. Todo acto fallido es un discurso logrado y pulido en el cual el lapsus es aquello que lo detiene y lo contiene, permitiendo que el buen entendedor encuentre lo que busca.

La verdad en psicoanálisis es mítica se dice a medias o se mal-dice. "Para liberar la palabra del sujeto, lo introducimos en el lenguaje de su deseo, es decir en el lenguaje primero en el cual más allá de lo que nos dice, él ya nos habla sin saberlo" (Lacan, op. cit.).

La palabra plena es la que hace acto, hace surgir las paradojas y las contradicciones. Lacan (op. cit.) reconoce a la palabra plena como aquella en la que se realiza la verdad del sujeto y la palabra vacía se refiere a la situación en la que el sujeto se extravía en el sistema lenguajero.

En el análisis se busca soltar la palabra, librarla de toda coherencia y de buenos modales para que se pueda reconstruir su historización, dicho análisis se constituye por lo que del yo es desconocido al sujeto a esa imagen en la cual reconoce sus cargas imaginarias tratando de reintegrar el deseo.

El análisis estructura con sumo cuidado el discurso del paciente porque es en él donde se encuentra su verdad. El análisis se basa entonces en la comunicación, el diálogo y su interpretación será con base al análisis del lenguaje.

El analista tiene como tarea primordial la escucha, reconociendo la verdad en el mensaje del paciente y traduciendola.

El analista representa lo simbólico, la sociedad, la cultura. Para Lacan el analista debe tener la función de "muerto" en la que no devolverá nada a el paciente, no intervendrá en un primer momento para provocar la regresión del sujeto, de un significante a otro, de su demanda, de manera que se alcance por medio de esta regresión el significante primero e inconsciente del deseo (Rifflet, op. cit.).

Según Lacan existe un tiempo lógico dentro de la situación analítica que comprende tres momentos: el momento de ver, en el que el sujeto da cuenta de su verdad inconsciente; momento para comprender en el cual el sujeto asimila dicha verdad y el momento para concluir en el que se presenta el fin del análisis (Forrester, 1995).

Retomando el concepto de transferencia analizado por Freud, Lacan concibe a ésta como el punto en el que se incide en la identificación del sujeto a nivel de la imagen narcisista, implica recaídas, proyecciones de las articulaciones imaginarias, pero se enmarcan en la relación simbólica. La transferencia puede indicar los momentos de error y de orientación del analista. La interpretación de ésta es el llenado de un vacío con engaños, engaños útiles (Lacan, op. cit.).

En cuanto a la interpretación, la función del analista será la de observar los lapsus, las repeticiones obsesivas, las incapacidades verbales, así como los errores del lenguaje, que como Freud describe en *Psicopatología de la vida cotidiana* representan material inconsciente digno de ser analizado, por lo tanto el analista tendrá la tarea de traducir, de deshacer los mudos secretos y de pronunciar las significaciones de estas cuestiones.

Si el analista no es capaz de retener la paradoja de lo desarticulado su acción sobre el paciente se le escapa. Hechos como las intervenciones verbales, explicaciones, gratificaciones y respuestas a la demanda, pueden confundirse con la interpretación pero no lo son.

La interpretación es aquella que empuja al sujeto a ver una de sus conductas especialmente en su significación de resistencias, sin tener que llamársele necesariamente interpretación. "La interpretación para descifrar la diacronía de las repeticiones inconscientes, debe introducir en la sincronía de los significantes que ahí se componen algo que bruscamente haga posible su traducción - precisamente lo que permite la función del Otro en la ocultación del código, ya que es a propósito de él como aparece su elemento faltante" (Lacan, op. cit. pp. 573).

La interpretación se da como una exigencia de la debilidad, es un medio que es difícil de hacer tragar sin que se devuelva es el efecto de las pasiones del analista, por su temor al error y a su ignorancia. Cuando un psicoanálisis termina lo que el analista conoce, es un poco lo que el paciente posee como propio por su sensibilidad a los golpes y a los dolores, a los puntos flacos de su carne.

"La cura es la reintegración en el hilo normal del discurso de una palabra, la palabra plena que no había podido decirse más que descifrándose"(Rifflet, op. cit. pp. 359).

"La cura analítica tratará de desplegar en sentido inverso la serie de significantes en que el deseo del sujeto se ha ido gradualmente alienando. Interrogará a los significantes del paciente al pie de la letra y según el orden de su aparición, orden que será siempre regresivo, de los más reciente a lo más pretérito, recompondrá la génesis o el orden de surgimiento" (Rifflet, op. cit. pp. 281).

Quien permita que su verdad emerja en el sinsentido se sentirá satisfecho de arrojar su disfraz.

Durante el recorrido teórico se pone de manifiesto que la práctica psicoanalítica es una alternativa viable para el tratamiento de las crisis parentales.

METODOLOGIA

El método a seguir para el logro de los objetivos se describe a continuación:

En este estudio participaron 8 personas (3 hombres y 5 mujeres), todas ellas padres de niños de 0 a 4 años que presentaban deficiencia mental. Se realizaron las sesiones necesarias para cada persona (una por semana) de 60 minutos cada una. Las sesiones se llevaron a cabo en el cubículo 25 de la CUSL.

A lo largo de las sesiones estuvieron ambas terapeutas, una de ellas guiaba la terapia y la otra registraba el discurso verbal y el lenguaje corporal del paciente. Cada terapeuta atendió a cuatro pacientes. En la primera sesión se realizó una entrevista (ver anexo 1), la cual fue aplicada a todos los padres. Posteriormente se trabajó el duelo, los sentimientos de pena, culpa, vergüenza y depresión que son provocados por el nacimiento de un niño con deficiencia mental, lo anterior se realizó utilizando como guía las siguientes preguntas:

Duelo y pena: ¿Como imaginaba físicamente a su hijo?

¿Que características de personalidad imaginaba que tendría su hijo?

¿Que objetos le preparó

¿Que planes tenía para él?

¿Que sentimientos le despertó que su hijo no fuera el que imaginaba?

Culpa: ¿Cuales cree usted que fueron las causas de la deficiencia de su hijo?

¿Por qué?

Vergüenza: ¿Lleva a su hijo a todos los lugares a donde usted va?

¿Como se siente al salir con su hijo?

¿Como se siente ante las reacciones de los demás ante la presencia de su hijo?

Depresión: ¿Que emociones le despierta su hijo deficiente?

¿Ha dejado de realizar actividades que hacía antes? ¿por qué?

¿Como se siente por haber dejado de hacer estas actividades?

Cabe mencionar que cada persona vivió su proceso en diferente forma y por lo tanto las preguntas se adecuaron y/o extendieron según cada caso. Al trabajar los sentimientos generados en cada etapa los padres experimentaron crisis, las cuales en algunas personas se presentaron en forma de catarsis o en síntomas psicossomáticos, de las cuales se realizo la interpretación.

Al término del tratamiento se les explicaron las habilidades que el niño podra adquirir en un momento ulterior.

El análisis de los resultados fue cualitativo, con base a las observaciones y registros del discurso parental que se expuso en cada una de las sesiones, realizandose un análisis basando en los postulados de Jaques Lacan. Finalmente se realizó la evaluación cualitativa del proceso que habían vivido y de la forma en que habían integrado a su hijo en su vida cotidiana.

RESULTADOS

La presentación de los resultados se realizó sesión por sesión con la finalidad de observar y analizar cuidadosamente los cambios en cada persona durante el proceso terapéutico.

SESIÓN 1

SR. M Y SRA. R.

La señora R de 26 años y el señor M de 27 años se presentaron a la sesión puntualmente, sin traer al niño M quien tiene una edad de 2 años 5 meses, con mielomeningocelia lumbar. La pareja no planeo el embarazo del niño el cual llegó a término. La señora comentó que fue un parto normal y que se presentaron complicaciones "creo que eran practicantes, en vez de jalar al niño hacia abajo, lo jalaron hacia arriba, fue horrible, me rasgaron internamente". El niño lloró inmediatamente al nacer, debido a su malformación el bebé estuvo internado durante 15 días, en este período la madre acudía a alimentarlo por la mañana y por la tarde. Posteriormente el niño fue intervenido quirúrgicamente, colocándole una válvula en la cabeza.

Ambos padres tienen miedo de que el niño reciba un golpe en la cabeza, ya que el médico les comunicó que si esto sucedía el niño podía morir. Asimismo el médico les informó que el niño no duraría más de 10 años.

Cuando los padres recibieron dicho diagnóstico se pusieron muy mal, "porque nos habíamos cuidado, ¿por que nos había pasado esto?, todos decaímos". El señor M dijo que posiblemente había sido su culpa porque durante mucho tiempo trabajo con ácido muriático, la señora lo exoneró.

Hasta el momento los padres manifestaron "ponerse mal" cuando platican del niño, a pesar de decir que ya lo asimilaron, esto pone de manifiesto que se encuentran en la etapa de negación. Además de afirmar constantemente que el niño es "normal".

La pareja acepto iniciar el proceso terapéutico, informándoseles que este sería por separado.

SESIÓN 2

SEÑORA R

La señora inició la sesión mencionando su deseo de olvidar a su hijo, pues quisiera que este solamente fuera parte de un mal sueño, lo que nos permite ubicarla en la etapa de negación.

La construcción del hijo imaginario estaba plagada de su deseo materno, el cual se veía reflejado en los objetos preparados por ella misma "le preparamos una lámpara, chambras que le tejía, fajeros, pañales y le arreglamos un mueble blanco con cortinas y toda la cosa". La escritura corporal que realizó en su hijo correspondía a su propia escritura lo que da cuenta de su narcisismo, experimentado como una prolongación de ella misma. Por lo tanto este hijo imaginario estaba sostenido por el deseo reificando la falta de un pene que careció desde niña (Massota, op. cit.).

Se infiere que a partir de los malestares físicos de la madre, "yo lo lastimaba a él y él a mí", comienza un proceso de separación con el hijo sintiéndolo como una herida narcisista tanto en el nivel imaginario como en el nivel real.

Finalmente la señora R recordó su estado depresivo vivido al recibir a ese hijo que no llenaba sus expectativas, aunándosele la forma agresiva del médico al explicar el diagnóstico "ya no le hagan nada, déjenlo que se muera".

SESIÓN 3

SEÑORA R

Toda la sesión giró entorno al parto en el cual comienza el desprendimiento del hijo. En él se viven emociones como miedo, angustia y dolor.

Cuando la señora tiene ante su mirada a ese otro que no reconoce como parte de sí misma, irrumpen las culpas "¿que le había yo hecho al bebé?", impidiéndole de esta forma sostenerlo con su deseo y dando muerte al mismo tiempo al hijo imaginario, situándose en el plano real. Desde esta posición, la señora guarda la esperanza de que su hijo sea "normal", hipótesis que se apoya con los comentarios del pediatra: "si lo atiende rápido, va a poder ser un niño normal".

Un hecho importante fue cuando la señora comenzó a llorar al narrar su salida del hospital, donde encontrándose con su madre y su suegra experimentó angustia, de lo que se deduce que ella no sintió la anhelada identificación con la madre que la hizo ser, y con el hijo que se lo impidió.

SESION 2

SEÑOR M.

El señor llegó a la sesión puntualmente, una vez que su esposa salió de la sesión se mostró muy nervioso. Argumentó desesperación por haber estado a solas tanto tiempo (60 minutos), él asocio este estado con el momento que vivió mientras esperaba que su esposa diera a luz. De esto se infiere que repitió la emoción vivida en dicha situación, mostrándose una transferencia negativa hacia las terapeutas, como si esperara que éstas le dijeran lo mismo que le habían dicho los doctores en ese momento:

“En algunas ocasiones nos toca perder, su niño nació mal... no puedo decirles bien que es lo que tiene porque yo solo me encargo de que nazcan los niños”. En este momento de la sesión el señor olvida el diagnóstico experimentando un lapsus, donde su deseo de olvidar irrumpe.

Por lo anterior emergieron las resistencias del yo para protegerse de la angustia experimentada en tiempo pasado y que ahora se revivía, impidiéndose así el trabajo terapéutico. Posterior a este comentario el sujeto relató un suceso en el cual se enfrentó con uno de sus compañeros porque este le pedía que realizara el trabajo más a prisa. Este hecho representó una agresión directa hacia las terapeutas ya que según Lacan, cuando el paciente reproduce verbalmente sucesos de esta índole, los hace para insultar y molestar a quien se dirige. No se insistió en continuar el trabajo terapéutico debido a que esto podría provocar un aumento en las resistencias.

Dado el manejo que se hizo de éstas, el señor M manifestó sentirse cómodo en la situación pues argumentó; “me gustan las cosas despacio y a mi ritmo”. Al mismo tiempo comentó que posiblemente no asistiría a la siguiente sesión por causas laborales. Esto se atribuye a las resistencias mencionadas anteriormente.

SESION 3

SEÑOR M

En esta sesión el señor se presentó 10 minutos tarde y acordó con su esposa pasar primero para evitar la angustia de la espera. Se mostró más cooperativo y menos apático en el transcurso de la sesión, lo cual es consecuencia del manejo de las resistencias explicadas en la sesión anterior.

Se analizó la imagen del hijo en el nivel imaginario, el señor comentó que sería "alto y travieso", se llamaría como él. Cabe resaltar que la elección del nombre fue realizada por la madre. Al analizar sus ideas preconcebidas del hijo, se infiere su deseo de poder, "mirar desde arriba"- y grandeza para su hijo que cumpliría a su vez sus deseos inconscientes. De la misma forma ansiaba para él viveza, inquietud y liderazgo, cualidades que le permitirían alcanzar lo antes mencionado y que de igual manera, satisficaría su deseo de ser en ese que no es.

El hijo real provocó la caída de su deseo pues ese otro que le es ajeno es concebido como un ser monstruoso que es incapaz de prolongar su narcisismo y de cumplir todos esos deseos que lo reivindicarían. Este ser real es percibido como real, por su alteración corporal, desastroso para el padre, por no poder tomar el lugar que él le había preparado en su discurso, provocando esta situación angustia y llanto.

Manifestó abiertamente olvidar la imagen primera de ese hijo que le era ajeno, pues esa imagen fue la precipitadora de la caída de su deseo, la cual se ha desvanecido mediante la operación del niño, en la que se eliminó el absceso de su cuerpo, dejándole de esta forma una imagen más "normal".

Al final de la sesión dijo que él pensaba que "no necesitaba una terapia", lo que sugiere el miedo a que su verdad irrumpa en su discurso expuesto en esta. Empero el manejo de las resistencias facilitó el cambio de actitud y la salida de la palabra.

SESIONES 4 Y 5

La cuarta sesión fue suspendida por ser día festivo (2 de Noviembre). Los señores R Y M no asistieron a la quinta sesión, avisando a las terapeutas.

SESIÓN 6

SEÑOR M Y SEÑORA R

En esta sesión se trabajó con ambos, para conocer el motivo de su inasistencia. Comentaron que el niño M estuvo enfermo de la garganta y con temperatura alta, por lo que tuvieron que llevarlo al seguro. Se realizó la sesión de esta manera debido a que habían transcurrido 15 días después de la última sesión y en estas circunstancias no era óptimo continuar el proceso terapéutico.

La señora R comentó algunos sueños referentes a la muerte del niño, los cuales aparecieron antes de iniciar el proceso terapéutico y que habían desaparecido durante el mismo.

Ambos señores coincidieron en que se sentían más tranquilos, desahogados y relajados a partir del inicio de las terapias. Al mismo tiempo que mostraron una gran ansiedad y angustia al pensar en la posible muerte de su hijo.

La señora R habló casi todo el tiempo, interrumpiendo constantemente al señor M; con esto se justifica aún más la intervención individual.

SESION 7

La pareja no asistió a la sesión debido a que carecieron de los recursos económicos para hacerlo.

SESIÓN 8

SEÑORA R

Durante la sesión la señora comentó algunos aspectos referentes a la figura paterna, describió que su padre ingería bebidas alcohólicas con frecuencia y exceso: "tomaba hasta perderse y lo hace hasta la fecha", golpeaba a la madre y a sus hermanos, no satisfacía las necesidades económicas y afectivas de la familia. Les prohibía realizar actividades de juego y su carácter es "muy estricto".

La madre era básicamente la que cubría las necesidades afectivas y económicas de la familia. La señora R atendió a sus cuatro hermanos, proporcionándoles los cuidados necesarios en sustitución de ambos padres.

La señora R presentó un alto grado de frustración, ya que no se le permitió realizarse profesionalmente "me hubiera gustado estudiar enfermera o primeros auxilios en la militar". Denotando una gran contradicción pues se quejaba del trato estricto y rígido de su padre quien no le concedía ningún permiso, no obstante deseaba ingresar a una institución en donde recibiría el mismo trato.

Posteriormente dio cuenta de su hijo imaginario a quien describió "gordo, de pelo chino, moreno, no muy chiquito y larguito", para luego trabajar el duelo de éste en el nivel imaginario. Durante el proceso la señora mostró una gran resistencia para que el niño imaginario relegara el lugar que ocupaba al niño real. En esos momentos en la señora irrumpió el llanto, al mismo tiempo que manifestó no querer que el hijo imaginario fuera desplazado "siento que no lo puedo dejar ir, no quiero que se vaya". Momentos después la señora accedió a que el niño imaginario (que sólo coincide con el real porque es gordo) desapareciera en ese instante; "adiós... se está alejando".

El niño real M se presentó por indicación de las terapeutas, para la señora fue muy dolorosa esta presencia, manifestándose nuevamente la caída del deseo materno, imposibilitándole la escritura en su inconsciente. Empero, al finalizar la sesión expreso su disposición para que su hijo salga adelante.

SESIÓN 9

SEÑORA R

La señora manifestó en la sesión haber dado muerte al hijo imaginario, concediéndole el lugar que había preparado para M. Este niño se encuentra ya en todos los niveles (imaginario, real y simbólico), ya que la señora R expresó: "me desprendí de la imagen de ese niño que no es, amo a mi hijo".

Con respecto a ella misma comentó que el proceso terapéutico le ha ayudado a quererse y conocerse a sí misma, aspectos que considera fundamentales para proporcionarle a sus hijos lo que necesitan. Asimismo, dijo sentirse "muy tranquila" y "mas segura", estado que se atribuye a la descarga emocional en las sesiones.

SESIÓN 10

SEÑORA R

En la sesión se comentó el bienestar vivenciado por la señora “yo me he sentido muy bien, muy tranquila, veo las cosas diferentes y el temor ya no lo siento”. Dicho temor hacía referencia a la muerte real del niño M, que estaba estructurado en su inconsciente como un deseo de destrucción de ese otro que no era parte de ella y el cual ha desaparecido, debido a que mira y siente al niño M como una prolongación de sí misma, regresando a la unidad perdida y necesaria para la conformación del yo de su hijo: “a mi ya no me importa como esta, siento que mientras que tenga vida es alguien que es mío”.

La culpa con respecto a la deficiencia del niño emergió una vez mas “yo dije en que fallé, por qué había salido así, que me pasó a mí o que fue lo que me hizo falta, yo me echaba la culpa por la caída que tuve”, por lo que las terapeutas trabajaron la exoneración, dando como resultado el alivio a su tensión.

SESIÓN 8

SEÑOR M

Al analizar el fantasma en el nivel imaginario que el señor había realizado del hijo, nos percatamos de que el desea que M realice las expectativas y metas que no pudo alcanzar, que hacen referencia al manejo de máquinas pesadas y a “ser maestro”.

Admitió sentir menos dolor al recordar a su hijo, aunque se presentó un lapsus, sin poder hallar las palabras que le confirieran el significado de su emoción.

Al pedirle al señor que describiera a su hijo imaginario argumentó que éste; “no iba a tener lo que tenía”, se parecería a su hija “en su cara, en su nariz y sus orejas”. De lo anterior se deduce que el señor M es incapaz de expresar por medio de su discurso, que el niño que deseo fuera sano y normal, encubriéndolo con la comparación que realiza con su hija.

Al trabajar el duelo del hijo en el nivel imaginario el señor lloró al hablar con este otro que jamás sería suyo, dándole por medio del lenguaje un lugar que le permitió al niño M introducirse en su discurso.

La elaboración del duelo del hijo imaginario le permitió al señor M dar cuenta de su hijo real y admitirlo como suyo; “ya me siento bien por tener al hijo que tengo ahorita”. Todo esto fue muy doloroso para el señor quien mantuvo en llanto durante el todo el proceso terapéutico.

Al finalizar el señor manifestó el deseo de ayudar a su hijo, de apoyarlo y de verlo crecer, aunque comentó también sus expectativas para que el “estudie y sea ingeniero, maestro o medico”, lo cual da cuenta de que posiblemente esté transitando hacia la etapa de regateo (Linn, op. cit.), debido a que manifiesta algunas actitudes a cambio de que el hijo pueda ser normal.

SESION 9

SEÑOR M.

El señor M comenzó a dar cuenta de su hijo en el plano real, admitiéndolo como una persona con discapacidades que no cubriría su ideal del yo, es decir, sus expectativas y deseos; “tienes que sacarlo de la mente, sacar la idea de tener un hijo así (hijo imaginario) y atender a lo que se tiene”. Este cambio es consecuencia de la muerte y trabajo de duelo del hijo imaginario, ya que el señor argumentó: “lo hacen llorar a uno, pero sirve porque uno se descarga... pues antes yo me sentía mal, yo no me daba a la idea de tener un hijo así, ahora ya no me importa si los demás lo aceptan”, esto muestra que los sentimientos de vergüenza han desaparecido.

La muerte del hijo en el plano imaginario le ha permitido al señor M. Experimentar una sensación de bienestar, paz y tranquilidad. Dado lo anterior se observa que el señor M está logrando sostener a su hijo, con el deseo y la mirada, reafirmando su lugar en el discurso paterno.

Una vez más emergió la culpa de éste con respecto al ácido muriático: “siento culpa por lo del niño, por lo del ácido y los polvos”. El señor comentó haber trabajado con el ácido muriático seis veces en un periodo de dos años, la cantidad que utilizaba era de cuatro litros diluidos en agua “preparaba todo y con la manguera lavaba fachadas de edificios”.

NOTA. En esta sesión se les informó a ambos que el proceso terapéutico concluiría aproximadamente de dos a tres sesiones.

SESIÓN 10

SEÑOR M.

Durante esta sesión se trabajó la culpa mencionada en sesiones anteriores. El señor M en un principio admitió tenerla, desatándose en él sentimientos de dolor y tristeza, manifestándolos por medio del llanto. Al finalizar el trabajo el señor M reinterpretó diciendo: "al principio me sentí culpable por pensar que yo tuve la culpa por trabajar con químicos, pero ahora pienso que son cosas que Dios manda para ponernos a prueba".

En esta elaboración las terapeutas exoneraron al señor M, logrando que la culpa desapareciera "me siento mucho más tranquilo, al saber que no soy culpable de lo de mi hijo". Por último la imagen del niño M, ya no provoca sentimientos de tristeza en el padre, por lo que éste ya puede devolverle la mirada, unificándolo y ayudándolo a construir su yo.

SESIÓN 11.

SEÑOR M Y SEÑORA R.

En esta se dio término al proceso, para ello se trabajó con ambos padres. Al cuestionar acerca de lo que les había dejado dicho proceso mencionaron:

SEÑORA R

* "Yo ya no me llevo nada, dejamos una carga, me siento bien, ya no me siento preocupada ni angustiada"

* "Ya no sé qué decir"

* Expresó hacia su pareja: "Te amo, te quiero mucho, te necesito".

* "Antes llegaba él del trabajo y había silencio, ahora conversamos, nos unimos más"

* "Ahora mi hija también está más tranquila y ya juega con más confianza con el niño"

SEÑOR M

* “ Yo noté cambios en ella, ya no se preocupa como antes”

* “ Me concentro más en lo que hago en el trabajo”

* “ Me siento más tranquilo y sin presiones”

* Expresó hacia su pareja: “ Te amo, te quiero igual que a mis hijos y nunca los voy a dejar”

* “ Nos hicieron sacar cosas que traíamos guardadas, con otra persona no creo que lo haya logrado sacar”.

La liberación de la palabra permitió la irrupción de su verdad, posibilitándole al niño una posición en el deseo, al mismo tiempo que fue posible la estructuración de un yo a partir de la transformación individual, lográndose la plenitud de la palabra en cada uno de ellos, dando como resultado la cura, precipitada por ellos mismos.

La escrituración del hijo en el deseo de los padres, influyó en la relación de pareja, aumentando la estima, el amor y la comunicación entre ellos. Esto da cuenta de la aceptación que lograron, no solo a nivel de pareja sino también a nivel familiar.

SESION 1

SEÑOR F Y SRA. I

La sesión inició 15 minutos después de la hora acordada el señor F. de 32 años y la señora I de 35 años, son padres del niño C.F. de seis meses de edad con síndrome de Down, soplos a nivel corazón y pulmonar. Además de hepatomegalia. El alumbramiento del bebé fue por vía cesárea sin llegara término de gestación. El bebé no lloró al nacer lo que le provocó asfixia. Cuando ambos padres recibieron el diagnóstico sobre su bebé, "no lo podíamos creer", además de mencionar "tener un caos en la cabeza". El niño C.F. se alimenta de leche materna y actualmente ambos padres se encargan de él, se le han practicado varias pruebas: el TAMIS, que según la madre resultó negativo, y el cariotipo del cual les entregarán resultados en diciembre.

La señora mencionó haber tenido un embarazo previo en el que su bebé murió por malformación congénita del corazón a los 15 días de nacido, cabe mencionar que este bebé fue de su matrimonio anterior.

Actualmente al niño C.F. se le administran los siguientes medicamentos: digoxina 1 ml. cada 24 hrs., laxis de 20 mg. dividido en 10 ml. de agua cada 12 hrs. durante dos meses y captopril de 25 mg. en un ml. de agua cada 12 hrs. también por dos meses.

Durante la sesión ambos padres lloraron, al mismo tiempo que el señor F. evadía constantemente la imagen del niño, los padres se mostraron accesibles y dispuestos a iniciar el proceso terapéutico.

SESION 2

SEÑOR F.

El señor asistió a la sesión puntualmente, éste entró primero, desde el momento en que tomó asiento el señor mantuvo los brazos cruzados, al mismo tiempo que respondía de manera escueta. El señor F. situaba a su bebé en el plano imaginario, como un niño "tranquilo, normal, alegre, que puede correr y jugar".

En su discurso le había asignado el nombre de Dirier perteneciente a uno de sus compañeros que estimaba mucho. Este fantasma no se presentó muy elaborado ya que al parecer el hijo fue sostenido únicamente por el deseo materno, lo cual emerge en su discurso "ella deseaba mucho ese bebé", "le revisaron su producto".

El hijo real provoca una herida narcisista en el padre, pues no logra identificarse con su hijo deficiente, provocándole la negación de las condiciones reales de su hijo y argumentando en todo momento que "es normal" y que aún puede ser negativo el cariotipo, aunque en la fisonomía del niño se evidencia el síndrome.

SESION 3

SEÑOR F.

Al iniciar la sesión y en los primeros minutos se mantuvo con los brazos cruzados, en señal de su hermetismo y resistencia.

Al indagar sobre su amigo D., nos percatamos de que la señora I no sabía nada acerca de éste y que nunca le mencionó que le gustaría que su hijo llevara ese nombre. D. era su patrullero en el grupo de los boy scouts, era 10 años menor que el señor F., era "güerito, de ojos verdes, cabello quebrado, alto, delgado y soltero". "Lo que me gustaba de él era que, era muy alegre y muy tranquilo", mientras expresaba estas palabras el señor mantuvo las manos entre las piernas, se sonrojó y estaba muy sonriente.

Durante la sesión el señor estuvo muy hermético, de tal forma que se suspendió el trabajo, dejándole una tarea para la próxima sesión.

SESION 4

SEÑOR F

Al pedirle la tarea (carta a su hijo) el señor dijo "se me olvido en el carro", mismo que no trajeron a la sesión ese día. Dado lo anterior se le pidió que la realizara en ese momento mientras su esposa asistía a la sesión.

Al terminar la sesión de su esposa el señor F entro en el consultorio y mostró la carta a las terapeutas, pero al solicitarle que la leyera se rehuso diciendo: "yo ahí se las dejo", esto nos permite inferir que el señor es incapaz de nombrar a ese hijo que el es ajeno, que no puede formar parte de si ni de su discurso. Esto puede notarse también en la carta que escribió, pues estaba dirigida a las terapeutas soslayando por completo al hijo real. Además los sentimientos de rechazo y negación son proyectados sobre su esposa: "a ella todavía no le cabe en la cabeza que el niño tenga síndrome, esta desubicada, ella se culpa a sí misma, no debió embarazarse". Este último argumento nos permite pensar que el señor F posiblemente culpa a su esposa del problema del niño.

Finalmente el señor comentó que su esposa desconoce a D. y que a él le gustaría reiniciar la amistad que perdieron debido a su cambio domiciliario.

SESION 5

SEÑOR F

En la siguiente sesión ninguno de los padres asistió, ni avisaron los motivos de su inasistencia por lo que se trato de contactarse con ellos posteriormente. En dicho contacto los padres comunicaron que el niño estaba enfermo, razón que les impidió asistir. En la sesión siguiente su comportamiento fue el mismo así como sus argumentos, motivos que marcaron el final de la terapia ya que los señores no mostraban disposición por continuar.

El señor desde el inicio de las sesiones mostró fuertes resistencias que como en el caso de su esposa impedían el trabajo psicoterapéutico, pues el llevarlo a cabo implicaba incluir a su hijo en la cadena generacional y nombrarlo en su discurso como parte de sí. Todo esto le causaba una gran angustia y ansiedad, mismas que hacían acto, por lo que su yo utilizaba mecanismos de defensa primitivos como la regresión, la negación y la proyección.

Al igual que en su esposa influyó su historia personal, pues el tratamiento psicoterapéutico implicaba hablar de lo que no quería saber (su amigo D., relaciones de pareja y su hijo).

SESION 2

SEÑORA I.

Inició la sesión puntualmente, la señora conformó su hijo imaginario como alguien "de manos grandes, sano, con carácter fuerte como el mío", quien se llamaría como el abuelo debido a que sería el único varón, situándolo de esta forma en el lugar de poder y autoridad que compartiría con ella, cubriéndolo de esta forma su falta fálica.

Dado que anteriormente había perdido un hijo la señora I, buscaba por medio de C.F. reivindicarse como madre y lograr de esta forma lograr la identificación con su propia madre. Pero eso no sucedió pues ese hijo que se le presentaba no cumplía con sus deseos y no cubría el lugar que había preparado para él, dando muerte a su hijo imaginario, también lo experimentó como una herida narcisista.

Dentro de su discurso expresó mucha alegría y felicidad por parte de su esposo al saber de su preñez, que sin embargo eran las propias identificándose como proyección.

SESION 3.

SEÑORA I.

En esta sesión se abordó el tema de su anterior matrimonio y de su embarazo anterior, aunque había manifestado en la sesión anterior no querer hablar de esto. Se caso hace 10 años, debido a su embarazo, su unión duró seis meses y se separaron porque él era infiel y la golpeaba. El señor R. (ex -esposo) tenía una amante con la cual concibió un hijo en el mismo tiempo que con la señora I, este bebé sobrevivió y no presentó ninguna complicación, hecho que reafirma la hipótesis con respecto a la recuperación de su estatus de buena madre.

De su primer matrimonio, la señora I tuvo un varón, que murió a los 15 días por un mal congénito del corazón. El bebé padeció de constantes paros cardiacos (cuatro), en el último de éstos, la señora estaba presente y deseo que el niño muriera con la finalidad de que ya no sufriera. A este niño le asignó el nombre de I. A., que corresponden a los abuelos paterno y materno respectivamente. Según la señora, el niño al morir se "despidió" de ella: "Yo sentí cuando mi hijo murió, me agarró y me dijo adiós, pasó junto a mí". Al expresar este discurso la señora lloró. Posterior a la pérdida de este hijo, tuvo 3 embarazos más, que se interrumpieron al mes y medio.

Es importante mencionar que el padre de la señora I, murió cuando ella tenía 10 años, se enteró de este suceso accidentalmente, pues su madre no se los informó, solo se limitaba a decir que el padre andaba de viaje. Cabe destacar que el padre se dedicaba al traslado de cadáveres y que actualmente cuando le preguntan por su padre, ella menciona que "es minero". Posterior al deceso, la madre les mencionó la defunción, sin aclarar los motivos de ésta, de tal modo que aún los desconoce. Dado lo anterior se infiere que no ha realizado el duelo, y que utiliza la burla como una forma de reprimir el dolor que le causó la pérdida y el ocultamiento de una verdad que solo posee la madre.

De la misma forma, se observa que el duelo de su hijo I.A. tampoco ha sido elaborado y que está cubierto de culpas, pues pensaba utilizarlo como un medio de venganza hacia el esposo y su familia. Esta forma de comportarse se repite con su hijo actual (C.F.) quien es usado para obtener la atención y la compañía del padre hacia ella, evitando que el señor F. pase más tiempo con su familia de origen quienes viven en la misma casa.

SESION 4

SEÑORA I

La señora se presentó 40 minutos tarde y comentó que su esposo el señor F se "agarró de los barrotos y no quería entrar" porque no había realizado la carta a su hijo, esto demuestra que el señor experimentó una regresión a una etapa anterior de su desarrollo psicosexual.

En el transcurso de la sesión el niño se mantuvo dormido en los brazos de la señora por lo que el trabajo terapéutico se vio obstaculizado. La sesión fue breve y giró en torno a sus expectativas, expresando que le hubiera gustado ser enfermera "porque me gusta vestirme de blanco". Cabe destacar que en ninguna de las sesiones se ha presentado vistiendo ese color, también manifestó abiertamente sus creencias en la suerte y en los chacras.

Se ha hipotetizado que esta señora presenta una posible melancolía, atribuida a cinco muertes cercanas no trabajadas, la cual expresa por medio del lenguaje, además de presentar una estructura obsesiva.

SESION 5

SEÑORA I

En el caso particular de la señora, su alejamiento puede atribuirse primeramente a su interés por reivindicar su imagen femenina mediante el estatus de madre abnegada, pues en el pasado había sido catalogada como una "mala mujer" por no cubrir con los requerimientos que la sociedad esperaba que tuviera (abortos, divorcio y matrimonio con un hombre menor). En segundo lugar, este rol de madre sufrida que le otorgaba su hijo a través de su síntoma, la incluía en la cadena significativa del deseo, por lo que ella no estaba dispuesta inconscientemente a permitir el corte que la situaría nuevamente como sujeto en falta. Por último es importante considerar su historización en la cual se halla su construcción, su verdad oculta y el propio síntoma, por lo que al acercarse a este durante la terapia, ella posiblemente utilizó sus defensas yoicas para evitar que su verdad apareciera.

SESION 1

SEÑORA L

La señora L. de 40 años y el señor U. de 41 años son padres de dos hijos, el menor de estos U. tiene seis meses y presenta síndrome de Down. La señora definió su embarazo como "precioso y encantador" a pesar de retener líquido amniótico y por ende, sufrir de inflamación de los pies. El parto presentó algunas molestias para la señora por ser cesárea, además de que los médicos la sedaron de más, motivo de malestares muy severos "me sentía como atropellada, se me congestionó el pecho, me convulsione toda la noche, sentí una tensión nerviosa muy horrible, me sentía como drogada, hacía oración y se me quitaba". El niño al nacer peso 3 kilos 400 gramos, su calificación del APGAR fue de 8 y actualmente define su comportamiento como "tranquilo, no es fregoncito, es un ángel, cuando se aburre si llora".

SESION 2

SEÑORA L

Se presentó puntualmente a la sesión, en ésta comentó su afiliación a la religión cristiana mormona, después de profesar la católica, este aspecto es de suma importancia porque las premisas fundamentales de su nueva religión están encaminadas a la unicidad haciéndola sentir como un sujeto completo, incapaz de sentir la falta "nos bautizamos, la iglesia tiene una estructura perfecta para que nos edifiquemos, al sellarme con mi esposo (matrimonio), nos unimos en tiempo y espacio, es una unidad".

Con respecto a su hijo mencionó: "el no viene a probarse, lo envió por el amor que nos tiene, él ya pasó la prueba, los discapacitados vinieron a probarnos, bendito sea Dios porque ya lo pasaron. Nosotros elegimos antes de venir a la tierra, la familia, el lugar, lo hacen con gusto son las personas que más pueden dar, hay que echarle ganas, espero estar a la altura de él".

Todo lo anterior hace alusión a su idea de que su hijo le proveerá de la salvación eterna y por lo tanto lo contempla como un ser especial que no puede ser rechazado, ya que al hacerlo desdefiaría su salvación.

SESION 3

SEÑORA L.

En esta sesión la señora ya no se presentó y se decidió no continuar el proceso, debido a que no se considero necesario puesto que ella encontró en la religión una manera de manejar sus emociones de tal forma que no le provocan angustia, ni ansiedad.

Cabe mencionar que la supuesta completud que existe en ella deviene de su ideología religiosa, que le provee felicidad, como lo menciona Freud en su obra magistral "El porvenir de una ilusión". De la misma forma se pudo observar que dada esta completud el niño nunca tuvo la función de falo y por lo tanto no hubo caída del deseo ni sentimiento de incompletud, que son los factores que producen las crisis y las etapas que generalmente se presentan cuando hace su arribo un niño con deficiencia.

SESION 1

SEÑOR M Y SEÑORA G

La señora G de 34 años y el señor M de 32 años acudieron al consultorio puntualmente. Ambos tienen dos hijos M. A. de 7 años y B. D. de 3 años de edad, esta última presenta problemas de lenguaje. El embarazo de B. D. fue planeado y ocurrió cuando la señora tenía 30 años de edad, durante este no se presentó ninguna enfermedad, no consumió drogas ni medicamentos. A los ocho meses de gestación la señora padeció presión alta por lo que durante el parto (normal) le pusieron sonda. La niña lloró inmediatamente al nacer y obtuvo la calificación 8/9 en la prueba APGAR. La señora cuidó a la niña durante los primeros cuatro meses, posteriormente se hizo cargo de ella una vecina porque la madre comenzó a trabajar. Según ella, B. D. recibió alimento materno hasta los cinco meses. El padre tampoco pudo hacerse cargo de la niña debido a que se encontraba buscando empleo, por tales razones la niña siempre estuvo a cargo de vecinas y familiares (tía paterna), lo cual tuvo como consecuencia un retardo en el lenguaje que es atribuido a la falta de estimulación y no a un posible daño neurológico.

Durante la sesión se observó que la pareja tuvieron serios problemas conyugales a causa de la inestabilidad laboral del señor M., aspecto que impedía que la señora G. se hiciera cargo de sus hijos. Por tal motivo el señor M. se siente responsable por el problema de la niña. Estos problemas aun continúan por diversas causas.

A pesar del pobre lenguaje verbal de la niña, expresa constantemente el temor de que su madre la deje sola, despertando por las noches y gritando: "mamá no te vayas". A causa del problema de la niña la señora G. ha dejado de trabajar para dedicarse al hogar y el señor M. ha logrado la estabilidad en el área laboral dedicándose a las ventas.

SESION 2

SEÑORA G.

La señora presenta conductas obsesivas en todos los aspectos de su vida, manifestandose en: limpieza excesiva, control riguroso de sus impulsos y sentimientos, estricto manejo de su tiempo y de sus actividades. Dichas conductas han afectado su relación con su pareja, pues es ella la que toma las decisiones y domina las situaciones en el hogar. Esto deviene de años anteriores en los que la señora G. era el sostén económico de la casa, debido a que el señor M. no trabajaba y bebía excesivamente: "mi esposo tomaba desde el lunes y llegaba hasta el jueves, tenía amigos de ocasión, se me perdía dos días", con esto el señor M. perdió todas sus responsabilidades y privilegios en el hogar, al mismo tiempo que la señora G. lo descalificó como su pareja: "pensaba, si soy autosuficiente para que arrastro un lastre". Actualmente estos problemas se han solucionado porque el señor no bebe y se ha incorporado al sistema laboral confirmado su papel de varón en la familia. Esto ha permitido que la señora G. tenga mejor relación con él.

Asimismo ella dejó su trabajo para dedicarse a su hija pues esta presentaba problemas severos de lenguaje y de conducta. Referente a esto la señora G. emite un discurso en el que sostiene no haberle disgustado "no extraño mi trabajo", pero contrario a esto anhela regresar en poco tiempo "pienso regresar hasta el otro año, cuando la niña ya este bien, no es muy grave, en septiembre que ya este en la escuela regreso porque tengo permiso en el trabajo sin goce de sueldo".

Por último expreso que sus embarazos "no fueron normales, vomitaba mucho hasta los seis meses, se hace pesado, ya que salga ¿ cuando explotare?, de B. se me hicieron eternos los meses", lo cual da cuenta de su estado neurótico y de sus deseos de muerte por sus conflictos emocionales, provocando un abandono de B. posteriormente, abandono que desea reificar actualmente.

SESION 3

SEÑORA G.

Durante toda la sesión la señora G. expreso su culpa, por no haber estado en los primeros días de la vida de su hija B. manifestando con gran llanto " la veo sola, siempre buscándome, como perdida, con mucho sentimiento, porque cuando me ha llamado no he estado, le debo mucho mas, aunque me canse y me desespere, estoy pasando lo que le debo, es mi deber como madre decirle que la amo y que la quiero y que necesito tenerla a mi lado".

La relación de la señora y de su hija es simbiótica, regresiva y patológica, ya que la unión que debió constituirse en un primer momento, apenas comienza a construirse: "es mi ombligo, no me suelta". Por lo que la niña también presenta este mecanismo defensivo evitando su óptimo desarrollo donde debe darse la separación de la madre. Por otro lado la señora puso de manifiesto la importancia de ejercer la maternidad como algo que le es obligatorio y conferido a su sexo.

Finalmente menciono no tener relación con un gran número de personas pues considera que la mayoría de la gente es " hipócrita y chismosa", por esta razón presenta un gran hermetismo con los demás, mismo que en esta sesión no se observo hacia las terapeutas ya que en la sesión anterior, no permitió la salida de las emociones.

SESION 2

SEÑOR M.

Cuando la niña B. era pequeña el señor M. se hacía cargo de ella parcialmente "solo le daba la mamila, me preocupaba de tenerla quieta, sujeta, callada" lo que según él le permitió tener una mejor relación con ella que en este momento; "no la entiendo, no nos llevamos muy bien". A pesar de esto manifestó quererla mas que a su hijo por la relación antes descrita y porque " es mas efusiva".

Con respecto a su relación de pareja expreso que es muy problemática debido a que su esposa " es muy perfeccionista, no hay buena comunicación, no tenemos mucha paciencia para escuchar", así como la señora no soporta a sus amigos "tu amigote es un borrachote, el te cubre", además de ser celosa "no saludo de beso a mis cuñadas porque tuve problemas con ellas". Estas actitudes de la señora no han podido ser subsanadas lo cual impide que tengan una relación mas adecuada.

Contrario a lo que había manifestado la señora el señor M. menciona haber dejado de tomar por iniciativa propia y no por amenazas de su esposa como ella lo había afirmado. La estructura psíquica del señor M. es totalmente diferente a la de su esposa, pues es más flexible, menos neurótica y mas accesible a las personas, lo que influye para que la relación de pareja sea mas disfuncional.

SESION 3

SEÑOR M.

Al indagar sobre la culpa del señor, se pudo observar que esta no es muy grave, esto se atribuye a su papel masculino, pues socialmente los hombres no son los encargados del cuidado de los hijos y por lo tanto no percibió ninguna falla en su rol de padre, además de gozar de mayor permisividad de equivocarse.

El señor trajo un sueño a la sesión en el que experimenta una caída "veo un abismo de piedras negras, me suelto y me caigo, grito y nadie me hace caso", asociando este sueño a una caída de una barda de piedras negras, de la cual quedo inconsciente, esto ocurrió cuando asistía al kinder.

SESION 4

SEÑOR M. Y SEÑORA G.

En esta sesión se trabajó con ambos padres con la finalidad de que expresaran su afecto entre ellos y hacia la niña. En el transcurso la señora G. pidió perdón a su hija B. por el abandono en los años anteriores, también pidió perdón a su esposo por la incomprensión y su severidad, todo esto lo mencionó mientras manifestaba un gran llanto. Por otro lado el señor M. pidió perdón a la señora G. por sus momentos de irresponsabilidad y falta de atención a la familia. O Concluyendo con un abrazo muy fuerte y con la siguiente frase: "sabes que te amo no hay nada que perdonar".

SESION 5

El señor M. y la señora G. no asistieron a la sesión por problemas laborales.

SESION 6

SEÑOR M. Y SEÑORA G.

En esta sesión se cito a ambos para discutir acerca de lo que significa para ellos su relación de pareja. Coincidieron en que presentan fallas en la comunicación y en que necesitan estar unidos para apoyar y guiar a sus dos hijos, admitiendo que sus diferencias personales les provocan conflictos, mismos que intentan resolver.

Por otra parte, se observó que el señor M. intenta introducir la ley del padre en la relación simbiótica de la señora G. con su hija aunque esto solo forma parte de su discurso, lo cual resulta imprescindible pues la relación entre ambas comienza a manifestar rasgos patológicos por lo mencionado en las sesiones anteriores, en las que se ha denotado una necesidad excesiva de la señora G. por mantener la simbiosis con su hija, ya que la sitúa en el papel de buena madre, sosteniendo de esta forma la relación de pareja y disminuyendo su problemática a través del síntoma.

SESION 7

SEÑOR M. Y SEÑORA G.

Con base al discurso inicial de la señora G. se puede decir que a pesar de que B. D. comienza a probar su independencia, la señora aún se muestra un poco resistente a perder esa relación patológica que le confiere el estatus de buena madre.

Posteriormente la señora G. asocio que su hija B. D. ejerce chantaje emocional sobre ella para lograr la unidad y que ella lo permitía sin tomar conciencia de ella e influenciada por sus culpas sobre su abandono en el pasado "ya le funciono el truco con los dos, el ceder muy rápido entorpece, hay que ponerse exigente, ni todo el amor ni todo el dinero".

Por otra parte el señor M. comenzó a ocupar su lugar como padre, propiciando así la separación madre-hija, no solo en su discurso sino en los actos, reflejandose en el comportamiento de B. D. quien comienza a hacer las cosas por sí misma y han cesado los estados ansiogenos (llanto excesivo) al presentarse la separación momentánea con su madre, tolerando que su madre no la participe de sus actividades. En esta sesión se les informó a ambos padres que el proceso terapeutico terminaría dentro de dos sesiones.

SESIÓN 1

SEÑORA D.

Se recibió a la señora D. en la sala de espera de la C.U.S.I. 15 minutos después del horario acordado, desde este momento la señora manifestó un alto estado de ansiedad provocado - según ella - por las condiciones ambientales y la ubicación de la clínica las cuales no le eran favorables. Posteriormente se dio inicio a la sesión en el consultorio correspondiente.

La señora D. de 36 años y el señor H. de 59 años son padres de la niña V.F. de tres años dos meses, con malformación congénita con las siguientes características: manos cortas, una oreja más alta que la otra, paladar hundido y dedos de los pies cortos, así como una luxación de cadera (este último problema ya fue subsanado por medio de una operación). El embarazo fue de alto riesgo por lo que permaneció en cama durante la gestación, la niña nació por cesárea a los 8 meses, no hubo llanto inmediato: "la niña estaba morada y se le complicó la bilirrubina", presentaba hipertonia corporal. Este embarazo no fue completamente deseado "si quería embarazarme pero a la vez no".

Después del diagnóstico los padres de la niña decidieron no comunicárselo a la familia, pues mencionó: "no me interesaba que se enteraran, soy muy reservada, no tenían porqué enterarse". En esta parte de la sesión se denotaron sentimientos de culpa y vergüenza que se traducen en el ocultamiento de ese otro que no corresponde al deseo parental. Al paso del tiempo informó a la familia.

Este es el segundo matrimonio de la señora D., cabe resaltar que del primer matrimonio tiene un hijo varón de 15 años. Cuando mencionó su segundo matrimonio con el señor H ella experimentó un lapsus y comentó: "se me fue el rollo".

A partir del nacimiento de V.F. la vida de la señora D cambió dramáticamente "ya no puedes salir, no puede ser igual tu vida social". Con respecto a su hijo varón inquirió que quiere mucho a su hermana y que nunca ha manifestado sentimientos negativos hacia ella, mientras hablaba de esto irrumpió el sintoma mediante el lenguaje "odio a mi hija", tratando de corregir expresó: " odio a tu hermana". Lo anterior da cuenta de la agresión inconsciente que la señora tiene hacia su hija.

Cabe resaltar que la señora D. manejó la situación terapéutica por medio de sus defensas yoicas argumentando en cada momento que las terapeutas carecían de la experiencia maternal y que por lo tanto no podrían ayudarla.

SESIÓN 2

SEÑORA D.

La señora inició comentando su relación con su hijo mayor, de quien describió un embarazo "perfecto", contrariamente al de su hija V.F. que puede relacionarse con la "normalidad - anormalidad". Su hijo varón es producto de su matrimonio anterior que duró un año ocho meses. Las causas de su separación las atribuye a la "irresponsabilidad, inestabilidad, él era muy mujeriego".

Es interesante destacar que la señora D. no le atribuye a su hijo varón las características culturales propias de su sexo, ya que lo describe como: "un niño inmaduro que siempre está a mis faldas, todo el tiempo lo tengo en mi casa", además de lo anterior mencionó que su hijo "es virgen", lo que da cuenta de la percepción asexual que tiene del adolescente y que por lo tanto se pone de manifiesto su deseo de apropiarse del carácter fálico de su hijo, ejerciéndolo.

Durante la sesión emergieron las defensas yoicas a manera de desplazamiento, pues la señora transfiere a otros la responsabilidad de las decisiones que resultaron desagradables para ella, tales como fracasos en su matrimonio anterior, en su vida profesional y en sus actividades recreativas. Otro mecanismo utilizado constantemente por la señora es la racionalización, pues argumenta "uso mucho la lógica", tratando de proteger al inconsciente a través de la razón.

Se observó que la señora ha sucumbido a la neurosis debido a que su mecanismo sublimatorio (pintura al óleo y tejido) ha desaparecido por los cuidados que le proporciona a la niña V. F., incrementándose su estrés y nerviosismo.

La señora D manifestó sentimientos agresivos, evidenciándose una transferencia negativa pues nuevamente expreso hacia las terapeutas su percepción de incapacidad e ignorancia de estas, mencionando: "somos unas personas irresponsables porque todavía no sabes lo que es un hijo", "por muy preparados que estemos nos equivocamos".

Usualmente la señora evita hablar de la niña V. F., ya que cuando se le cuestiona acerca de ella, emite un discurso referente a otra cosa, por ejemplo de los hospitales en donde ha sido atendida la niña, esto da cuenta de que se encuentra en la fase de negación.

Por último, cabe mencionar que la señora D. se presentó a la sesión más accesible y cooperativa, sin embargo todo el discurso en que hacía referencia a sí misma, lo emitía con las palabras "tú y nosotros". Por otro lado mencionó que su esposo no asistiría hasta que lograra reestablecerse des su problema en la columna.

SESIÓN 3

SEÑORA D.

La sesión comenzó con los comentarios de la señora referentes a la poca comunicación que existe entre ella y su esposo, el señor H. Manifestó que su matrimonio con él fue muy precipitado y forzado por circunstancias emocionales (infarto del padre de la señora D. y coerción de la madre) y económicas.

También comentó que ella y su esposo no han tenido "intimidad" desde el nacimiento de la niña. Asimismo dijo que su esposo le preguntó: "¿que estas loca?", por su asistencia a la terapia.

Habló del embarazo de V. F: como un evento ajeno a ella, causa de preocupación y sufrimiento (por amenaza de aborto). Al indagar sobre la construcción del hijo imaginario, la señora no pudo dar cuenta de éste, argumentando que no imaginaba a su hija de ninguna forma porque no tenía la seguridad de su vida, únicamente argumentó que la imaginaba "normal", lo cual no sucedió, dándose la caída del deseo materno.

Se noto una fuerte obsesión por parte de la señora hacia el color blanco el cual representa para ella "limpieza, alegría y orden". Curiosamente la señora manifestó que en su casa predomina este color (muebles, paredes y ropa de su familia), no obstante no es utilizado por ella en su persona, como si careciera de las cualidades que atribuye a este color.

Finalmente expresó que las sesiones representaban para ella un desahogo y un escape de sus obligaciones, pues son los únicos momentos en los que no se ocupa de sus hijos, así como lo vivencia como un espacio propio donde su narcisismo puede cultivarse, lo cual le provoca bienestar "me siento hasta contenta, siento paz y tranquilidad".

SESIÓN 4

SEÑORA D

La señora inició la sesión haciendo alusión a su falta, la cual trata de llenar adquiriendo objetos materiales.

Durante la terapia mencionó que antes del embarazo de V. F. había tenido un embarazo anembrionico, el cual fue definido por el médico como "un huevo de arena", noción que la señora ha incorporado a su discurso. Argumentó que este embarazo fue terminado con un legrado. Ella sostuvo en un inicio de la sesión que "no había nada, porque no hay embrión", inmediatamente se contradijo expresando; "estaba muy chiquito... si hubo un embrión pero el embrión se murió", lo que permite observar su ignorancia acerca de lo que le había ocurrido, al mismo tiempo que denotó una resistencia a la elaboración del duelo, así como la aceptación de la no existencia del otro, ese otro a quien ella nombró F., que en el nivel imaginario sería para ella "un ser lleno de vida y normal, un bebé simpático y gordo", fantasma que mantuvo hasta el nacimiento de su hija V. F. lo que indica que ella ocupa el lugar del "huevo de arena", lugar que carece de significantes en el nivel real. Esto se puso de manifiesto en la relación madre-hija, imposibilitándose el espejamiento, en donde se devuelve real por real. La niña no es sostenida por el deseo y la mirada de la madre, esta prolongación ajena a la señora, la siente como algo dado, situando así a V. F. en un sitio vacío de no existencia. Esta hipótesis puede ser corroborada en la escrituración del cuerpo de la niña, en su comportamiento "camina en los pasillos, sola riéndose, con la mirada fija en el techo, como loquita", conducta que cesa cuando su mirada encuentra la mirada de su madre, poniendo de manifiesto la búsqueda incesante del reflejo en la mirada de su madre, que la estructura y la unifique.

El carácter fálico de la madre no le posibilita el "ser mujer" socialmente establecido, el cual podría alcanzar según ella por medio de la maternidad, lo cual no sucedió pues para ella V. F. no tiene existencia, de tal modo que la falta sigue latente, esto se complementa con el argumento de la señora D.: "después del legrado me sentía triste, me sentía mal, lloré un buen rato... las mujeres sentimos, deseamos, te sientes decepcionada, lastimada y dolida, es como todo siempre te hace falta algo"

Con respecto a los hombres la señora dijo que “son una basura, todos sin excepción, por el dinero no te van a humillar”.

Cabe destacar que cuando se casó le hizo saber a su marido H “que no lo quería”, ella lo hizo con la finalidad de quitarse el “letrero de ser divorciada”, además mencionó odiar su situación marital: “ya no la quiero, a mi me da lo último”, situación disfuncional debido a que hablan “lo esencial” (la rehabilitación de la niña V. F.) ellos evaden temas referentes a sus emociones y sentimientos considerados como dolorosos (legrado). Así mismo se pusieron de manifiesto sus deseos tanáticos dirigidos a su marido por el hecho de engendrarle *dos hijas muertas*.

Finalmente la señora asumió su yo en el discurso, a la vez que expresó sensaciones de bienestar y tranquilidad por haber realizado el duelo del embarazo anembrionico: “como que lo voy superando, cuando pienso en el presente”. Durante el transcurso de la sesión contuvo el llanto, resultado de sus resistencias y de su carácter fállico.

SESION 5

SEÑORA D.

La señora expresó asistir al homeópata, donde dan tratamiento a la niña V.F. que consiste en la aplicación de "campos magnéticos, chochitos y un cassette que dice "tus padres están contentos de que hayas nacido, te quieren mucho". Según la señora a partir de este tratamiento "la niña está más tranquila, come en orden, no está despertando en la noche, no se ha aventado, ya no llora tanto".

También mencionó que la niña V.F. "está frecuentemente estresada por lo que obra con sangre". De la misma forma comentó que a la niña le fue retirada la mamila por lo que esta ya no consume leche y comenzó a chuparse el dedo. Además la niña muestra poca tolerancia a la frustración pues sus deseos o necesidades deben ser satisfechos en el momento en que ella lo demande, por otro lado la niña busca el sostén en su primo a quien provee de besos y caricias que le permiten desplazar su libido.

En esta sesión la señora comentó que estaba contemplando la posibilidad de someterse a la salpingoclasia pero argumentó que tenía miedo a "envejecer, subir de peso, es una abertura, ¿por qué me van a dejar marcada?". Lo cual pone de manifiesto su elevado narcisismo que no le permite dejar de ser objeto de deseo no sólo para ella misma sino para su cónyuge sin el cual perdería su estatus social y estabilidad económica.

Por otro lado dijo: "tengo doble personalidad", poniéndose de manifiesto una rígida estructura superyoica que la arrastra a estados neuróticos. Ella considera esta doble personalidad al hecho de que en algunas ocasiones se deprime y es ella misma (superyó) quien la libera de dicho estado: "yo misma me regaño, me ofendo y me digo groserías".

Se observó que la relación madre-hija no existe, confirmandose lo mencionado en la sesión anterior, al mismo tiempo que la señora manifiesta repulsión hacia su hija, ya que le molesta; "que le escurre la baba". Dicha molestia se debe también al desorden que según la señora realiza V.F., lo cual le impide "ver mi casa limpia", esto da cuenta del cuadro obsesivo de la señora y de su rechazo hacia su hija, así como de su poca tolerancia hacia ella. Cuando la señora habla de su hija emite un discurso en tono despectivo y termina reparando con frases pacientes, poniéndose de manifiesto la culpa por no cumplir con su función materna. Asimismo no le concede a la niña cualidades que ella misma posee "tonta, tonta no es".

La niña es utilizada por la señora para sostenerse pues la enfermedad de V. F. le permite reivindicarse y sostenerse en el lugar del sano; afectándola e impidiéndole asumir un rol diferente al que le es conferido.

Por último mencionó que su relación de pareja es superficial y que cuando se suscita una discusión ella opta por guardar silencio, mientras que su marido la insulta: "me dice groserías y se molesta conmigo", todo esto es permitido por ella para evitar su letrero de mujer divorciada.

SESION 6

SEÑORA D.

En la sesión manifestó sentirse agotada, cansada y sin ganas de realizar ninguna actividad, experimentando dolores de cabeza, neuralgias y dolores dentales, lo que da cuenta de la forma en que se esta estructurando el síntoma en su cuerpo. Comentó que fue al homeópata para el tratamiento de dichos trastornos. Asimismo mencionó una situación en la que asistió con un doctor alópata por un dolor debajo de la costilla, dicho doctor la auscultó

tocando la mayor parte de su cuerpo, situación que le provocó miedo y rechazo, paralizándose sin poder emitir ninguna queja "no es fácil que te toquen o que te vea un hombre, que te este juzgoneando". Este relato denota una cierta contradicción en los sentimientos de la señora hacia los hombres, pues en sesiones anteriores hacia alusión a ellos despectivamente, situándolos en un lugar de inferioridad sin embargo en lo antes descrito experimentó temor e inseguridad poniéndose de manifiesto sentimientos inconscientes de miedo hacia los hombres que oculta a través del mecanismo de defensa transformación por lo contrario.

La señora sigue mostrando un alto grado de neurosis ya que se responsabiliza de todos los problemas que se suscitan en su hogar, sin permitir que su esposo participe en la resolución de los mismos "este es mi problema". Al mismo tiempo que no ha aceptado los cambios que se han presentado en su estilo de vida: "antes la vida era diferente, salía al gimnasio y asistía a los masajes, antes yo salía tomaba la copa, ahora ya no, aquí viene la niña", dando como resultado una falta en la construcción de su narcisismo parte esencial de su vida, provocándose así agresión hacia sí misma que la sumerge en estados depresivos que le impiden ocuparse de sí misma y de sus actividades cotidianas: "no quiero hacer nada, estoy cansada, la casa esta tirada y no me importa".

Estos estados han sido propiciados por el último diagnóstico, proporcionado por el neurólogo; "la niña presenta cuadros neuróticos, una lesión bastante delicada, la niña esta muy mal", recetándole desde hace 3 meses: carbamazepina 5 ml. cada 12 horas vía oral y metilfenidato media tableta cada ocho horas.

La noticia suscito en la señora estados de angustia: "me sentí muy mal, estaba construyendo mi castillo, se vino todo abajo", lo que permite inferir que la señora está comenzando a restituirse una existencia que le fue negada, atravesando la etapa de negación, con algunos síntomas depresivos.

A pesar de que V. F. comienza a existir en el orden de lo simbólico, su madre aún no es capaz de sostenerla con la mirada, pues todavía le produce repulsión: "ella (V. F.) se baja las pantaletas y se sienta sin quitarse el vestido, en ocasiones tira su pipí pero hace un tiradero, yo le digo mamá lo va a hacer" (la niña orina en una nica).

Por otro lado, cuando la señora recibió el diagnóstico pregunto al neurólogo "¿la niña esta loca?", situación que le preocupa sobremanera, ya que es ella quien se hace cargo de la niña: "no puedo estar 10 o 15 minutos con ella, ¿que le hago? ¿como la trato?", debido a que el padre no participa activamente en la construcción de V. F. por falta de interés. Se ha observado que la señora suple la comunicación con su pareja con la comunicación existente con su terapeuta, pues es a esta a quien le consulta todas las decisiones importantes de su vida, de igual forma emite reclamos hacia esta mencionando: "es fácil decirlo y hablarlo pero tú no estas en mis zapatos", "si pides consejo que te lo den, si no, no", manifestandose sentimientos ambivalentes hacia la terapeuta.

Por último la señora hizo referencia a su matrimonio como algo que ella no esperaba, que no cumple con sus expectativas y que por lo tanto le parece insostenible "cuando estaba sola estaba más cómoda y no padecía". Finalmente se le pidió a la señora que para la próxima sesión acudiera con la niña a lo que la señora respondió mostrando una fotografía de la niña diciendo "¿deberas quieren que la traiga?".

SESION 7

SEÑORA D.

La señora informó que decidió quedarse con su médico homeópata que esta suministrando a V. F. "té de tila, té de nervios, de toronjil y chochitos, además de los campos magnéticos".

De la misma forma comentó que esta disminuyendo la dosis del medicamento alópata hasta llegar a suprimirlo. La señora D. también está acudiendo con este mismo médico para el tratamiento de sus somatizaciones, ingiriendo: "Phosphor, Nivel 6 y Vol Heel".

Con respecto a su historia familiar mencionó que tiene tres hermanos más grandes que ella, uno de los cuales falleció hace un año en un accidente, expresó sentirse muy mal hasta la fecha "para mí fue muy duro, creo que me sigue afectando". Este hermano fue con el que más convivió y protegió desde niño. Después de la señora siguen otros tres hermanos varones, comentó que todos ellos son "güeros y de ojos azules" y que ella es "la más morenita". Durante su adolescencia su padre no le permitía relacionarse con los hombres porque "no fuera a pasar algo conmigo". Empero tuvo el primer novio a los doce años, dicho novio era mayor que ella por ocho años. Su padre trabajaba por las noches y casi no convivía con ellos, además de ser muy estricto. Su madre se ocupaba del hogar y se dedicaba al comercio, actividad que aún realiza porque "le gusta mucho el dinero".

Durante la sesión se observó cuidadosamente la interacción de la señora D. con su hija, la primera dirigió a V. F. miradas de reproche, al mismo tiempo que atendía a sus llamados después de un lapso largo y con un tono despectivo. Posteriormente se le dejó a solas con la consigna de contar una historia a su hija, mientras las terapeutas observaban su interacción a través de la cámara de Gessell. La señora comenzó narrando el cuento de la caperucita roja, enfatizando la parte en la que esta llega a la casa de la abuelita, encontrándose con el lobo con quien sostiene un diálogo referente a las partes de su cuerpo que sobresalían y daban a la caperucita.

Más tarde la señora narró una historia a V. F. sobre una pareja ("Barbie y Bruno") quienes bailaron y tomaron café. Durante esta interacción la niña se mostró muy contenta y sonriente sin moverse de lugar que le asignó su madre dentro del consultorio.

En todo momento esta última manipuló los juguetes y fue directriz de la actividad. Del mismo modo dirigió miradas de agrado y tolerancia hacia V. f: por lo que se infiere que la niña se sintió sostenida y mirada, no por el deseo de la madre sino como parte del compromiso materno que le ha sido impuesto.

SESION 8

SEÑORA D.

La señora D. llegó a la sesión presentando un cuadro depresivo, menciona: "he estado muy mal, no tengo ganas de nada, estoy muy sensible". Comentó que el estar sometida al tratamiento homeopático le ha ayudado, pero no con la rapidez que a ella le gustaría. En la sesión la señora dirigió todo su discurso a sus malestares, aunados a estos expreso ideas de abandono de hogar y/o suicidio: "quiero dejarle a su hija, ahora entiendo porque la gente abandona a sus esposos o se suicida". Lo antes mencionado nos permite inferir que la señora continua en la etapa de depresión, debido a que a caído en la cuenta de que su hija V. F. es un sujeto especial que difícilmente podrá cubrir sus expectativas: "me siento triste, mal necesito que alguien me ayude y me oriente con V. F., no sabemos como cuidar a los hijos y menos cuando tienen un problema".

El darse cuenta de esto ha creado una crisis en la señora cuestionando la relación con su hija y su problema "¿Por que a otras señoras (con una problemática similar) las veo bien?, ¿que no les afectará como a mi ?, ¿no se por que me esta afectando? ¿por que están bien las otras?, tal vez estén conformes y yo no". Aspectos que dan cuenta de su enojo el cual esta dirigiendo hacia si misma y que le provocan depresión, al mismo tiempo que comienza a darle un lugar a V. F. en el orden de lo simbólico.

Por otro lado sigue haciendo alusión a las actividades perdidas por su matrimonio y el nacimiento de V. F., las cuales le eran placenteras e indispensables.

Finalmente comentó que V. F. fue tratada con Diazepam, los primeros ocho meses de su vida para controlar el llanto.

SESION 9

SEÑORA D.

La señora no asistió a la sesión ya que V. F. se encontraba enferma.

SESION 10

SEÑORA D.

Actualmente la señora D. continúa quejandose del llanto de su hija, argumentando que dicho llanto la mantiene en un estado de estrés y angustia constantes, provocandole dolores de cabeza, comunicando por medio de su cuerpo el coraje que le provoca su hija V. F. y que reprime pues su rol materno le impide hacerlo palabra. Al mismo tiempo que en su discurso devela un deseo inconsciente de muerte hacia V. F., deseo que contribuye al soma como mecanismo defensivo: "cuando la gente esta por morir es otra se levanta, cuando le va a venir algo fuerte a V. F. primero se levanta".

El estado depresivo que había mostrado en las sesiones anteriores sigue latente, a diferencia de aquellas en esta sesión manifestó llanto a causa de hacer conscientes los cambios que su hija provocó en su vida y las emociones que estos le suscitan. Por el reconocimiento de lo anterior experimentó culpa y reparo en su discurso: "ella no tiene la culpa, ella no pidió que la trajéramos al mundo, tal vez yo no estaba preparada para tener un bebé, tal vez nunca lo he estado", "perdoname V. por mi desesperación, porque no puedo entenderte, no tienes derecho a que te maltrate, ella sabe que la quiero mucho".

Al terminar este discurso expresó agresión hacia las terapeutas argumentando que a pesar de que tenían conocimientos teóricos, no podían comprender el dolor y la angustia por lo que ella atraviesa: "no es lo mismo oír que pasar el momento, tienen la idea pero no saben lo que se siente" "la que lo está pasando soy yo, aunque tú tengas tu carrera". Al manifestar esto trata de defenderse en el plano transferencial de su propia madre, de las cuentas que esta podría pedirle acerca de su ejecución materna.

Por otro lado comentó ya no sentir deseo por intimar con su marido: "todo el tiempo está echado, tiene dolores, se queja de todo, siempre está cansado, siempre le duele algo, me quiere tocar y yo no quiero, *este es un viejo*". Asimismo expresó que el señor H. "me quiere tratar como a su hija", esta situación ha provocado un distanciamiento entre la pareja ocasionando que el señor H. se desentienda de V. F. y de los problemas que se presentan en el hogar, ocupándose solamente del sustento económico, descargando sus obligaciones en la señora D.

SESION 11

SEÑORA D.

En esta ocasión habló sobre la relación con su esposo, la cual considera muy problemática pues argumentó que este no la ayuda, ni interviene en la educación de V. F. "tengo que batallar con V. y el bien concha". Asimismo repitió el hecho de que ella constantemente evade las relaciones íntimas con su marido debido a la falta de interés por parte de ella, además de utilizarlo como una revancha hacia él por su falta de participación en lo referente a V. F.

Al mismo tiempo reiteró su desagrado hacia V. F. por considerarla culpable del caos existente en su vida, contrariamente alberga la esperanza de que en algún momento V. F. pueda restituir su vida y alcanzar un desarrollo más óptimo.

También habló de su hijo varón el cual tiene problemas con su esposo porque según ella este no lo comprende, ni tiene fuerzas para educarlo: "mi marido ya esta grande, ya es peor, ya lo agarras cansado".

SESION 12

SEÑORA D.

El abrupto término de la terapia de la señora respondió a las condiciones de la UNAM (huelga) además de que fue sometida a una operación quirúrgica. Su proceso terapéutico fue bastante lento debido a sus defensas, aún así el tratamiento fue fructífero debido a que pudo trasladarse de una etapa a otra, siendo que en un inicio se encontraba en la negación y avanzó hacia la depresión y el enojo, esto implica que la señora fue capaz de nombrar a su hija y aceptar las emociones que esta le provocaba.

CONCLUSIONES

El niño con deficiencia mental es ese otro desconocido del que se ignora su origen y su por qué, es aquel que sumerge a los padres en un interrogante constante que les provoca emociones ambivalentes, al mismo tiempo que les hace buscar afanosamente una respuesta que de cuenta de la deficiencia de su hijo, investigando las posibles causas de esta, las cuales han sido abordadas por diversos especialistas quienes argumentan la existencia de diversos factores que pueden influir para que se suscite alguna anomalía. Sin embargo, se observó que en ciertos casos, dichos factores no eran la causa misma de la deficiencia.

Por otra parte se denotó que la mayoría de las pacientes había estado sometida a tratamientos hormonales con la finalidad de concebir un hijo, los cuales pueden asociarse a las anomalías de sus hijos. Con el afán de concebir una nueva vida, de la búsqueda de completud y de cubrir con las demandas que los médicos imponen, las mujeres se sometieron a dichos tratamientos, asumiendo el discurso médico y enajenándose a éste. Desde el punto de vista psicológico las mujeres infértiles que se someten a tratamientos pueden de alguna manera provocar anomalías durante su embarazo afectando directamente el desarrollo de su hijo en gestación. Los conflictos inconscientes como los miedos que devienen de la identificación con la madre se reactivan durante el embarazo, provocando en la mujer un no deseo inconsciente que se inviste de la demanda y que al encarnarse en el cuerpo hace síntoma, que puede traducirse en una insuficiencia para brindarle al niño las condiciones óptimas para su desarrollo.

Todo este esfuerzo por procrear tiene su base en la exaltación social que se tiene de lo materno y como se mencionó anteriormente en la identificación con la propia madre.

En los discursos de todas las mujeres que se sometieron al tratamiento terapéutico, se observó que en ellas prevalecía el deseo de tener un hijo para cumplir con su función. Asimismo, se puso de manifiesto el carácter fálico de algunas madres, que dejaban de lado la función paterna para apoderarse del hijo y cubrir su falta.

No obstante, los padres intentaron incorporarse en la relación con su hijo a pesar del estigma de su rol social, que les impide participar en la educación de los hijos y expresar las emociones que les generó el nacimiento de un niño con deficiencia, aspectos que resaltan la importancia de incorporar al padre en el trabajo psicoterapéutico para analizar su proceso, ya que en la investigación teórica se encontró poca información acerca de cómo el padre vive y siente la llegada de un hijo deficiente, pues para ambos padres esto representa una herida narcisista que acaba con sus expectativas personales y con su propio deseo, situándolos como sujetos en falta. Dado lo anterior el niño fue significado por la muerte, ya que para cada uno de ellos el hijo real estaba "muerto", carecía de existencia por lo insostenible de su verdad, manifestándose como un mecanismo de defensa que les evitaba el dolor que conlleva tener un hijo con deficiencia mental, alimentando de esta forma al hijo fantasma, por lo que no pudo ser sostenido por ninguno de ellos hasta el momento en que lograron darse cuenta de que ese otro no era lo imaginado, pero que formaba parte de sí y pertenecía a ellos.

Dicho cambio se puede dar a través del trabajo de las crisis y etapas (mencionadas en el capítulo 3) que pueden vivir los padres. Empero, después del trabajo realizado se puede decir que no hay un orden en las etapas, ni una secuencia absoluta en ellas y que la duración de cada una es variable en cada persona, debido a la historia personal.

No se puede afirmar con certeza que todos los padres atravesasen con éxito cada una de las etapas, ya que al someterse a la terapia, se ponen de manifiesto las resistencias de cada uno de ellos con el objetivo de resguardar y proteger su síntoma.

Durante la terapia los lapsus y las palabras sin sentido hicieron su aparición mostrando la verdad que cada una escondía y que por medio de la palabra y del cuerpo, hizo acto. Lo no dicho se expreso por medio del soma y aparecía en el trato cotidiano de los padres con sus hijos, pues no incluían en su discurso los sentimientos y emociones considerados como negativos. El proceso terapéutico permitió a los padres aceptar y hablar de esos sentimientos, lo cual les brindo la oportunidad de llegar a la aceptación de su hijo deficiente, dejando de lado su función de falo y liberando la palabra, facilitando que el soma se acepte, realizando de esta forma una escrituración menos lastimera en su cuerpo y en el de su hijo.

En cuanto a dicho tratamiento es recomendable que los psicoterapeutas tengan formación psicoanalítica, dado que en nuestro caso no fue meramente psicoanalítica, aspecto que contribuyó a que se presentarán errores en la técnica (específicamente en el caso de la Sra. D.), a pesar de que se contaba con una revisión de la teoría. Sin embargo el tratamiento demostró ser eficaz en el trabajo con los padres. Dichos padres que lograron admitir a su hijo como parte de si, reflejaron esto en el trabajo psicopedagógico del niño, manifestándose mas disponibles a la reeducación del niño, pues ya no se encuentran en la dinámica de buscar curas milagrosas, sino que cayeron en la cuenta de que su hijo al ser una persona especial necesitaba una educación especial. Cabe mencionar que dichos padres ya no brindan el apoyo psicopedagógico con ese afán inicial de borrar toda enfermedad, y regresarle la "normalidad" a su hijo. Esto es de suma importancia ya que al estar los padres en disposición física y emocional contribuyen al desarrollo de las potencialidades de su hijo, permitiendole a éste el conocimiento del medio que lo rodea.

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ, L.; CONTRERAS, F. Y LITUIN, M. "La verdad en Lacan. *Revista de psicoanálisis*, 1991, 48, 3. p. 639 - 648.
- AMELANG, J. Y NASH, M (1990) *Historia y género: las mujeres en Europa moderna y contemporánea*. Edicions Alfons et Magnánim, España.
- BADINTER, E. (1981). *¿ Existe el amor maternal?*. Paidós, España.
- BAUTISTA, K. (1993). *Necesidades educativas especiales*. Aljibe, México.
- BEE, H. (1978). *El desarrollo del niño*. Harla, México.
- BOLAÑOS, T. *¿ Habla el cuerpo?*. *Revista de psicoanálisis* 1995, Internacional, 4. p. 41 -58.
- BOWLEY, A. Y GARDNER, L. (1976). *El niño disminuido*. Panamericana, Buenos Aires.
- BRAUNSTEIN, N. (1980). *Psiquiatría, teoría del sujeto*. Siglo XXI, México.
- BRAUNSTEIN, N.; GERBER, D.; ORVAÑANOS, M.; GILLING, D.; ESCOBAR, M.; SAAL, F.; BICECCI, M. Y NASIO, D. (1983). *La re-flexión de los conceptos de Freud en la obra de Lacan*. Siglo XXI, México.
- BUENO, N. (1993). *El transfondo de muerte en la madre en relación a su hijo deficiente mental*. Tesis. ENEPI, México.
- BUTLER, J. (1990). *Teoría feminista y teoría crítica*. Edicions Alfons et Magnánim, España.
- CASTILLO, B. (1988). *La dinámica de relación entre una persona con retardo mental y sus hermanos*. Tesis. Universidad Iberoamericana, México.

CHIOZZA, L. *La concepción psicoanalítica del cuerpo. Revista de psicoanálisis*, 1995, Internacional, 4, p. 75 - 101.

COLTRANE, S. (1996). *Family man. Fatherhood, housework and gender equity*. Oxford University Press, USA.

CRAIG, (1992). *Desarrollo psicológico*. Prentice Hall, México.

DOLTO, F. (1987). *Sexualidad femenina. Libido, erotismo, frigidez*. Paidós, España.

DOLTO, F. (1991). *En el juego del deseo*. Siglo XXI, México.

DOLTO, F. Y NASIO, J. (1992). *El niño del espejo. El trabajo psicoterapéutico*. Gedisa, Barcelona.

FERNANDEZ, A. (1992). *La sexualidad atrapada de la señorita maestra*. Nueva visión, Buenos Aires.

FORRESTER, J. (1995). *Seduciones del psicoanálisis: Freud, Lacan y Derrida*. Fondo de Cultura económica, México.

FREUD, A. (1986). *El yo y los mecanismos de defensa*. Paidós, México.

FREUD, S. (1989). *Introducción al narcisismo y otros ensayos*. Alianza, España.

FREUD, S. (1990). *Trabajos sobre la técnica psicoanalítica. Obras completas. XII*. Amorrortu, Argentina.

FREUD, S. (1990). *Psicopatología de la vida cotidiana*.

FREUD, S. (1990). *Más allá del principio del placer*.

GOLD, M. *Aproximación psicoanalítica y literaria acerca de los conflictos femeninos relativos a la maternidad. Revista de psicoanálisis*, 1991, 48, 1-2. p. 369-387.

- HAISSINER, J. *Desde el narcisismo, una manera de ver la neurosis obsesiva. Revista de psicoanálisis*, 1991, 48, 3-4. p. 768-766.
- HUTT, M. Y GWYN, R. (1988). *Los niños con retardos mentales. Desarrollo, aprendizaje y educación*. Fondo de Cultura Económica, México.
- INGALLS, R. (1982). *Retraso mental. La nueva perspectiva*. Manual Moderno, México.
- JACOBO, Z. Y VILLA, M. (1998). *Sujeto, educación especial e integración*. UNAM Iztacala, México.
- JASSO, L. (1991). *El niño down: mitos y realidades*. Manual Moderno, México.
- JERUSALINSKY, A. (1988). *Psicoanálisis del autismo*. Nueva visión, Argentina.
- LACAN, J. (1986). *El seminario. Escritos técnicos de Freud*. Libro I Paidós, España.
- LACAN, J. (1995). *Escritos I. Siglo XXI*, México.
- LACAN, J. (1995). *Escritos II. Siglo XXI*, México.
- LANDA, R. (1998). *Sujeto y estructura en la teoría psicoanalítica*. Tesis. ENEPI, México.
- LEACH, P. (1995). *Los niños primero*. Paidós, España.
- LÉVI, J. (1993). *El bebé con discapacidades*. Paidós, Barcelona.
- LINN, M. Y LINN, D. (1993). *Cómo sanar las heridas de la vida*. Promexa, México.
- LÓPEZ, O. (1998). *Cuerpo, identidad y psicología*. Plaza y Valdez Editores, México.
- MANNONI, M. (1972). *The backward child and his mother. A psychoanalytic study*. Pantheon Books, New York.

- MANNONI, M. (1986). *La primera entrevista con el psicoanalista*. Gedisa, México.
- MANNONI, M. (1987). *El niño su enfermedad y los otros*. Nueva visión, Argentina.
- MANNONI, M. (1990). *El niño retardado y su madre*. Paidós, Buenos Aires.
- MASSOTA, O. (1992). *Lecturas de psicoanálisis; Freud, Lacan*. Paidós, Buenos Aires.
- MOIGNO, Y. (1990). *Los misterios del hombre*. Panorama editorial, México.
- MUSSEN, P; TOHN, J. Y JERONE, K. (1984). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. Trillas, México.
- OLIVIER, C. (1991). *Los hijos de Yocasta*. Fonfo de Cultura Económica, México.
- ORVAÑANOS, M.; BICECCL, M; TOSCANO, R.; BRAUNSTEIN, N.; GERBER, D.; NASIO, J; SAAL, F.; LEVI, A.; DE LA MORA, A.; ARRUABARRENO, H Y SCOTT, L. (1986). *El discurso del psicoanálisis*. Siglo XXI, México.
- RAMÍREZ, S. (1991). *Infancia es destino*. Siglo XXI, México.
- RIFFLET, L. (1981). *Lacan*. Hermes Sudamericana, México.
- SAAL, F.; SAETTELE, H.; GEAR, M.; LIENDO, E.; BRAUNSTEIN, N.; MIER, R.; SEGOVIA, T. Y MATAMORO, B. (1990) *El lenguaje y el inconsciente freudiano*. Siglo XXI, México.
- SAFOUAN, M. (1989). *La transferencia y el deseo del analista*. Paidós, Buenos Aires.
- SÁNCHEZ, E.; CANTÓN, N. Y SEVILLA, S. (1997). *Compendio de educación especial*. Manual Moderno, México.

SASKYN, S. Y ARANA, C. *Neurosis obsesiva, significativa y goce. Revista de psicoanálisis*. 1991, 48, 3. p. 649-655.

TUBERT, S. (1991). *Mujeres sin sombra*. Siglo XXI, España.

WAGNER, G. (1982). *Psicoanálisis en los trastornos del aprendizaje y en el retardo mental*. Paidós, Buenos Aires.

WELDON, E. (1993). *Madre, virgen, puta*. Siglo XXI, España.

ZAK, G. *Destinos de mujer. Revista de psicoanálisis*. 1995, 52, 3. p. 867-880.

ANEXO

ENTREVISTA INICIAL

1. ¿ Aqué edad tuvo usted su embarazo?
2. ¿ Su embarazo fue planeado?
3. ¿ Cuántos hijos tiene y qué número de hijo es
4. ¿ Cómo fue su embarazo?
5. ¿ Tomó usted algún medicamento, alcohol o alguna droga durante su embarazo?
6. ¿ Padeció usted alguna enfermedad durante el mismo?
7. ¿ Qué alimentos consumió durante su embarazo?
8. ¿ Cómo fue el parto?
9. ¿ Tuvo alguna complicación?
10. ¿ Su hijo lloró inmediatamente al nacer?
11. ¿ Conoce usted la calificación de la prueba que su bebé obtuvo al nacer?
12. ¿ Quién cuidó de su bebé?
13. ¿ Alimentó con leche materna a su bebé? ¿ Durante cuánto tiempo?
14. ¿ Cómo era el comportamiento de su bebé durante los primeros meses?
15. ¿Cuál fue el diagnóstico que le dieron de su bebé?
16. ¿ Quién le proporcionó esa información?
17. ¿ Quienes recibieron el diagnóstico?
 18. ¿ Qué pensó usted al recibir la noticia?
19. ¿ Cómo se sintió usted cuando se lo dijeron?
20. ¿ Cuáles fueron sus reacciones?
21. ¿ Cómo se enteró la familia de dicho diagnóstico?
22. ¿ Cómo reaccionaron sus familiares ante la noticia?

23. ¿ Que pensó y sintió usted de estas reacciones?
24. ¿ Tuvo problemas con su pareja por este suceso?
25. ¿ Cómo los resolvieron?
26. ¿ Quién se hace cargo del niño?

IDENTIFICACION DE LA ETAPA

1. ¿ Qué piensa ahora del diagnóstico que le dieron de su hijo?
 2. ¿ Qué sentimientos le despierta su hijo?
 3. ¿Ha cambiado su estilo de vida desde el nacimiento de su hijo? ¿ De qué manera?
 4. ¿ Cómo cree usted que ha asimilado el diagnóstico desde aquél día?
 5. ¿ Cómo cree usted que es la relación de su esposo con su hijo (a)? ¿ Por qué?
-