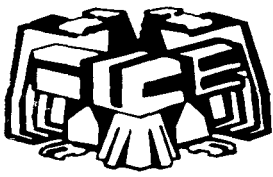


315011  
3

UNIVERSIDAD SALESIANA



PSICOLOGIA

COMPARACION DEL AUTOCONCEPTO DE MUJERES QUE  
DIERON A LUZ A NIÑOS "REGULARES", CON LAS QUE  
DIERON A LUZ NIÑOS CON SINDROME DE DOWN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

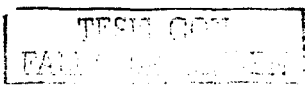
P R E S E N T A :

ANA MARIA CAMARENA HERNANDEZ

ASESOR: LIC. MARIA ELIZABETH RAMIREZ LOPEZ

MEXICO, D. F.,

2003



A



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.

... la Dirección General de Bibliotecas...  
UNAM a difundir en formato electrónico e impres-  
contenido de mi trabajo recepciona:

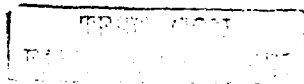
NOMBRE: Ara María

Amadora Hernández

FECHA: 3 marzo del 2003

FIRMA: *Ara*

EN PRIMER LUGAR  
QUIERO AGRADECER A  
DIOS Y A MARÍA  
AUXILIADORA ya que sin  
su iluminación, nada de  
esto hubiera alcanzado.

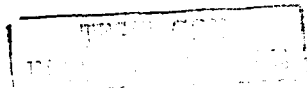


B

*A mi madre, pues sin su constancia,  
amor y sabiduría, probablemente  
sería una analfabeta.*

*A mi padre, por su confianza  
y enseñanza de búsqueda de  
superación, día a día.*

*A mis hermanos pues sin su  
guía y ejemplo, probablemente  
me hubiera perdido en el  
camino*

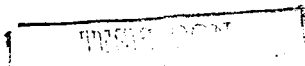


C

*A mi compañero de vida: por la confianza y  
apoyo brindado con tanta paciencia y amor*

*A mi familia. Ya que son ellos  
fuente de contención en mi vida.*

*A mis suegros,  
Carmelita y Luis por  
acogerme con tanto  
cariño y apoyo.*



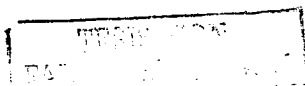
*D*

*A mi gran maestra Elizabeth Ramírez,  
por su cooperación y amistad brindadas.*

*A mis maestros ya que fueron y son  
fuente de inspiración para la  
constante búsqueda de  
conocimiento.*

*A mis pacientes, y sus padres, ya  
que son ellos fuente de  
inspiración y motivación.....*

*¡GRACIAS!*



*E*

## ÍNDICE

### CAPITULO PRIMERO LA MUJER ANTE SU FEMINEIDAD

Introducción	1
1.1 La teoría psicoanalítica sobre la femineidad	5
1.2 El impacto psicológico en la mujer de la menarquia, la menstruación y la primera relación sexual y parto	30
1.3 La maternidad como evolución sexual y psicológica de la mujer	40
1.4 La mujer ante su instinto maternal.	41

### CAPITULO SEGUNDO: EMBARAZO, PARTO Y LACTANCIA

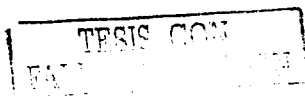
2.1 Emociones durante el embarazo	48
2.2 Los miedos durante el embarazo y parto	50
2.3 La adaptación a la maternidad	56
2.4 El ser madre desde un punto de vista psicológico	58
2.5 El ser madre desde el punto de vista fisiológico	61
2.6 El ser madre desde un punto de vista social	66

### CAPITULO TERCERO: AUTOCONCEPTO

3.1 Definición desde diferentes enfoques	72
3.2 Formación del autoconcepto	76
3.3 Autoconcepto algunas teorías que lo explican	81
3.4 Autoconcepto-Imagen corporal y ser madre	82

### CAPITULO CUARTO: SINDROME DE DOWN

4.1 Concepto del síndrome de Down	88
4.2 Origen	89
4.3 Características y tipos.	90
4.4 Trastornos más frecuentes	94
4.5 Nivel de vida y tratamiento.	97



F

## **CAPITULO QUINTO: INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

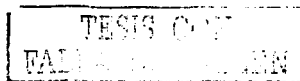
5.1 Antecedentes de las técnicas Proyectivas	100
5.2 El dibujo como expresión de la personalidad y el autoconcepto	102
5.3 Descripción del test Karen Machover	103
5.4 Descripción del análisis cuantitativo y cualitativo del instrumento de medición	104

## **CAPITULO SEXTO: METODOLOGÍA**

6.1 Planteamiento del problema	111
6.2 Hipótesis	111
6.3 Variables	112
6.4 Muestra	113
6.5 Escenario	113
6.6 Diseño de la investigación	113
6.7 Material	113
6.8 Instrumentos	113
6.9 Procedimiento	114

## **CAPITULO SEPTIMO: RESULTADO**

7.1 Análisis de resultados.	115
7.2 Comparación de aspectos formales y estructurales entre los grupos.	118
7.2.1 Organicidad	119
7.2.2 Perspectiva	120
7.2.3 Edad plasmada	121
7.2.4 Tamaño	123
7.2.5 Presión del trazo	124
7.2.6 Trazo	125
7.2.7 Detalles	126
7.2.8 Emplazamiento	128
7.2.9 Simetría	129
7.2.10 Orden de los dibujos realizados	131
7.2.11 Proporcionalidad	132
7.2.12 Cuello	133
7.2.13 Brazos	134
7.2.14 Manos	135
7.2.15 Senos	136
7.2.16 Abdomen	138



G



7.2.17 Caderas	139
7.2.18 Ropa	140
7.2.19 Tono anímico del rostro	141

## **CAPITULO OCTAVO: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

8.1 Conclusiones	143
8.2 Análisis, Limitaciones y Sugerencias	145

Bibliografía	147
--------------	-----

## **ANEXOS.**

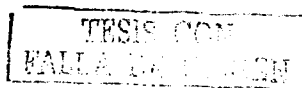
Anexo 1(cuestionario)

Anexo 2(hoja de datos)

Anexo 3 dibujos significativos

(3 dibujos de mamas con niños "regulares" y 3 mamas de niños con S.D)

Anexo 4 test de figura humana de un padre



146-A

## INTRODUCCIÓN

Esta tesis es creada al final de un siglo e inicio de otro, esto da como característica, que el ser humano al terminar un siglo se pregunte sobre los avances del mismo y se pregunte sobre el futuro, siendo así que se termina lo que muchos llaman el siglo de los inventos, pero se inicia otro donde la clonación en humanos es ahora ya casi tangible.

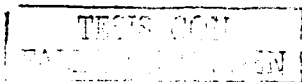
Sin embargo, aun hay mucho que no se comprende de la parte emocional del ser humano y se esta trabajando en dar un instructivo de uso o ordenar un hijo con determinadas características físicas, esto parece un poco irónico, pero así se esta planteando.

Este ser del futuro, presentara errores aun cuando se manden hacer al gusto de los padres, pero este presentará igualmente errores, porque al fin y al cabo es originado desde el ser humano y como todo se parece a su creador que seguirán teniendo errores los cuales darán como resultado una discapacidad, por lo que lo que esta tesis es y seguirá siendo actual.

El nacimiento de un hijo, es para el ser humano la prolongación de su ser, y como un hijo es prolongación de su ser, si un hijo es "sano" o presenta alguna discapacidad afectará a su narcisismo, de hay surge la hipótesis del trabajo, donde se plantea si afecta o no el autoconcepto de la mujer, el tener un hijo con discapacidad.

Para llegar a la conclusión se plantea a la mujer desde un punto de vista bio-psico-social, por lo que de hay surgen los diversos temas planteados en el marco teórico, donde se comienza por plantear los diferentes roles que ha tenido la mujer a través de la historia en el primer capitulo, donde también se abordan, la teoría psicoanalítica sobre la femineidad, principalmente desde dos teóricos, S.

Freud y M. Klein, a su vez se plantea el impacto psicológico de la mujer en la menarquía, menstruación, primera relación sexual(desfloración) y parto.



H

Siguiendo con la maternidad como evolución sexual y psicológica de la mujer. Finalmente en este capítulo se trabajó acerca del instinto maternal.

Como el embarazo generalmente origina en la mujer un replanteamiento de su rol sexual, su rol de pareja, hija y el cambio de ser hija a madre, se plantearon en el capítulo dos los siguientes temas: emociones durante el embarazo, miedos más frecuentes durante el embarazo, adaptación a ser madre, el ser madre desde un punto de vista psicológico, fisiológico y social.

En el tercer capítulo se trabajó el autoconcepto, con la finalidad de tener un punto desde donde observar el evento de ser madre y su reorganización física y emocional de la mujer; para lo cual se abordó, definición desde diferentes enfoques, formación del autoconcepto, y imagen corporal y ser madre.

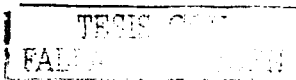
En el capítulo cuarto se abordan algunas características de los niños con síndrome de Down, origen, tipos, trastornos más frecuentes, nivel de vida y tratamiento, con la idea de hacer más comprensivo el impacto emocional al que se enfrentan las madres al ver, tocar y cuidar a su hijo.

En el capítulo quinto se abordó el instrumento de medición, antecedentes, y descripción de los aspectos a analizar.

En el capítulo sexto se especifica la metodología de la investigación determinando el planteamiento del problema, hipótesis, variables, muestra escenario, material, diseño de la investigación, instrumentos y procedimiento

En el capítulo séptimo, se realizó: Análisis de resultados y comparación de algunos aspectos formales y estructurales entre los grupos.

Finalmente en el capítulo octavo se realizó: Análisis conclusiones, limitaciones y sugerencias limitaciones



I

## CAPITULO PRIMERO

### LA MUJER ANTE SU FEMINEIDAD



TESIS COM  
FALSA DEL MUNDO

14

## CAPITULO PRIMERO

### INTRODUCCIÓN

"MUJER", palabra tan sencilla que, remonta a tantas cosas, una de ellas es que generalmente, representa el primer objeto libidinal que yo llamaría de amor, ya que es ella la que da la pauta para ver a la vida como la cosa más maravillosa, o bien, como un mundo lleno de frustraciones, que por más que dé, nunca llenará.

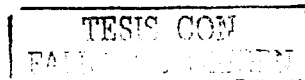
Las grandes preguntas que surgen serían ¿Porqué es ella? ¿Quién la designó? ¿Cómo se le ha valorado? ¿De qué depende el cómo conciba a sus hijos?; son muchas preguntas y se está consciente de la problemática que esto entraña, puesto que, además de que la respuesta es larga, de hecho es tan complicada, que solo se tienen teorías.

La historia, se ha formado de granos de arena que cada cual agrega a la montaña de los días y siglos en la que se podrán encontrar transformaciones en el marco sociocultural y psicológico.

### PREHISTORIA Y PRIMEROS SIGLOS.

El paleolítico fue un período donde existió abundancia de recursos alimenticios y la carencia de la posesión característica de esta época, lo que se conoce en la actualidad como el concepto de propiedad.

En las aldeas protoagrícolas matriarcales, la religión es, ante todo, de marcada predominancia hacia la mujer; las diosas de la fecundidad, las divinidades femeninas.



El período neolítico se caracteriza por la organización social del matriarcado, se entendía el linaje por derecho materno y una fuerte presencia en la sociedad.

Pasan los siglos y se despliega la cultura griega en los tiempos homéricos, siendo que la mujer es confinada a la vida privada, la obediencia y la privación del conocimiento.

En Roma su suerte no puede ser mejor, como lo expone el jurista Robert Villers (citado por Pernoud R 1980), *"En Roma, la mujer, sin exageración ni paradoja, no era sujeto de derecho... su condición personal, la relación de la mujer con sus padres o con su marido son competencia de la domus, de la que el padre, el suegro o el marido son jefes todopoderosos... la mujer únicamente un objeto."* Prevalece la idea de la inferioridad natural de las mujeres, quienes no pueden ejercer una función administrativa, jurídica o política alguna". *En suma, desde el punto de vista del derecho romano, la mujer no tiene en el sentido estricto de la palabra más existencia que la de un esclavo"*<sup>1</sup>

Las mujeres eran muertas, asesinadas. Es lo que se denomina *"desaparición forzada de las hijas menores"*: Se conservaba a los hijos varones en razón de las necesidades militares y, por lo general, a una sola hija en una familia romana.(Mendilaharzu,1996)<sup>2</sup>

Las mujeres no estudiaban, hilaban la rueca (ocupación honesta, mientras, jóvenes y vírgenes, aguardaban el matrimonio destinado por el padre). Muchas de estas mujeres se negaban al matrimonio *"en vistas de lo cual se les había conservado la vida"*; el padre podía entonces ejercer su derecho de vida o muerte sobre sus hijas, ya que la pretensión era desmedida y ponía en jaque la estructura social imperante.

<sup>1</sup> Pernoud. R.: LA MUJER EN EL TIEMPO DE LAS CATEDRALES. Ed Granica Buenos Aires 1987

<sup>2</sup> Mendilaharzu. N. HECHOS EN PSICOANÁLISIS En temas de psicoanálisis. 24. Montevideo, Asociación Psicoanalítica Del Uruguay 1996

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Esta actitud contrasta con el concomitante respeto que se tenía por la esposa y madre en Roma, así como por la prostituta, a quien se le reconocía una función social. La contradicción es sólo aparente: mientras las mujeres se plegaran a los ideales socioculturales y no pretendieran ser originales o contestatarias, las cosas marchaban bien.

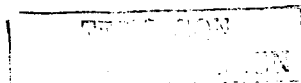
El derecho a la vida psíquica libre estaba estrictamente prohibido y se pagaba con la vida, las mujeres estaban condicionadas a sus roles y controladas por la paternidad dominante; después se les prohíbe la soledad en la vida pública, entendiéndose por tal la capacidad de regirse autónomamente en cuestiones jurídicas, económicas y administrativas.

Hacia el año 390, a fines del siglo IV, la ley civil retira al padre el derecho de vida o muerte sobre sus hijos. Con la difusión del Evangelio Cristiano desaparecía la primera y más decisiva discriminación entre los sexos: el derecho a la vida pertenecía tanto a las niñas como a los varones.

El primer liberador de las mujeres fue Jesucristo, a través de los Evangelios, cuando impidió la lapidación de Magdalena al anunciar *"el que sea libre de pecado tire la primera piedra"*; Consideró por igual a hombres y mujeres: lo mismo sucedió al referirse al voto de castidad, exigido a ambos sexos; los Evangelios liberan a muchos seres humanos de la dominación de otros; a los esclavos, a los niños y a las mujeres. Gracias a ello la mujer pasó a ser de Dios y reafirman en este acto al acceso a la autonomía, ya que al mismo tiempo se le asemeja a la Virgen; mientras se mantenga virgen, estará llena de virtudes.(cit. por Alizalde1998)<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Alizalde Alcira Mariam: LA MUJER SOLA(Ensayo Sobre La Dama Andante En Occidente). Ed Lumen 1998



Las mujeres supieron agradecer la libertad obtenida: a ellas les debe la historia europea la difusión del catolicismo. La cultura religiosa se expande y surgen las santas medievales, muchas son literatas y educadoras. Vgr: Clotilde, esposa de Clovis, quien logra que su esposo pagano se convierta a la fe cristiana.(Cit. por Pernoud 1980)

En la edad media, la liberación de las mujeres fue efímera; los hombres y la iglesia les dieron la espalda, paulatinamente, siglo a siglo las confinan a un saber doméstico y limitado. Nuevos controles nacen por parte de las instituciones masculinas. A fines del siglo XIV y comienzos del XV, la instrucción se convertía cada vez más patrimonio del hombre.

La emergencia del individualismo se insinúa, pero aun en estos siglos se debatía acerca de si las mujeres tenían alma, tenían restringidas tanto la libertad civil como la libertad de instrucción, y estaban limitadas en el ámbito personal y social. Aún cerca del renacimiento se pensaba que las mujeres deberían asistir a lugares donde se les enseñara actividades domésticas, sin embargo, comienzan a ver la necesidad de que las mujeres de la nobleza aprendan a leer al igual que las religiosas; siendo contradictorio que las mujeres que escapan de los circuitos familiares, por haber quedado solas, o bien, al orden familiar-patriarcal, eran aisladas como enfermas mentales, o peor aun por su fin, como brujas. (Cit. por Pernoud 1980)

La mujer vive en este tiempo un gran ambivalencia, en momentos a unas se les consideraban santas y eran adoradas, y a otras brujas, a las cuales se les debía de torturar y quemar, como a Juana de Arco.

Más adelante, la mujer es nuevamente humillada por la iglesia y se le considera como un ser abyecto (Eva es la personificación del pecado), y así pasaron siglos tras siglos, hasta finales del siglo XIX, donde la moral dominante

TRINIS CON  
PAIS DE ORIGEN

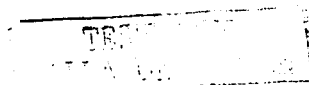


dictaba a la mujer el imperativo siguiente: trabajo, economía y renuncia a la carne; el superyo, la poderosa prohibición inconsciente, se constituye, por uno de sus aspectos menores, como una interiorización de las prohibiciones paternas, por el mismo eco de las prohibiciones sociales. Pero ahora ella podrá asistir a un costoso apoyo medico y psicológico que le podrán decir: tu tienes derecho a un orgasmo vaginal. Siendo la sexualidad de la mujer frecuentemente no menos conflictiva que en el pasado, aunque las quejas y a veces los síntomas se han modificado.

Se comienza a tomar en cuenta los derechos de la mujer, y ésta comienza a tomar en sus manos su vida. Para esto, los hombres ya habían hecho teorías basadas en ellos para describir a la mujer: su personalidad, sus deseos y hasta decir que toda mujer debe tener el instinto materno. Para esto, es necesario mencionar de los diferentes autores y las recientes autoras sobre su visión de la mujer y su femineidad

### **1.1 LA TEORÍA PSICOANALÍTICA SOBRE LA FEMINEIDAD.**

Los textos históricos que tratan sobre la femineidad de la mujer no son tan abundantes como aquellos que tratan sobre la fecundidad. La representación femenina más importante es la mujer útero; fue con la matriz con la que se han relacionado todas las enfermedades femeninas. La histeria, (del griego "*husterá*", útero) parecía entonces abarcar todos los males y los cuidados, por lo tanto, consistieron por mucho tiempo en Fumigaciones (por el orificio vaginal), mediante las cuales se esperaba restablecer el orden corporal y lograr el alivio de las mujeres. Hablando de la histeria, el hombre que trabajo este tema y realizo todo un tratado **SIGMUND FREUD, SU HISTORIA Y TEORÍA.**



## **SIGMUND FREUD<sup>4</sup>**

Sigmund Freud, hijo de padres judíos, nació el 6 de mayo de 1856 en Freiberg, en Moravia hoy Pribor. Desde entonces parte de Checoslovaquia. Su padre Jacobo Freud contaba en ese momento con 41 años y su madre, 21. Para Jacobo es su segundo matrimonio, y tenía ya dos hijos, Manuel y Felipe.

A los cuatro años, su padre con la familia, se traslada a Viena, donde transcurre gran parte de su vida, hasta que se vio obligado a huir a Inglaterra en 1938, cuando los nazis invadieron Austria. (cambia su nombre por Sigmund cuando tenía 21 años).

En 1876 realiza las primeras investigaciones personales sobre las glándulas sexuales de las águilas: entra al laboratorio de Brücke.

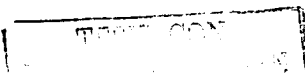
En 1877 publica el resultado de trabajos de anatomía sobre el sistema nervioso central de una larva lamprea.

En 1882, Encuentra a Marta Bernays y quiere casarse en noviembre de ese año, Breuer le habla del caso Anna O... interrumpido desde junio. Freud se asombra e interesa, pero no es influido.

En 1884, encargado de un estudio de la cocaína, descubre sus propiedades analgésicas, sospecha de sus cualidades anestésicas, pero las descuida: Carl Koller las estudiará y tendrá gran éxito: esto no altera sus buenas relaciones. imprudentemente Freud utiliza la cocaína en sí mismo: como no tiene disposición ala toxicomanía, no la padece ni sospecha que constituye un peligro: pero sus experimentos provocan algunos perjuicios a su alrededor: Quiriendo

---

<sup>4</sup> Manoni O. EL DESCUBRIMIENTO DEL INCONSCIENTE. Ed. Nueva Visión Buenos Aires 1987 y Anzieu D. EL AUTOANÁLISIS DE FREUD Y EL DESCUBRIMIENTO DEL PSICOANÁLISIS. Ed. Siglo XXI Mx 1980



curar a su amigo Fleischl, que es morfinómano, lo convierte en cocainómano y agrava su caso: es criticado por círculos médicos. Comienza a tratar las enfermedades "nerviosas" con electroterapia, aplicando el método de W. Erb. Al mismo tiempo pone a punto un método de coloración de cortes neurológicos, publica un artículo sobre este tema y luego una monografía sobre la coca.

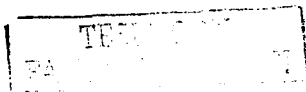
En 1855 recibe una beca, para realizar un viaje de estudios y decide ir a París con Charcot en la Salpêtrière: allí observa las manifestaciones de la histeria y los efectos del hipnotismo y la sugestión, Freud le propone a Charcot traducir sus conferencias y él acepta.

En 1856 deja París por Berlín, donde se interesa por la neuropatología infantil: nuevamente en Viena, hace una residencia en el instituto de Enfermedades infantiles. Da una conferencia sobre la histeria e informa lo que vio con Charcot; no es bien acogido. Comienza su practica Privada: Abre su consultorio, se casa con Marta en septiembre, publica una traducción de Charcot.

En 1885 días antes de su cumpleaños, quema todos sus papeles. En adelante hará lo mismo periódicamente, quiere marcar así, en ese momento el "gran cambio de su vida"

En 1887 sin abandonar la electroterapia, comienza utilizar el hipnotismo: nace Matilde (octubre): primera carta a Fliess(diciembre).

En 1892 realiza un artículo sobre el tratamiento hipnótico. Logra que Breuer colabore con él: Una paciente (Elizabeth Von R.) le impone el método de la asociación libre En noviembre de 1892 Freud envía a Breuer un manuscrito detallado de sobre el mecanismo psíquico de la histeria: terminan la redacción en común de su comunicación preliminar, que aparece en enero de 1893: la causa de los síntomas histéricos no es el traumatismo psíquico como pensaba Charcot, si no su recuerdo, que ha sido reprimido y se ha vuelto ajeno a la conciencia: "los



histéricos sufren sobre todo de reminiscencias", pero Breuer impone la idea de que el traumatismo no puede sobrevivir sino en un estado "hipnoide"

Freud redacta un caso de curación gracias a la hipnosis, sugiere que el origen de los síntomas neuróticos reside en la existencia de las ideas antitéticas y de una contra voluntad inconsciente

Freud trata a dos histéricas que lo conducen a nuevos descubrimientos: falsedad de la teoría de Charcot sobre la predisposición hereditaria a la histeria (Fräulein Katharina), la represión de una idea inaceptable desemboca es su reemplazo por una conversión somática (Miss Lucy).

Entre 1892-1893, nueva traducción de Charcot: Lecciones de los martes 1887-1888 (Paris 1888). Las notas personales que añade Freud, para gran perjuicio de Charcot, constituyen la primera exposición de sus concepciones sobre la histeria (1892-1893).

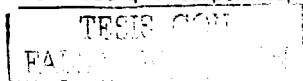
En 1893 Freud se reconcilia con Eli Bernays y lo ayuda a emigrar con su familia a EE.UU., publica su monografía de dialeptas cerebrales infantiles.

En febrero de ese año describe la "neurosis de angustia", termino inventado por el; la distingue de la neurastenia y de la histeria de angustia (o fobia); atribuye la causa a una vida sexual insatisfactoria.

En mayo escribe a Fliess que el origen de la histeria es una seducción sexual en la infancia generalmente por el padre.

En mayo de 1894, publica un artículo sobre la psiconeurosis de defensa, en la cual la noción de defensa es considerada central en todas las neurosis: conversión en la histeria, desplazamiento en obsesión, negación de la realidad en las alucinaciones, por primera vez afirma en un trabajo impreso que las ideas patógenas, en la histeria son sobre todo ideas sexuales inaceptables para el sujeto.

En septiembre Breuer se niega a seguir a Freud en su concepción de la etiología sexual de la neurosis: la colaboración de ambos va a cesar. Freud se interesa en la narración de sueños de sus pacientes desde que les permite, cada vez más



entregarse a la asociación libre. Aprende a interpretarlos y escribe sobre esta cuestión

En 1895, publica un artículo en el cual expone la necesidad de distinguir la neurosis de angustia de la neurastenia: éste resulta de un alivio inadecuado de la tensión sexual (prácticas autoeróticas); aquélla proviene de un aumento sin salida de la tensión sexual. Envía a Fliess un mensaje, donde propone una explicación análoga para la melancolía: publica en francés un artículo en el que distingue las obsesiones y las fobias según su etiología.

Envía a Fliess un mensaje donde describe la proyección como un mecanismo de defensa propio de la paranoia

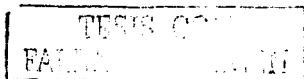
En febrero comienza a dudar de la teoría de la seducción.

Abril después de un encuentro con Fliess tienen un sueño donde se da cuenta de un resentimiento inconsciente contra Fliess. ("Tío de la barba amarilla, vía...Secerno")

Mayo escribe un libro sobre los sueños: renuncia a explicar la psicología por la anatomía del sistema nervioso: dos sueños tornan explícitos para Freud sus deseos incestuosos "Hella", "Subir la escalera desvestido".

En junio-julio Freud se encarga de la lápida de su padre y comienza un autoanálisis sistemático e investiga sus recuerdos infantiles. En septiembre, después de viajar a Italia y conocer las obras maestras de arte italiano, descubre la falsedad de su teoría de la seducción. Lo que el había tomado por una seducción sexual del niño por el adulto no es en realidad sino la expresión de deseos incestuosos de los niños por sus padres, generalmente del sexo opuesto. Freud se vio muy perturbado por lo que creía el derrumbe de todas sus concepciones y realiza un viaje a Berlín, en 1928, para hablar de ello con Fliess.

Octubre. conversación con su madre sobre los recuerdos de su primera infancia. Sueños "cabeza de carnero" y "médico tuerto"; análisis del sueño encubridor de la escena del "cofre". el 15, Freud anuncia a Fliess el descubrimiento del complejo de Edipo. Esclarece su fobia ferroviaria.



En 1898, escribe el artículo sobre la sexualidad en la etiología de las neurosis, donde afirma por primera vez la existencia de una sexualidad infantil y abandona la técnica del concentración a favor de las asociaciones libres.

Enero. Primeras manifestaciones de abierto acuerdo con Fliess sobre las relaciones entre bisexualidad y bilateralidad. Sueño "mi hijo el miopo"

Febrero- ha redactado ya varios capítulos del libro sobre los sueños, renuncia al capítulo sobre sueño y neurosis: lee con interés Paracelso de Schitzler.

Febrero-marzo. Sueño "Otto parece enfermo" y "Monografía botánica".

Abril sueño: "Goethe ataca al señor M..."

Mayo. Guerra hispano estadounidense sueño "castillo al borde del mar"

Julio: encuentro con Fliess en Munich; sueños. "basura". "Hollthurn", "escusados al aire libre", "Conde Thun", descubrimiento de la escena primitiva

Agosto escribe a Fliess su primer ejemplo de análisis de un olvido de nombre propio.

Septiembre sueño . "las tres parcas". Escribe el mecanismo psíquico del olvido (atribuido a la represión)

Octubre deprimido, no cree en su libro sobre los sueños y deja en plan la primera versión. Sueños. Sueños "Cabalgata" y "Non vixit".

Otño: sueños de condensación de palabras "Hearsing", "Norekdal", "Autodidasker" .

Diciembre. Sueño "Frau Doni". En navidad Fliess viaja a Viena y visita a Freud. Autoanálisis de recuerdo encubridor. "pradera verde con flores amarillas".

En 1899 marzo. Sueños "Mi padre como Garibaldi": Freud trabaja de nuevo en el libro de los sueños y redacta la versión definitiva.

En mayo publica el artículo "recuerdos encubridores", que en realidad es una análisis autobiográfico disimulado.

Junio: descubre que el deseo de todos los sueños satisface se satisface en el deseo de dormir y supone- erróneamente, al parecer- que se trata de una reminiscencia inconsciente de Liébault. Se decide publicar su autoanálisis y por lo tanto su libro de los sueños.

TESIS CON  
FALLA DE CUBIEN

Septiembre. Freud redacta en dos semanas, en un estado de exaltación creadora, el capítulo VII y último sobre la teoría del aparato psíquico, presente el complejo de castración.

Piensa en dos libros, uno sobre la psicopatología de la vida cotidiana y otro sobre una teoría psicológica de las psiconeurosis, partir de la represión y del cumplimiento del deseo. Esta teoría apunta a satisfacer el objetivo esencial de Freud en esa época: incluir las neurosis ala ciencia.

Freud redacta "un sueño premonitorio", el cual quedara en manuscrito hasta su muerte.

En 1900, trabaja en la psicopatología de la vida cotidiana, y en su teoría de la sexualidad y la libido. Analiza sus lapsus, olvidos, actos fallidos, elección de números o de seudónimos.

En agosto: ultimó encuentro con Fliess en Achensee (Tirol). La ruptura se acelera porque Freud presenta como descubrimiento personal la idea de la bisexualidad psíquica fundamental en los humanos, cuando en realidad esa idea Fliess se la comunicó en 1897.

En octubre comienza el tratamiento de Dora, que interrumpirá el 31 de diciembre, por haber descuidado la transferencia. Sueño "Mesa redonda"

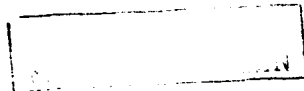
En 1901 Enero. Redacta el caso Dora, con el título "Sueño e histeria". Publica la psicopatología de la vida cotidiana.

1902 Freud viaja a Nápoles y se hace nombrar profesor. El 5 toma su nombramiento como profesor asociado.

Septiembre: se deja de escribir con Fliess.

En octubre. Funda la sociedad psicológica de los miércoles (Stekel, Adler, Kahane, Reitler), se unen a la causa.

En 1904 Viaja a Atenas comienza la correspondencia con Bleuer de Zúrci



En 1905 tres ensayos sobre la sexualidad. El chiste en su relación con el inconsciente. Análisis fragmentario de una histeria (Dora)

En 1907 visita a Jung (febrero)

Encuentro con Abraham: el delirio y los sueños en la Gravida de W. Jensen.

En 1908 visita a Ferenczi (febrero): congreso de Salzburgo (abril). Segundo viaje a Inglaterra (septiembre)

En 1909 análisis de una Fobia de un niño de cinco años (Juanito). Análisis de un caso de neurosis obsesiva (el hombre de las ratas): viaje a América (septiembre) con Jung y Ferenczi. Conferencias en la Clark University (Worcester, Massachussets).

En 1910 congreso de Nuremberg: fundación de la sociedad internacional: Jung es el presidente. Publicación de cinco lecciones de psicoanálisis (las conferencias pronunciada en América) Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci.

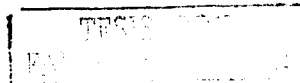
En 1911, publicación del presidente Schreber con el título observaciones psicoanalíticas sobre un caso de Paranoia autobiográficamente descrito. de 1910-1912, varios artículos sobre la técnica.

En 1913 rompe con Jung: Congreso de Munich. Aparición de tótem y tabú

En 1914: el Moisés de Miguel Ángel. Historia del movimiento psicoanalítico. Dimisión de Jung.

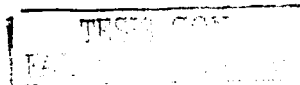
En 1915: Realización de varios ensayo de metapsicología

En 1917: Duelo y melancolía. introducción al psicoanálisis





- En 1918: **El Hombre de los Lobos**, historia de una neurosis infantil.
- En 1919: **Más allá del principio de Placer**. Se pega a un niño.
- En 1921: publicación de **psicología de las masas y análisis del Yo**:  
Congreso de Hagen.
- En 1922: **Congreso de Berlín**
- En 1923: **Diagnostico de cáncer en la mandíbula**. Primera operación.  
Publicación del **Yo y el Ello**.
- En 1925, **Autobiografía: La negación**. En diciembre muere Abraham.
- En 1926, **Psicoanálisis y medicina** . inhibición, síntoma y angustia
- En 1927: **El porvenir de una ilusión**.
- En 1929: **El malestar en la cultura**
- En 1930: **recibe el premio Goethe** (lo recibe su hija Ana); en septiembre  
muere la madre de Freud.
- En 1932: **Nuevas aportaciones al psicoanálisis**
- En 1933: **mayo los nazis queman en Berlín las obras de Freud**.
- En 1937: **análisis terminable e interminable**.
- En 1938: **marzo. La Anschluss y Mussolini intervienen favor de Freud**:  
parte a Londres en junio. Trata pacientes casi hasta el fin.



En 1939, el 23 de septiembre, muere Freud: aparición del final de Moisés y el monoteísmo.

Retomando algunas de sus aportaciones teóricas.

"Esta teoría no habla estrictamente de la estructuración de hombres y mujeres, sino de la construcción de la femineidad y masculinidad, fue formulada con base en que todos los seres humanos, en virtud de su disposición bisexual y de las identificaciones cruzadas, combinan en sí características femeninas y masculinas de modo que la femineidad y la masculinidad puras siguen siendo teoría de contenido incierto"<sup>5</sup>

Según su teoría (segunda tópic), el individuo se halla constantemente en conflicto, entre sus impulsos biológicos y la necesidad de dominarlos. Siendo tres los componentes de la personalidad: el id, el ego y el super ego; el id, que opera mediante el principio de placer, busca la inmediata gratificación de sus necesidades instintivas. El ego, que opera mediante el principio de realidad, trata de encontrar formas aceptables, para gratificar al id. El super ego representa los valores morales y sociales. De acuerdo con Freud, los individuos desarrollan mecanismos de defensa para combatir la ansiedad.

Estos trabajan inconscientemente y distorsionan la realidad como son las regresiones, represiones, sublimaciones, proyecciones la formación de la reacción.

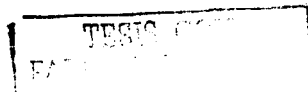
Afirma que el hombre y la mujer tienen etapas de desarrollo semejante, hasta que se llega a la etapa fálica donde la niña pasó por un periodo de masculinidad.

Resumiendo las etapas:<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Kaplan cit a Freud S. 1929

<sup>6</sup> Papalia Diane E. DESARROLLO HUMANO Ed. Mc Graw Hill 1996 p. 15



**ORAL:** (del nacimiento a los 6 ó 18 meses). La principal fuente de placer de los bebés está orientada hacia las actividades de la boca, como chupar y comer.

**ANAL:** (de los 12 ó 18 meses a los 3 años) El niño deriva la gratificación sensual de la retención y de la expulsión de las heces. La zona de gratificación es la región anal.

**Llamadas :Etapas pregenitales (oral y anal)**

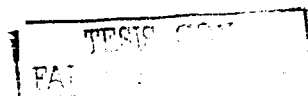
**FÁLICA:** (de los 3 a los 6 años) es el Tiempo del "Romance familiar", el complejo de Edipo, la zona de gratificación se cambia a la región genital.

**GENITAL:** (de la pubertad a la edad adulta). Tiempo de la sexualidad madura

La niña, según Freud, etapa Fálica; entra al complejo de "Edipo" al descubrir su castración; y tomar con ello tres direcciones del desarrollo

*"La primera es la de la inhibición de la neurosis,"* conduce su viraje de manera general a la de la sexualidad. "La niña que había vivido hasta ese momento de manera masculina, sabía procurarse placer por la excitación del clítoris y ponía esta actividad en relación con sus deseos sexuales, que seguían activos y se - remitían a su madre- se deja estropear el placer de su sexualidad fálica por la influencia de la envidia del pene". La "catástrofe", lleva a todo. Al onanismo, la madre portadora del falo, al objeto de amor, y, por otro lado, a la sexualidad en su conjunto. No quedan más que los reproches. *"Demasiadas mujeres dan la impresión de que su madurez está llena de peleas con su marido",* herencia no de la relación con su padre, sino de la actitud hostil con la madre.

*"La segunda orientación lleva al complejo de masculinidad." La niña reacciona, "con una seguridad insolente, ante su masculinidad amenazada";* en una revuelta llena de desafíos. La niña exagera las marcas viriles: modales, vestimenta, peinado, etcétera; la identificación con el padre, solicitada para esta



situación, no es más que la identificación secundaria que se recobra de la madre fálica. Ésta masculinidad se exhibe al elegir un objeto homosexual.

*"La tercera dirección es propiamente la vía de la feminidad, la que toma al padre como un objeto de amor en la elección de objeto heterosexual, sobre el fondo de la masculinidad original." La niña espera del padre el pene que la madre le negó, esto es el designio (pre- edípica de fondo) para que ésta se vuelva hacia su padre.*

El pene que la niña espera, es el pene del varón que ella fue, un pene externo pues. La situación femenina no esta realmente instaurada sino cuando el deseo de un niño sustituye al del pene. La consecuencia de esto es, que la mujer, según Freud, aparece provista de una sexualidad de objeto parcial. Entre la envidia del pene y el hijo sustituto, esta el hombre (y atrás el padre)"<sup>7</sup>

Freud (1924) pensaba que existen tres rasgos característicos de la personalidad femenina. La pasividad, el masoquismo y el narcisismo. La identificación con la pasividad, con la inercia. Esto es una niña decepcionada, desecha derrotada, que se remite al padre. Su pasividad en relación con el nuevo objeto, no es más que una manera de aceptar la castración: pasiva, incapaz de ser activa, falta de tener. La pasividad de esta niña designa menos una posición sexual que el abandono de la sexualidad o su represión. "La atrofia del pene, (ese clítoris que no desea y que no quiere crecer facilita la transformación de las tendencias directamente sexuales, en tendencias tiernas inhibidas en cuanto el objeto".

"El deseo de quedar embarazada también es masoquista ya que ella ve este hecho como algo que causa dolor desde la penetración, hasta el dar a luz, por lo que ese deseo de tener un hijo es masoquista."<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Jacques André LA SEXUALIDAD FEMENINA ¿QUÉ SE? Ed. Publicaciones Cruz O. S. A. 1ª Edición Pp 42-45

<sup>8</sup> Jacques André Op Cit Pp 97-107



*Mannoni O.*<sup>9</sup> afirma acerca de la Obra de S. Freud " Es cierto que no se trata de venerar y conservar piadosamente la herencia de Freud: sería una manera de esterilizarla. Es mejor considerarla como el muy imperfecto comienzo de una "ciencia" que debe ser elaborada sin límite asignable, tal como ocurre en otras ciencias. Pero no debemos olvidar que en este campo las resistencias están siempre dispuestas a aceptar el psicoanálisis, pero solo a condición de integrarlo para enmascarar su originalidad: es esta originalidad la que es necesario preservar e incluso volver a descubrir: sería más peligroso que la obra de Freud fuera criticada y ataca por sus adversarios en el centro mismo de su originalidad que defendida y predicada por partidarios que la escamotean"

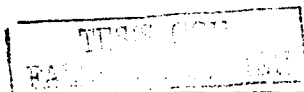
Tomando en cuenta esta teoría acerca de cómo se forma la femineidad, surgieron otros teóricos que hablan a favor o en contra de la teoría de Freud, pero ninguno lo ha ignorado; de hecho, todos lo retoman ya que este hombre logró plantear por primera vez la explicación del desarrollo psicosexual del ser humano, logrando con ello una ruptura epistemológica en la humanidad, siendo sus descubrimientos de la dimensión de Copérnico y Darwin<sup>10</sup>. Otros han continuado sus investigaciones en diferentes vertientes y tomando como base alguno de sus tantos planteamientos, como es el caso de la escuela inglesa, cuya principal representante es Melanie Klein; en los términos que se plantearán más adelante.

Siguiendo el orden histórico corresponde a Karen Horney ser la primera en ser mencionada.

---

<sup>9</sup> Mannoni O. EL DESCUBRIMIENTO DEL INCONSCIENTE. Ed. Nueva visión Buenos Aires 1987 Pp166

<sup>10</sup> Braunstein Néstor. PSICOLOGÍA Y CIENCIA



## **KAREN HORNEY (1855-1952).**

Karen Horney estaba convencida de que Freud sobrestimaba la importancia de los factores biológicos en el desarrollo de la personalidad, descuidando en cambio, los factores sociales y culturales.

La autora en estudio realiza una antítesis de la concepción freudiana; tiene el mérito histórico de ser la primera en decir NO a Freud y a su teoría Falocéntrica; siendo la primera comunicación de Horney sobre las cuestiones de feminidad en 1933.<sup>11</sup>

Ella considera al individuo de una forma holística, como una unidad dentro de un marco social, siempre influyendo y siendo influido por el ambiente; los atributos que conforman una personalidad son aprendidos en la familia y éstos incluyen sus necesidades biológicas y sociales, que pueden estar en constante cambio.<sup>12</sup>

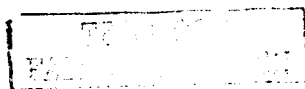
La comprensión del triple concepto de sí mismo (el actual, el real y el idealizado) son importantes para comprender su teoría:

El sí mismo actual se refiere al individuo considerado como la suma de su experiencia.

Los factores temperamentales son reconocidos como factores contribuyentes, pero su papel es menos importante en el desarrollo neurótico que los factores neurotónicos, ambientales e intrapsíquicos. El sí mismo real es una fuerza interna central o principio común a todos, si bien único a cada individuo. Se identifica con la integración normal y el sentido de totalidad armónica. Horney afirmó que, dadas unas circunstancias ambientales óptimas como el afecto y la aceptación y una cierta cantidad de fricción normal el individuo desarrollará una personalidad normal. (Kaplan y Sadock 1996).

<sup>11</sup> Jacques André Op Cit Pp 66-68

<sup>12</sup> Kaplan Harold I. Sadock Benjamin J. COMPENDIO DE PSIQUIATRIA, Ed Salvat 2ª Edición, México 1996 pp 97-101



Horney se opuso a la idea de instinto de muerte, y consideró las tendencias destructivas como neuróticas más que innatas. El sí mismo idealizado, el tercer concepto, es exclusivamente una manifestación neurótica.(ob. Cit.)

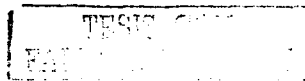
Horney concibió la neurosis como una alteración global de la personalidad que: Tiene su origen en la alteración de las relaciones padre-hijo y que posteriormente se autoperpetúa:

Se caracteriza por las distorsiones en las relaciones del individuo con los demás y consigo mismo, que derivan de los conflictos emocionales y la ansiedad. Determinan una discrepancia entre el potencial y el rendimiento, rigidez y sufrimiento, y una alteración del funcionamiento en la mayoría de las áreas de la vida.

Según su teoría los factores motivacionales derivan de los actuales atributos de la personalidad más que de los esfuerzos libidinales infantiles conservados desde la infancia por compulsión a la repetición(Kaplan y Sadock 1996)

El niño expuesto a actitudes de rechazo reacciona con vagos sentimientos de soledad, desamparo y miedo hacia el mundo potencialmente hostil que le rodea. Esta reacción se denomina ansiedad básica. Para evitar esta ansiedad, se desarrollan actitudes hacia los padres o compulsivamente sumisas o agresivas o de separación. Estas actitudes crean un conflicto intrapsíquico básico que genera nueva ansiedad

Karen Horney, critica a Freud y declara que él y todos sus primeros colaboradores tenían más interés y comprensión por la psicología de su propio sexo. Sospecha que cuando finalmente llegaron a investigar los procesos femeninos, abordaron el problema con un enfoque varonil, típico su momento histórico donde había una sociedad patriarcal que sin darse cuenta han adoptado todos sus criterios de valor, de moral, de ética, etc., al carácter masculino. (Jacques André1994)



Langer 1964 al citar a Horney afirma que ella admite la envidia Fálica, pero sostiene que esta puede ser fácilmente vencida por los niños y que solo tiene resultados dañinos posteriores como la virilización de la mujer adulta o actitudes agresivas o de rechazo hacia el hombre, si la niña ha fallado en su identificación infantil con su madre. Normalmente, la niña se identifica con su madre, inclinándose, como ésta, amorosamente hacia el padre y deseando tener un hijo de él. Pero si éste llega a desilusionarla en su cariño infantil, la niña intenta identificarse con él y adoptar posteriormente una actividad viril, de rivalidad con los hombres y plena de resentimientos y deseos de venganza. Además si el padre ha dado un hijo a la madre mientras la niña buscaba ansiosamente su amor, llena de envidia y equiparado en su inconsciente el hijo del padre con su pene, volverá a su posición anterior en la envidia fálica, sustitución de la envidia a la madre por la posesión de un bebé del padre.<sup>13</sup>

K. Horney, al igual que Helene Deutsch, destaca que lógicamente la esperanza de una maternidad futura no llega a compensar a la niña pequeña por sus frustraciones, *"pues dista demasiado de sus posibilidades inmediatas de gratificación"*(Langer1964)

Langer al citar a Horney menciona su artículo The denial of the vagina, en donde Horney explica porque llegó a la conclusión de que la niña adopta primeramente una posición femenina, es decir de acuerdo con su anatomía. Sostiene que la niña tiene sensaciones vaginales durante el apogeo de su sexualidad infantil y adopta una actitud femenina tanto frente a su padre como en su conducta en general. Su noción temprana de la vagina, basada en sus sensaciones físicas, sucumbe más tarde a la represión por las múltiples angustias vinculadas con esta sexualidad vaginal temprana<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Langer Marie MATERNIDAD Y SEXO. Ed. Paidós 2ª edición 1964 Pp 29-50

<sup>14</sup> Horney Karen THE DENIAL OF THE VAGINA. The International Journal of psycho-analysis Vol XIV No 1 1933,pp 49



## MELANIE KLEIN(1882 – 1960)

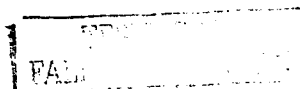
**Melanie Reizes**<sup>15</sup> nace el 30 de marzo de 1882 en Viena. Su padre, Moriz Reizes, pertenecía a una familia judía muy religiosa, residente en Lvov, en esa época parte del imperio austro-húngaro, actualmente parte de Ucrania. Estaba destinado a ser rabino y a casarse con una joven elegida por sus padres, a la que no conoció antes de la boda. A pesar de esto, siguió la carrera de Medicina, al finalizar la cual rompió con la tradición ortodoxa; era un hombre culto, que hablaba diez idiomas. Comenzó el ejercicio de su profesión, y a los 37 años, se divorció de su primer esposa. Tres años después conoció, en Viena, a Libussa Deutsch, mucho menor que él. Esta pertenecía a una familia culta, en la cual tanto el padre como el abuelo eran rabinos.

Libussa y Moriz se casaron en 1875 y se establecieron en Deutsch-Krentz. Donde nacen sus hijos. Emilie 1876, Emanuel 1877 y al año siguiente, Sidonie. La familia se trasladó a Viena, donde nace Melanie en 1882

A los 17 años M Klein se compromete con Arthur Stevan Klein, un químico industrial de 21 años, amigo de Emanuel. En esta época abandona la idea de estudiar Medicina y asiste a cursos de historia y de arte en la Universidad de Viena. A principios de 1900 muere su padre, Moriz Reizes, y a fin de ese año Emilie se casa con el médico Leo Pick. Emilie morirá en Londres en 1940. En diciembre de 1902, Emanuel, quien hacia años estaba enfermo de fiebre reumatoidea, muere en Génova. Su relación con su hermana menor era muy estrecha y compleja.

M.Klein se casa el 31 de marzo de 1903, con 21 años; Se establecen en Rosenberg (*Hungría*) y al año siguiente nace Melitta. En 1906 nace Hans y un año después se trasladan a Kappitz, un pequeño pueblo, a causa del trabajo de Arthur M. Klein aparece afectada por un fuerte y prolongado estado depresivo, ante lo cual su esposo consigue un traslado a Budapest en 1910.

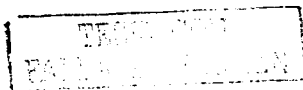
<sup>15</sup> Pagina Web <http://www.aldeaeducativa.com/aldea/bigraf2>



El 1 de julio de 1914 nace Erich. A fines de ese año muere Libussa, quien poseía una fuerte influencia sobre M. Klein. Esto agrava su depresión e inicia su análisis con Ferenczi, interesándose además en los escritos de Freud acerca de los sueños. Tanto Ferenczi como Arthur Klein se incorporan al ejército austro-húngaro y en 1916 el esposo de M. Klein regresa como inválido de guerra, herido en una pierna. El matrimonio enfrenta graves dificultades.

En 1918 M Klein asiste al 5º Congreso Psicoanalítico Internacional, con la presidencia de Ferenczi, en el que S.Freud lee "*Lines of Advances in Psychoanalytic Therapy*". Este Congreso realizado en tiempos de guerra causa una fuerte impresión en Klein y, según ella misma recuerda: "*esa impresión fortaleció mi deseo de dedicarme al psicoanálisis*". "*Durante el análisis con Ferenczi, éste me llamo la atención acerca de mis grandes dotes para comprender a los niños y de mi interés en ellos y alentó mucho mi idea de dedicarme al análisis de niños(...)*No he visto(...)*que la educación pudiera cubrir la totalidad de la comprensión de la personalidad y que, por lo tanto, tenga la influencia que uno desearía que tuviera. Siempre sentí que detrás había algo que nunca llegue a percibir*".

Ferenczi la asigna como asistente de Anton von Freund en la tarea de organizar la enseñanza del psicoanálisis en la Sociedad de Investigación Infantil. En 1919 Jones reorganiza la Sociedad Británica de Psicoanálisis. En julio de ese año M. Klein expone su primer trabajo, "*Der Familienroman in statu nascendi*" por el cual es aceptada como miembro de la Sociedad Psicoanalítica Húngara, la cual estaba en un periodo de intensa actividad bajo la presidencia de Ferenczi. Al poco tiempo la posición de los profesionales judíos residentes en Budapest se ve muy afectada por la situación política de posguerra. Arthur Klein no puede continuar su trabajo y se traslada a Suecia, obteniendo posteriormente la ciudadanía sueca. M. Klein se traslada junto a sus hijos a Eslovaquia, donde permanece un año en casa de sus suegros. M. Klein asiste en 1920 al 6º



Congreso Psicoanalítico Internacional, en La Haya. Conoce a H.Hug-Hellmuth, quien lee su trabajo sobre la técnica del análisis infantil, y a Karl Abraham.

Abraham, presidente de la Sociedad Psicoanalítica de Berlín, la invita a trabajar en dicha ciudad. M. Klein se traslada junto a Erich. En 1921 se concreta el divorcio de M. Klein y Arthur.

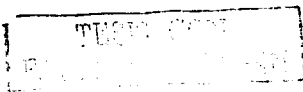
A comienzos de 1924 M. Klein inicia su análisis con Abraham, el que va a continuar hasta la muerte del mismo en diciembre de 1925.

Ese período, expone por primera vez ante un congreso "*La técnica del análisis de niños pequeños*" en el 8º Congreso de Psicoanálisis Internacional, en Salzburgo, cuyo presidente es Abraham. E. Jones escucha su ponencia con sumo interés. Es también durante 1924 que presenta ante la Sociedad de Viena el trabajo "*Principios psicológicos del análisis infantil*" y, a fines de ese año, "*Una neurosis obsesiva en una niña de 6 años*" (Erna) en la Primera Conferencia de Psicoanalistas Alemanes, en Würzburg.

Conoce a Alix Strachey, analizada de Abraham, la que se interesa en sus teorías y colabora en traducir al inglés algunos de sus escritos. Es a través de su esposo, James Strachey, que los trabajos de M. Klein llegan a la Sociedad Británica, en la que la posibilidad del análisis de niños era debatida con mucho interés. En las actas de dicha presentación constan las críticas de E.Glover.

En julio de 1925 M. Klein da seis conferencias en Londres durante tres meses, invitada por E. Jones. Abraham ya estaba enfermo y había suspendido sus análisis por un periodo indeterminado. Es bien recibida y, entre otros, conoce a Susan Isaacs.

Luego de la muerte de Abraham la oposición a las teorías kleinianas en la Sociedad de Berlín se intensifican notoriamente. Otro factor que se agrega a la desaparición de su mentor es un episodio que repercute desfavorablemente en la aceptación de la indagación profunda del inconsciente del niño: H.Hug-Hellmuth, directora del Centro de Orientación Infantil de Viena, es asesinada por un familiar de 18 años, al que ella había aplicado su técnica cuando pequeño. Este caso tiene amplia repercusión pública.



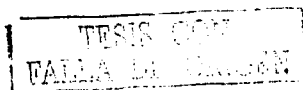
Finalmente M. Klein decide dejar Berlín y en septiembre de 1926 llega a Inglaterra, invitada por E. Jones durante un año, a fin de analizar a sus hijos y a su esposa. Erich llega a Londres al poco tiempo, Hans está bajo la custodia de su padre y permanece estudiando en Berlín. Melitta se ha casado con el Dr Walter Schmeideberg y estudia en la Universidad de Berlín. E. Jones, presidente de la Sociedad Británica y gran impulsor del psicoanálisis, se interesaba en la aplicación del análisis a los niños desde 1920.

En marzo de 1927 Anna Freud habla de la técnica del análisis infantil ante la Sociedad de Berlín, en clara oposición a M Klein. La contribución escrita enviada por ésta, quien aún pertenece a dicha Sociedad, no se hace circular. Anna publica "*Einführung in die Technik der Kinderanalyse*". En mayo del mismo año Jones organiza un simposio sobre análisis infantil entre los miembros de la Sociedad Británica. La tensión existente Londres -Viena es notoria en la correspondencia entre S Freud y Jones.

Del 4 al 18 de mayo de 1927 tiene lugar el Simposio, en el cual se exponen los principales temas de la polémica entre el grupo británico y el vienés. Este acontecimiento puede considerarse fundacional respecto a la extensión del campo del psicoanálisis a los niños.

El 2 de octubre de ese año M. Klein es elegida miembro plenario de la Sociedad Británica. El período 1928-39 es el más productivo en la vida de M Klein. En 1930 Melitta, ya graduada, se radica en Londres y su participación en la Sociedad se hace intensa. Convive con su madre hasta que Jones logra que Schmeideberg entre a Inglaterra dos años más tarde.

En 1932 se publica "*El Psicoanálisis de niños*", la obra más importante publicada por un miembro de la Sociedad Británica hasta el momento. Se realiza el 12º Congreso Internacional de Psicoanálisis, en Wiesbaden, el último realizado en Alemania antes de la guerra y el único al que no asiste M. Klein; esto evita enfrentamientos con Ferenczi quien apoya a la escuela vienesa. Ferenczi muere en 1933 y ese año marca el comienzo de una época difícil en la vida de M. Klein.



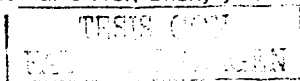
Melitta es elegida miembro pleno de la Sociedad y comienza un análisis con E.Glover. A partir de este momento se va generando una fuerte oposición de ambos a las teorías y la persona de M. Klein que va a tomar proporciones desmesuradas dentro de la Sociedad Británica, generándose un largo periodo de intensas disputas y fragmentaciones partidarias.

En abril de 1934 muere el hijo segundo de M. Klein, Hans, en un accidente. Esto la afectó muy intensamente. En ese año se nacionaliza inglesa, siendo esto posible por su pasaporte sueco. En 1935 se inician las conferencias de intercambio entre Londres y Viena. A. Freud publica "*El Yo y los mecanismos de defensa*". En esa época comienza el periodo de cinco años en los que D. Winnicott supervisa con M. Klein. En 1937 se publica "*Amor, Odio y reparación*", de M. Klein y Joan Riviere.

La preguerra intensifica las dificultades de los analistas continentales e incrementa el éxodo, comenzado en 1933 tras el incendio del Reichstag y que se dirige principalmente hacia Inglaterra. La Sociedad Británica y E Jones en especial se ocupan intensamente de la situación de los analistas continentales; que para 1938 constituían un tercio de la Sociedad.

El 11 de marzo de 1938 Alemania invade Austria, el 6 de junio Freud llega a Londres. M. Klein le hace llegar una carta de bienvenida en la que expresa su deseo de verlo, a lo que Freud responde con una nota breve de agradecimiento, expresando que espera verla en un futuro próximo. Este encuentro no se realiza nunca. El 3 de septiembre de 1939 se declara la guerra y veinte días después muere Freud. M. Klein se encuentra ya en Cambridge con Susan Isaacs y al año siguiente se instala en Pitlochry, donde tiene lugar el análisis de "*Richard*" en 1941.

En la reunión anual del 29 de julio de 1942 se acuerda realizar un encuentro mensual dedicado a la discusión de las diferencias científicas y se forma una comisión para armar el programa: Glover, Briery y J. Strachey. Las



reuniones comienzan en octubre de ese año y se extienden a lo largo de dos años, se las conoce como las Controversias. M. Klein expone su última contribución a las Controversias el 1 de marzo de 1944: "*La vida emocional del niño*" (*nunca publicado*). En ese momento Glover ya ha renunciado y poco después Melitta se traslada a E.E.U.U., donde se dedica a tratar delincuentes y toxicómanos.

No volverá a verse con su madre hasta el 16° Congreso Psicoanalítico Internacional, en Zurich, 1949. En esa oportunidad no se hablan; de hecho nunca se reconcilian aunque hay varios indicios del profundo dolor que esto ocasiona a M. Klein. Este Congreso es sumamente importante; en él es notorio el peso de los analistas norteamericanos, al punto que Jones es reemplazado en la presidencia de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA), por el psiquiatra Leo Bartheimer, luego de 17 años de ocupar la presidencia. M. Klein vive esto como un triunfo del annafreudismo, aunque en el congreso también están los latinoamericanos que habían ido a formarse a Londres. Se encuentra con J Lacan, cuyas teorías no le interesan pero si su apoyo para la difusión de sus ideas en Francia. Acuerdan que él traducirá "*El psicoanálisis de niños*" al francés, lo que finalmente no se concreta y la obra de M. Klein aparece en las ediciones PUF en 1959, colección dirigida por Lagache.

Se edita un número especial del International Journal of PsychoAnalysis dedicado a los 70 años de M. Klein.

El 1° de febrero de 1955 se funda la Asociación Melanie Klein "...asociación que se ha formado para defender mi obra en el futuro" (*Carta a P Heimann*). Paula Heimann renuncia a la Asociación M. Klein a fines de noviembre de ese año, luego de que la misma M. Klein se lo solicita. Se distancian a raíz de las teorías de M. Klein sobre la envidia primaria. Esta última década fue sumamente difícil para M. Klein a causa de la fuerza que tenían sus opositores. Al año siguiente D Winnicott es elegido presidente de la Sociedad Psicoanalítica Británica. En 1957 se publica "*Envidia y gratitud*".

E Jones muere en 1958, a los pocos meses de publicado el último tomo de su obra "*Vida y Obra de Sigmund Freud*"

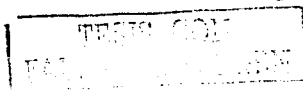
M. Klein queda muy apenada y reduce sus actividades, estando además aquejada de osteoartritis progresiva. Posteriormente se le declara una anemia y finalmente le detectan un cáncer de colon. La operan a principios de septiembre de 1960, pero sufre complicaciones y finalmente muere el 22 de septiembre de 1960.

Su obra se sitúa directamente en la línea del segundo periodo de los descubrimientos de Freud, el de la dualidad instintiva (instinto de muerte, instinto de vida) después de *más allá del principio de placer (1920)*, la de la segunda tópica o teoría estructural "yo, ello y superyo", y la de la segunda teoría de la angustia con la inhibición, síntoma y angustia(1926)

Freud con el análisis de adultos, había demostrado la estructura edípica de la neurosis infantil. Con el análisis de niños, Melanie Klein completó la descripción freudiana de la neurosis infantil, y mostró las angustias más precoces que subyacen en esta neurosis, estableció, entre estas angustias precoces y ciertos síntomas de la psicosis del adulto, vinculaciones que le permitieron demostrar que la neurosis infantil representaba una elaboración de las angustias llamadas "psicóticas", a las que se enfrentan todos los niños al comienzo de su desarrollo psíquico, y que los puntos de fijación de la psicosis de adulto se situaban a nivel de dos posiciones: Posición esquizoparanoide y posición depresiva.<sup>16</sup>

Esta autora al explicar el desarrollo de la niña introduce el término del "fantasma fundador" de la femineidad. El desarrollo sexual, tal como ella lo concibe, diverge radicalmente de la representación freudiana, lo que no excluye algunas conexiones.

<sup>16</sup> Lebovici :TRATADO DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE Ed. Siglo XXI tomo III p.p.22-46



M. Klein saca provecho de la brecha abierta por Freud en su teoría, para introducir sus propios cuestionamientos. La angustia de la castración juega un rol decisivo en la neurosis del hombre, pero esto no es lo mismo para la mujer.

La angustia primordial de la niña - mujer: Es el temor de verse encantada, dañada en el interior de su cuerpo, y, en lo rector de su cuerpo, en sus órganos genitales; Descubrir la fuente de tal angustia vuelve a exponer la psicogénesis de la femineidad. Toca al cuerpo interno- tan ausente en las consideraciones freudianas.

El seno materno es para el lactante el primer objeto, y el prototipo de todos los objetos posteriores. Fuente de todas las satisfacciones e igualmente frustrante, de un solo golpe(pecho gratificante). La presencia de una misma mujer, de la temura más sagrada y de los celos más mezquinos no tiene otro origen más que el de discrepancia en los primeros momentos, entre un seno amoroso y uno de odio (pecho frustrador)<sup>17</sup>.

La frustración tiene una fuente externa, a través de las carencias, los rechazos y simplemente apartarse de la madre, pero sobre todo interna: el deseo del niño es de una satisfacción ilimitada, que produce la salida de las frustraciones que le son opuestas. A la hostilidad, el odio más bien, de los senos es el objeto, se agrega otra fuente. La agresividad innata del niño. La mujer empuja a aspirar- vaciar- devorar y ella se protege de sus propios fantasmas sádicos, cargados de angustia, al atribuir al seno materno (que proyecta de sí mismo) los ataques que son en un principio suyos. La parte "mala" es así, el resultado de la conjugación entre proyecciones y frustraciones.

Esto está en el fondo del enfrentamiento con la femineidad, en la niña como en el varón. El origen es femenino para Klein, mientras que para Freud es masculino.

---

<sup>17</sup> Langer Marie MATERNIDAD Y SEXO. Ed. Paidós 2ª edición 1964 Pp 51-55



## La Privación Del Seno

Lo consideró como la causa fundamental, de la conversión hacia el padre, la vuelta hacia el padre y la llegada de la femineidad reside en ese momento, en el que la frustración oral por parte de la madre la lleva a desviarse, y retiene como objeto de satisfacción el pene del padre. Ese segundo semestre del primer año de vida en la niña; el cambio del pecho de la madre al pene del padre, es el precursor de la situación edípica.

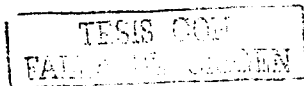
Existen tres diferencias fundamentales, entre las dos escuelas "Inglesa" "Vienesa" divergentes entre sí:<sup>18</sup>

M. Klein (la escuela inglesa), con la de Freud (la escuela vienesa); la diferencia estriba en que la primera, afirma que la mujer ya entra en su primer año de vida en una situación de rivalidad con la madre e inclinación amorosa hacia el padre; en una situación edípica, mientras que, según Freud, la niña, sólo hasta los cuatro años busca a su padre, rechazando simultáneamente a la madre.

Otra diferencia es que Freud afirma que la niña teme sufrir o haber sufrido la castración de su pene imaginario. Según la escuela inglesa, teme la destrucción ya ocurrida, o por ocurrir de sus órganos internos femeninos.

La segunda conduce a la tercera diferencia fundamental, que consiste, en que la escuela vienesa, recalca que la niña desconoce su vagina y a los cuatro años toda la excitabilidad esta en el clítoris. Según la escuela inglesa, la niña adopta desde el principio una actitud femenina, receptiva, frente a su padre, percibe su vagina y quiere albergar el pene paterno en ella. Eso ocurre simultáneamente con las fantasías del *Fellatio* (*introducción del pene en la boca*);

<sup>18</sup> Jacques André LA SEXUALIDAD FEMENINA(¿QUÉ SÉ?) Ed Publicaciones Cruz 1ª Edición 1994 Pp 68-85



Como la niña es frustrada en sus deseos por el padre, dirige sus fantasías sádicas hacia el pene; proyectando después su agresividad sobre dicho órgano, llegando así a temer su contacto, de ahí surge su posición "masculina" temprana, como defensa contra sus temores.

## **1.2 . EL IMPACTO PSICOLOGICO DE LA MUJER DE LA MENARQUIA, LA MENSTRUACIÓN Y LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL (DESFLORACION), EMBARAZO Y PARTO.**

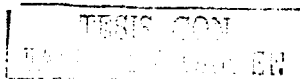
Uno de los momentos claves en donde la mujer confirma su femineidad es en su menarquía, donde se tiene que enfrentar con su rol físico, social y psicológico, dependiendo como ella viva éste, tendrá las armas suficientes para llevar a cabo su decisión de ser madre o no, así como la de admitir su forma de relacionarse con el mundo y los hombres, existiendo mujeres que rechazan esta parte de su cuerpo y llegando a ser madre, sin deseo de ello, arrastrada por presiones sociales.

La menarquía es el signo más dramático de la maduración sexual de las niñas, la menarquía (primera menstruación); es el primer derramamiento mensual del tejido que reviste a la matriz, es más que un efecto físico, es un símbolo concreto del paso de niña a mujer, cuanto mejor esté preparada la mujer para esto, sus sentimientos serán positivos y no experimentará o será menos su angustia.<sup>19</sup>(Langer1964)

Marie Langer(1964) afirma que la primera menstruación representa para la niña un acontecimiento importantísimo. Significa que adquirió su madurez biológica, que es mujer, y capacitada físicamente para el amor y la maternidad.

---

<sup>19</sup> Langer María : MATERNIDAD Y SEXO. Ed. Paidós 2ª edición 1964 Pp.89-10



*"Tendría que ser una fiesta para la niña, un día cuya fecha debería recordar más tarde junto a la de casamiento y a la del nacimiento de sus hijos".<sup>20</sup>*

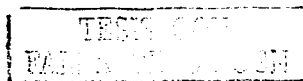
Langer cita a Mary Chadwick cuando describe la reacción de una niña frente a su primera menstruación en esta forma: *Su primer sentimiento frente a la imposición fue negativo, pero cuando le explicaron que este síntoma tan inquietante para ella era un indicio de su femineidad, experimentó un gran alivio. Súbitamente comprendía muchos misterios que antes la habían atormentado. Después entró en un estado de excitación. Sintió un deseo y la esperanza de ser festejada. Ella tendría derecho a ser el centro de una gran fiesta: finalmente todo pareció sucio: comprendió que ya podría casarse y dar a luz, que se había vuelto adulta en pocos minutos. Deseaba que su madre comunicara a su padre que tenía otra hija adulta más. Como no ocurrió nada de lo esperado, volvió a la monotonía escolar.* (Langer 1964 ob. Cit).

Se ha logrado encontrar en diversos estudios que la actitud que toma una púber ante su menarquía depende de cómo sea su cultura, y que este evento parte desde la formación de objeto y como se relaciona con su madre; por ejemplo: si se toma como referencia a Melanie Klein; se encuentra que existe una prevalescencia del pecho (malo o bueno); y que de cual quiera de las dos actitudes que prevalezca en etapas tempranas de la ambivalencia, las púber vivenciarán su femineidad como algo placentero o no.

Margaret Mead (1961) sostiene que el problema del trauma sexual, se arrastra desde la primera infancia y es consecuencia del vínculo con una madre neurótica: Una madre que rechaza su propia femineidad, adoptará inconscientemente frente a su hija pequeña una actitud hostil, debido a la cual ésta no podrá más tarde convertirse en mujer sin sentirse culpable. Vivirá entonces, efectivamente, la menstruación como vivencia definitiva de su castración; este proceso la podrá llevar a una regresión, que la haga sentir

---

<sup>20</sup> Langer Marie Ob. Cit p. 67.



vergüenza frente a la hemorragia menstrual, equiparando la falta de control de la pérdida de sangre con el descontrol vergonzoso infantil de los excrementos y la orina.<sup>21</sup>

Un ejemplo de cómo se vivencia este hecho es desde el lenguaje que se utiliza para la menstruación, la niña de habla inglesa llama a su período su "curse", es decir, maldición. Hasta la mucho menos inofensiva palabra de "indisposición" trasforma a la menstruación en algo enfermizo.

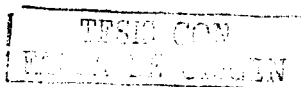
La antropóloga Margaret Mead (1961) como la feminista Simone de Beauvoir (1949), ven el efecto traumático de la primera menstruación como consecuencia de circunstancias sociales desfavorables a la niña, las cuales le obstaculizan la aceptación de la femineidad. Y afirman que el trauma menstrual puede ser evitado mediante el esclarecimiento sexual adecuado, y culpan especialmente a las madres en no presentar de forma debida a las niñas, antes de la menarquía. Para su nueva situación de madurez.

El cambio teórico sobre la femineidad encontró su fundamento biológico en los procesos de investigación endocrinológica, llegándose a comprender que la menstruación puede significar una placentera e inherente manifestación de femineidad.

Es cierto que la menstruación significa, en cada ocasión, la pérdida de la esperanza de maternidad; pero simboliza simultáneamente para la mujer su juventud y su fecundidad, su capacidad de regeneración continua y la promesa de una nueva maternidad.<sup>22</sup>

<sup>21</sup> Mead Margaret: SEXO Y TEMPERAMENTO. Ed Paidós Buenos Aires 1961.

<sup>22</sup> Langer Maria: MATERNIDAD Y SEXO. Ed. Paidós 2º edición 1964. Pp.89-102



## LA DESFLORACIÓN

La experiencia de la desfloración se produce entre la mujer y un compañero, pero en esta elección de pareja influyeron muchos factores inconscientes de ambos y en la pareja encontrarán una pantalla para proyectar factores e imágenes inconscientes idealizadas u horribles. Además, la decisión de la mujer contiene ya aunque lo excluya conscientemente, la promesa o amenaza de su futura maternidad.

En culturas primitivas, la desfloración es un acontecimiento que, al igual que la menstruación, es rodeado de múltiples tabúes y ceremonias. Aun cuando se esté alejado de las sociedades primitivas en la sociedad occidental, se siguen con ritos para la desfloración como es el matrimonio, en presencia de un público, el cual sigue también unos ritos simbólicos, como es el vestido blanco que simboliza la virginidad.

La idea de la sangre está ligada a la violencia, hostilidad y crimen. Haberla vertido despierta sentimientos de culpa y de temor a la hostilidad de la víctima. Por otra parte, este temor estaría justificado. La joven esposa sentiría, efectivamente rencor contra su marido por haberle infligido una injuria narcisista, destruyéndole un órgano: el himen. Así mismo las mujeres que rechazan su femineidad y envidian al hombre la posesión del pene, odian a quienes las obligan a renunciar a sus fantasías varoniles y a reconocerse mujeres. En este plano, la desfloración significaría al igual que la menarquia, la castración de pene ilusorio. Por lo que ambas pueden desencadenar angustias profundas y con ello estados patológicos y al hombre le representa explorar una selva virgen y exponerse a peligros desconocidos.

A medida que el tabú de la virginidad ha dejado su trono de importancia, la mujer ha podido vivir su sexualidad con menos angustia.

TESIS CON  
FALTA DE CARGEN

Marie Langer (1951) cita a Sandor Lorand, en su artículo de frigidez, donde sostiene que, en el fondo, la incapacidad orgásmica de la mujer proviene de su fijación a experiencias penosas de su lactancia. Durante los primeros años de la vida donde el ser humano forma la base para su actitud ulterior frente a las demás personas. La experiencia del coito trae de vuelta una intimidad y unión perdida mucho tiempo atrás, y perteneciente a esta época. El feto dentro de la madre, forma un solo ser con ella. Esta unión que se rompe bruscamente durante el nacimiento, es restablecida en parte por la lactancia. Si la primera relación madre-hija, fue satisfactoria, si la penetración del seno en la boca de la lactante significó una experiencia feliz para la niña, esta experiencia durante el curso de la infancia no fue anulada por un cumulo de acontecimientos penosos, de adulta no tendrá causas para vivir la penetración de su amado como un acto sádico y humillante. Su vagina aceptará el esperma con tanto goce como aceptó su boca la leche de su madre.

Pero justamente esta analogía de situaciones y revivencia de sentimientos y sensaciones tempranas despierta también las ansiedades experimentadas entonces. Si la niña en sus fantasías infantiles atacó los pechos de la madre violentamente, sea por frustraciones o por envidia, temerá más tarde la penetración de un órgano que su inconsciente equiparará con el pecho. Si la niña atacó intensamente, por sus celos violentos a la unión sexual de los padres y al pene paterno, más tarde sentirá este órgano cargado con su propia hostilidad como arma peligrosa. Temerá su contraataque en la relación sexual y se defenderá contra ésta, y la entrega implícita con una actitud masculina o masoquista, y si cree que sus ataques celosos a la pareja fueron exitosos porque ve a una madre desgraciada y destruida que se queja y sufre su sexualidad y su destino de mujer, tendrá temor de correr la misma suerte. Podrá ocurrir entonces, como describe Helene Deutsch (1947), que las fantasías eróticas de la mujer tengan tal carácter autodestructivo que su yo, sometido totalmente al temor por su



integridad física, la llevará a evitar la vida sexual y todo su destino femenino con supuestos peligros.<sup>23</sup>

Si sus ansiedades son menos intensas, buscará, cuando llegue a elegir pareja, a un compañero tímido y poco potente para protegerse contra la entrega temida. Aun así, si ésta se volvió peligrosa, se defenderá contra ella de distintas maneras, con una fobia a la desfloración.

Ocurre en estos casos que la mujer virgen ama a su compañero y, conscientemente, está dispuesta a entregarse a él. Aun siendo soltera, vence por amor sus dudas morales y el temor a la sociedad. Se decide a quedar a solas con su amante en un ambiente que le permita la realización de coito sin ser molestados por nadie, va para entregarse, pero al último momento retrocede.

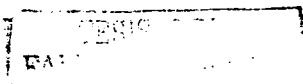
Como se ha visto, la desfloración se vivirá con base a los primeros años de vida y como los padres permitieron el desarrollo de la mujer; no se debe dejar afuera a la sociedad en que la mujer se encuentra, ya que ésta también marcará la pauta de como se debe vivir este hecho. A medida que la mujer vaya cobrando libertad con conocimiento de lo que es su cuerpo, vivirá el acto como natural, y sabrá que su valor no depende de su virginidad, pero esto tiene que ser enfrentado con responsabilidad, ya sea por el probable embarazo (hacerse consciente de sí lo desea en ese momento o no y tomar las medidas para cualquiera de las dos cosas), así como por las enfermedades sexuales a las que se enfrenta.

## **EMBARAZO Y PARTO**

El embarazo y el parto constituyen un episodio normal de la vida procreativa de la mujer. Debido a los estudios antropológicos de Margaret Mead (1961), tomando como referencias comparativas diferentes sociedades, llega a la

---

<sup>23</sup> Deutsch, Helene.: LA PSICOLOGIA DE LA MUJER. Ed Losada, Buenos Aires, 1947



conclusión de que cada una de éstas tiene sus preconceptos frente a las funciones procreativas de la mujer, a los cuales la mayoría de las mujeres está adaptada. Por ejemplo, en sociedades donde se considera que el embarazo está acompañado de náusea y el parto lleno de peligros, la mayoría de las mujeres embarazadas sufre de estas náuseas y tiene partos difíciles, mientras que en otras culturas transcurre sin mayores incidentes.<sup>24</sup>

El embarazo y sus vicisitudes se destaca como uno de los eventos más importantes en la vida de la mujer, donde se llevan a cabo una serie de movimientos y reajustes biológicos y psíquicos, cronológicamente ordenados, que dan lugar a la creación de un nuevo ser; durante el proceso, ocurre un complejo interjuego de interacciones que van desde la preocupación en la mente de la madre hasta el nacimiento psicológico del niño.

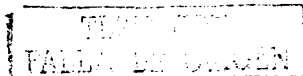
A pesar de su trascendencia, la gestación no fue motivo de estudio de los primeros psicoanalistas, preocupados más por problemas psicopatológicos que por las fases de desarrollo, y fue hasta que los nuevos conocimientos sobre el desarrollo del niño dieron como resultado hallazgos importantes sobre el funcionamiento psicológico del ser humano y dirigieron la atención hacia otros períodos por los que transita el sujeto desde que nace hasta que muere.

Durante la gestación, el acontecimiento más estresante suele ser el propio embarazo, sin olvidar la importancia de saber si se trata del primer embarazo o si ya ha tenido otros; no existen estudios sistemáticos acerca de las diferencias psicobiológicas entre las primigrávidas y multigrávidas así como de las diferencias desde el punto de vista social.

Shereshefsky y Yarrow, (1973) hacen una clasificación de las mujeres embarazadas, tomando en cuenta el número de embarazos.<sup>25</sup>

<sup>24</sup> Mead Margaret. SEXO Y TEMPERAMENTO. Ed Paidós Buenos Aires 1961.

<sup>25</sup> Cit por Salvaterra Vicente. PSICOLOGIA DEL EMBARAZO Y SUS TRASTORNOS Ed Martínez Roca Barcelona España 1989





El primer embarazo tiene el carácter de un evento único, al que se enfrenta la mujer sin experiencia personal alguna.

b) El segundo y tercer embarazo, que habitualmente representan una sobre carga biológica y social moderada.

c) Desde el cuarto embarazo en adelante: La multiparidad elevada, conlleva a una sobrecarga severa.

La gestación; sea o no la primera, tiene dos características a las que Lazarus y Folkman (1984) conceden importancia para que un acontecimiento pueda ser estresante:

**La ambigüedad.-** La actitud de la mujer es ambivalente: Desea y rechaza el embarazo

**La inminencia.-** Un embarazo aparece de forma insidiosa, con señales dudosas, e inicialmente su evolución futura es problemática. Ob. Cit.

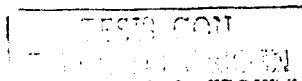
Judith Bardwick (1972) citada por Salvatierra afirma textualmente *"cuando entrevisto a jóvenes embarazadas me quedo sorprendida e impresionada por la ambivalencia que sienten al embarazo como tal. Una observa, algunas veces, terror, pánico hacia los cambios corporales y oye describir al feto como un parásito: la mayoría describen al embarazo como un período que debe ser tolerado, algo que requiere atención. Los términos usados generalmente son muy negativos, y muchas veces ambivalentes, rara vez positivos. Y esto aunque no se trate de pacientes que busquen ayuda médica"* Ob. Cit.

Caplan (1957), afirma que cerca del 80% de las Primigravíadas admiten sentimientos de frustración y ansiedad cuando supieron que estaban embarazadas. La ambivalencia ante la primera noticia y en el curso del primer trimestre es muy común, incluso en los casos de embarazos deseados. Ob. Cit.

La gestación anuncia la inminencia de nuevos acontecimientos, que suceden a lo largo de la misma hasta terminar en el parto y en el nacimiento del hijo. Una gestación suele conllevar pequeñas exigencias y molestias que originan estrés por sí mismos, algunos ejemplos claros de esto son los trastornos de náusea, vértigo, cambios de apetito, los cuales pueden causar inquietud. El mismo aumento de peso y deformación corporal que simultáneamente se vive con amenaza de daño, incluso de muerte, con seguridad de dolor, no sólo para la mujer sino también para el feto son los causantes de estrés. También Caplan afirma que el embarazo no es necesariamente una "crisis", sino de una "susceptibilidad aumentada a crisis". Realmente, el período de gestación es relativamente prolongado, y las "crisis" o los stresses se suceden a lo largo del mismo, siendo que cada trimestre del embarazo tiene sus propias tareas psicosociales.

**PRIMER TRIMESTRE:** Es probablemente el más importante, ya que la mujer debe aceptar la *impregnación*, incorporando la parte sexual como parte de sí misma (Bibring, 1979). Los cambios biológicos estimulan la regresión, produciéndose lo que la corriente psicoanalítica llama "*proceso narcisista de concentración libidinal del Yo*", y que equivale a la concienciación de sus sentimientos latentes de origen infantil y a la adopción de conductas de control: la reactivación de las relaciones con la madre se produce ya en ese trimestre (cit. por Salvatierra. Chertok, 1969).

**SEGUNDO TRIMESTRE:** Es la época en la que el feto comienza a dar señales a través de movimientos activos percibidos directamente por la madre: La mujer debe incorporar afectivamente ese feto como parte de sí misma (*binding-in*, en términos anglosajones), lo que inicialmente es una identificación y paulatinamente, un "hacerse amiga" de él.



**TERCER TRIMESTRE:** La madre debe prepararse para el parto asegurando el pasaje del niño al mundo exterior sin peligro para ninguno de los dos; es un tiempo de fantasías intensamente dirigidas a la caracterización del próximo hijo con rasgos físicos y psíquicos que lo singularizan como "otro" distinto a la madre, y posibilitarán la separación.

Bibring (1959). Fundamentándose en estudios psicoanalíticamente orientados de gestantes seguidas longitudinalmente mediante entrevistas y test, destaca el carácter de la gestación como crisis psicológica, un período de desequilibrio fisiológico y psicológico agudo que induce el crecimiento y maduración de la mujer. El aspecto de maduración es fácil de comprender si se considera, como el cumplimiento de la tarea de desarrollo psicosocial correspondiente: Pero simultáneamente con la maduración, la mujer gestante experimenta una regresión a sus etapas tempranas de desarrollo y conducta (cit. por Salvatierra. Heiman, 1965).

La regresión es parte normal y regular del embarazo y, en cierto sentido, desempeña una función de adaptación. La experiencia del embarazo hace aflorar los conflictos del desarrollo infantil y puberal, especialmente los problemas relacionados con la madre.

El modelo que la embarazada tiene ante sí es el de su propia madre. La gestación "es la preparación para la maternidad que incluye la repetición y la reactivación de los conflictos tempranos de la mujer con su propia madre" (Heiman, 1965). "La gestante debe admitir, rechazar o modificar el modelo materno, y debe hacerlo en un tiempo relativamente corto." (cit. por Salvatierra. Heiman, 1965).

TESIS CON  
SELLA DE ORIGEN

### **1.3 LA MATERNIDAD COMO EVOLUCIÓN SEXUAL Y PSICOLÓGICA DE LA MUJER**

El nacimiento de una madre surge gradualmente a través del trabajo acumulativo de los meses que preceden y siguen al nacimiento físico del bebé; la maternidad es una experiencia de desarrollo<sup>26</sup>.

La escuela Vienesa sostiene que las mujeres tienen un deseo instintivo profundo de dar a luz y criar a sus infantes, que de este modo reemplazarán a sus propias madres, y que sus bebés son el sustituto del pene que nunca tendrán.

La maternidad implica ejecutar las funciones necesarias para sostener la vida y la educación de un ser, nombrado como hijo, la cual puede ser desarrollado en algunos casos por familiares, o al adoptar un hijo.

Es un "trabajo" de amor total ante el desvalimiento del recién nacido, ésta primera, es necesaria para que sobreviva el niño.

No se debe olvidar que muchas madres cumplen el mandato social de cuidar a sus hijos sin lograrlo. El amor obligatorio disfraza impulsos hostiles, impaciencias e inconfesados de no haber procreado a ese ser. Por otro lado exigir un amor exento de ambivalencias patógenas por parte de los padres es exigir un alto nivel de salud mental, esto es difícil por los traumas transgeneracionales.<sup>27</sup>

La imagen de la maternidad ha sido reproducida en múltiples pinturas y esculturas. Una mujer con su cría en actitud de profundo amor. Personifica la ternura, el afecto positivo, un ideal de bienaventuranza. Algunos afirman que la maternidad es el trabajo que perpetua la especie. Al hombre le esta dado el

<sup>26</sup> Stern Daniel y Bruchweiler-Stern Nadia.: EL NACIMIENTO DE UNA MADRE. Ed Paidós 1999

<sup>27</sup> Alzade Alcira Mariam.: LA MUJER SOLA(Ensayo Sobre La Dama Andante En Occidente)Ed Lumen 1998

trabajo de acompañar a la futura madre, transmitir al hijo la protección materna y las funciones masculinas organizadoras del psiquismo

Algunos autores, entre ellos Chodorow (1978), afirman que el deseo de ser madre emerge en las mujeres debido a los acondicionamientos culturales y a fuerzas deseantes que se ponen en movimiento desde sus intimidades.<sup>28</sup>

No basta con que la mujer se embarace, la maternidad debe ser asumida como tal. El hijo sorpresa, no esperado, plantea con frecuencia la alternativa de aborto, el hijo que no llega plantea la alternativa de adopción. Es fundamental un embarazo deseado y planificado.

No se debe olvidar la importancia del apoyo que requieren las madres, ya que en algunos momentos las teorías marcan a las madres, y ellas deben tener embarazos felices, partos modelos y lactancias naturales, sin conflictos; y si uno de sus hijos se psicotiza, el dictamen es taxativo: Mala madre, pero se olvida que frecuentemente son madres, solas, enfermas; madres niñas en muchos casos, y que también existen madres sustitutas; deben ser apoyadas por los padres y la sociedad, y no dejar solas a las madres encubriendo con ello sus sentimientos hostiles en contra de las mujeres, puesto que ante todo son mujeres que también se cansan, se enojan, y son mujeres que ciertamente y ante todo tiene la libertad de desear ser o no ser madre y no por ello dejar de tener un valor.

#### 1.4 LA MUJER ANTE SU INSTINTO MATERNAL.

Esto enfrenta a las preguntas: ¿Qué causas provocan que una mujer no deseé transitar la maternidad? ¿Reconocimiento de limitaciones psíquica, egoísmo, miedo a los aconteceres corporales, inhibición, rechazo a la crianza, temor a la pérdida de la libertad, etc.?

<sup>28</sup> Chodorow N. EL EJERCICIO DE LA MATERNIDAD 1978



Hay muchos motivos, manifiestos y latentes, pero sobre todo no se debe olvidar que la persona es libre, de decidir al respecto. Muchas malas maternidades (entendiéndose por tales las maternidades forzadas, con deberes impuestos, sin excesiva devoción ni placer) se deben a la obediencia de las mujeres al imperativo social o al apremio de la pareja.<sup>29</sup>

Una mujer sana, en general, desea tener un hijo y llevará a cabo las tareas de la maternidad. Lo mismo vale para un hombre sano y su paternidad: en todo ser humano existe un límite para el despliegue de sus potencialidades, las enfermedades mentales, las inhibiciones y los miedos frenan muchas virtualidades que permanecen latentes o dormidas.(Alizade. M. ob. cit)

¿No sería saludable que hombres y mujeres, desde la adolescencia, participaran en grupos donde se reflexionara sobre la responsabilidad de tener hijos?

En ese caso lo que parecería fruto de la neurosis o de una conducta extraña, (no tenerlos) sería una sabia medida preventiva social.

Es conveniente reflexionar sobre la maternidad irreflexiva, maternidades en malas condiciones (madres solas, inmaduras, embarazó rechazado, abortos traumáticos)

Se requiere cierta dosis de valentía por parte de una mujer para confesarse a si misma y al medio social que no desea tener hijos, que le delega ese trabajo a otras mujeres o que no se siente apta para esa función. La mujer, al sostener esta decisión plantea automáticamente su derecho a la libertad de procrear o no.

---

<sup>29</sup> Alizade Alcira Manam.: LA MUJER SOLA(Ensayo Sobre La Dama Andante En Occidente)Ed Lumen 1998



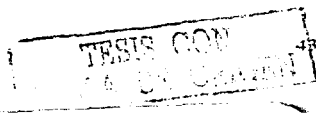
Suele engañarse a sí misma para no aceptar este deseo. Se escuda en el hecho de que no encuentra marido, o que no queda embarazada. Estos pretextos evitan que se personifique una figura transgresora en el imaginario social.

Alcira Alizade(1998) afirma: *Cuando la mujer tiene un hijo por mandato, su maternidad le suele resultar pesada. Se embaraza por sometimiento, sin genuino deseo. Resignada, acepta el inevitable acontecimiento: El hijo neurotiza y tiraniza a la madre, exigiéndole una obligación de amor que ella le da con mucha dificultad, y ella, a su vez, se afana en una tarea que no le procura placer. La crianza cansa: Es una madre a la fuerza, y las convenciones la obligan a sonreír, cuando quisiera gritar.*<sup>30</sup>

*Afortunadamente sé esta permitiendo poco a poco la libertad social de expresar ese deseo de no ser madres y sustraerse de la presión social.*

Marie Langer afirma. "Si una persona ha decidido ser madre no debería olvidar: Si queremos educar hijas sanas y contentas con su sexo, debemos asegurarles, en todo lo posible un comienzo de vida, es decir, una lactancia feliz. Si la madre no puede dar todo el calor, cariño y la leche necesaria a su pequeña hija- aunque sea con mamadera- adaptándose a su ritmo y a sus necesidades particulares, ésta sufrirá más tarde las consecuencias psicológicas que estas frustraciones tempranas desencadenan en ella. Al mamar el lactante, este espera la satisfacción de una necesidad vital, en plena dependencia de su madre. Si la niña hambrienta recibe la leche deseada necesaria, sin tener que esperar mucho ni forzar a su madre con sus gritos de rabia impotente a que le dé lo que pide, si puede tomarla apoyada contra un cuerpo cálido, sostenida con cariñosa firmeza por sus brazos seguros, habrá hecho muy importante para su vida que quedara

<sup>30</sup> Alizade Alcira Mariam.: LA MUJER SOLA(Ensayo Sobre La Dama Andante En Occidente)Ed Lumen 1998 Pp. 177-179



fijado en su inconsciente. Esta experiencia le servirá de modelo para sus vínculos personales y con el mundo: teñirá su amor por el padre, y más adelante, le permitirá entregarse confiadamente a su compañero sexual para repetir en un nivel más evolucionado, las experiencias felices de su primera infancia. Por otra parte, habrá aprendido también, por propia experiencia, el valor de una actividad adecuada, desarrollada por su madre para satisfacerla. Cuando más tarde a ella se le exija actividad, sabrá como desempeñarse, identificándose con una buena madre y activa.<sup>31</sup>

### Donald Winnicott<sup>32</sup>

Este autor describe como es que una madre va organizando su ser a ser madre, a lo cual el le llama la "preocupación maternal" que facilitará a la madre la capacidad de entender las necesidades del niño.

"La cual gradualmente se desarrolla y se convierte en un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente al final del mismo:

Dura unas cuantas semanas después del nacimiento del pequeño.

No es fácilmente recordado por la madre una vez que se ha recobrado del mismo

Iria aun más lejos yo diría; que el recuerdo que de este estado conservan las madres tienden en a ser reprimido.

Este estado organizado (que sería una enfermedad sino fuera por el hecho del embarazo) podría compararse con un estado de replegamiento o de disociación o con una fuga incluso a un trastorno más profundo, como por ejemplo un episodio esquizoide, en el cual algún aspecto de la personalidad haga temporalmente dominante. La madre debe ser capaz de alcanzar este estado

<sup>31</sup> Marie Langer Op cit p 232

<sup>32</sup> Winnicott D Escritos de psiquiatría y psicoanálisis Ed. Paidós





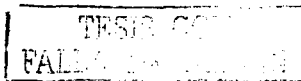
dominante de sensibilidad exaltada, casi de enfermedad, y recobrase luego del mismo (utiliza la palabra enfermedad, porque una mujer debe de estar sana, tanto para alcanzar este estado, como para recobrase de él cuando el niño la libera: si el pequeño muriese, el estado de la madre se manifestaría repentinamente en forma de enfermedad. La madre corre ese riesgo.)

Ciertamente hay muchas mujeres que son buenas madres en todos los demás aspectos y que son capaces de llevar una vida rica y fructífera pero no pueden alcanzar esta "enfermedad normal" que les permite adaptarse delicada y sensiblemente a las necesidades del pequeño en el comlenzo, o bien lo consiguen con uno de sus hijos pero no con los demás. Tales mujeres son capaces de preocuparse de su propio pequeño con exclusión de otros intereses, de forma normal y temporal. Puede suponerse que en algunas de estas personas se produce una "huida hacia la cordura".

Cuando una mujer tiene una fuerte identificación masculina, se encuentra con que le es muy difícil cumplir con esta parte de su función materna, y la envidia reprimida del pene deja poco espacio para la preocupación maternal primaria.

Pero si una madre es lo "suficientemente buena", Después de la concepción la mujer comienza a modificar su orientación, y a preocuparse por los cambios que tienen lugar dentro de ella. La madre desvía hacia el bebe que crece dentro de ella una parte de su sentido del self. Las madres se identifican con el bebe que crece dentro de ellas y llegan a tener una sensación muy intensa de las necesidades de la criatura. Se trata de una identificación proyectiva, esta identificación dura un cierto tiempo después del parto, y continuación va perdiendo gradualmente su importancia. La madre sin distorsiones en este aspecto esta preparada para abandonar su identificación con el infante cuando este necesita separarse.

Hay una psicopatología de esos cambios de orientación, y los extremos de anormalidad son la preocupación de quienes estudian la psicología de locura puerperal.



Las madres no distorsionadas por la mala salud o la tensión ambiental del día tienden en general a conocer con bastante exactitud lo que necesitan sus infantes, y además les gusta satisfacer esas necesidades. Esta es la esencia del cuidado materno. Con el "cuidado que recibe de su madre", cada infante esta en condiciones de tener una existencia personal es decir, comenzar a establecer lo que podría denominarse "una continuidad de ser". Sobre la base de esta continuidad de ser, se desarrolla gradualmente el potencial heredado, hasta constituir al infante individual. Si el cuidado materno no es lo suficientemente bueno, el infante no llega a entrar en la existencia, puesto que no hay continuidad de ser; en lugar de ello, la personalidad se establece sobre la base de reacciones a la intrusión ambiental.

En resumen, el instinto maternal según afirman la mayoría de los autores (as), es o se vive con base a cómo la mujer vive su rol, y si ella está de acuerdo con él, si una mujer en sus primeros años de vida observa que esto es una carga, entonces, no desea vivir ese acto, pero si la mujer reconoce la maternidad como un hecho que complementa su vida, en donde comparte un espacio psicológico para ese ser, entonces no tendrá problemas al enfrentarse a la maternidad, como quiera que sea lo que es tangible, es que un embarazo no deseado, generalmente trae consigo, un hijo que es un "aborto de la sociedad", que no tiene un espacio e identidad psicológica "sana". Por lo que es preferible que a la mujer se le dé la libertad de tener un hijo o no, y con ello evitar dos o más seres infelices.

René Spitz(1954) afirma con respecto a la maternidad: Que los padres y los niños deben disfrutarse mutuamente, como la importancia de no olvidar que las relaciones entre madre e hijo implican dos individuos diferentes por completo, y que aquello que satisface a la madre, es totalmente diferente de lo que satisface al infante, y estas relaciones son diferentes a cualquier otra, de hecho ese bebé estuvo dentro de ella y fue parte de su cuerpo: el feto estaba investido con la catexia narcisista, que generalmente se reserva para el propio cuerpo, pero



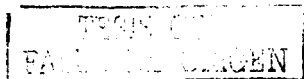
cuando a través del parto el recién nacido se convierte en algo separado de ella, siendo este un proceso gradual, por lo que durante un largo tiempo, todos los logros del niño, serán sus propios logros, y todos los defectos del infante su propio fracaso<sup>33</sup>.

Tomando en cuenta las reflexiones de Spitz, se incita a reflexionar nuevamente en el tema de la presente investigación, donde se compara el autoconcepto, ya que induce a la pregunta ¿Es cierto que los defectos de los hijos, las madres los viven como un fracaso? y siendo así ¿Qué tanto cambia su autoconcepto, en comparación con una madre donde su hijo, suele tener más parecido a su hijo imaginario, al que se enfrentó durante gran parte del embarazo?, La mayoría de los autores(as) que tratan a la maternidad, llegan a la conclusión de la importancia que tiene el que una mujer deseé el hijo, más allá de planearlo, para poder darle un espacio psicológico y vital propio.

En el siguiente capítulo se tratará todo lo que conlleva la maternidad para la mujer, desde lo físico hasta lo social, pasando por sus emociones, para comprender lo anterior, con mayor información.

---

<sup>33</sup> René A. Spitz. EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO  
Decimocuarta Reimpresión 1992 P 153



CAPITULO SEGUNDO  
EMBARAZO, PARTO Y LACTANCIA



TESIS CON  
FALTA DE...  
1

27A

## CAPITULO SEGUNDO

### EMBARAZO PARTO Y LACTANCIA

#### 2.1 EMOCIONES DURANTE EL EMBARAZO

Cuando la mujer se sabe embarazada atraviesa por múltiples cambios ya sean sociales, de pareja y hasta de la relación con su madre, pues **pasa de ser hija a madre**; ella siempre ha sido hija de su madre, y esta relación, buena o mala, siempre ha estado cerca del centro de su identidad, cuando se tiene un hijo se comienza una identificación más con la madre que con la hija. Su vida como la hija de alguien se convierte en pasado, de la misma manera que su futuro como madre empieza, y puede experimentarse sensaciones de profunda pérdida como de ganancia, generando sentimientos ambivalentes; la mujer ahora también tiene que pensar si seguirá trabajando o ejerciendo su profesión.<sup>34</sup>

Muchas nuevas madres se vuelven curiosas por sus propias madres y es probable que quiera saber más acerca de como era su madre unos años atrás, de cuando se convirtió en madre. La forma de ver a su marido también cambia, y suelen verse más interesadas en saber como será su pareja como padre, esto puede ser consciente o inconscientemente. ( Stern y Bruchweiler-Stern Nadia1999)

No se debe pasar por alto la formación de nuevos triángulos y que cada ser humano es resultado de triángulos anteriores, formadores de la personalidad. Ahora comienza la formación de un nuevo triángulo donde formará parte el nuevo bebé <sup>35</sup>

De alguna manera, durante el embarazo existen tres embarazos que se van produciendo simultáneamente, el feto físico (que el cuerpo se encarga de la

<sup>34</sup> Stern Daniel y Bruchweiler-Stern Nadia.: EL NACIMIENTO DE UNA MADRE. Ed Paidós 1999

formación física del feto), la actitud de la maternidad que se desarrolla en la psique y el bebé imaginario (que va tomando forma en mente)<sup>36</sup>

Se crean dudas tales como: ¿Quién es este bebé? ¿Cómo funcionaré como madre?, ¿Qué ocurrirá con mi matrimonio, con mi profesión y con mi familia y amigos? Y de una forma más angustiante: ¿Cómo me irá en el parto?, ¿Mi hijo nacerá sano?. Todas estas preguntas van apareciendo de manera gradual (Stern Daniel 1999).

A menudo los temas se van trabajando de una forma subliminal, entrando y saliendo en sus ensoñaciones, sueños nocturnos, o "pesadillas" (Stern Daniel 1999).

Algunas madres insisten en que ellas no se imaginan a su bebé, pero incluso cuando se escoge un nombre, en dicho proceso proyectan su deseo en tener un cierto tipo de niño. Un nombre puede indicar la "lealtad" hacia la familia y respeto hacia la cultura étnica, a la que se pertenece, o incluso el deseo de romper con una tradición. Indica que tipo de personalidad se admira o se desea secretamente para el bebé (Stern Daniel 1999).

Este proceso imaginario de escoger el nombre, puede ser una etapa mental, en la que se puede "inventar" y poner de manifiesto los diferentes resultados y soluciones a fantasías conscientes e inconscientes.

Muchos estudiosos afirman que el embarazo pasa por varios periodos que van con los trimestres de embarazo: durante el primer trimestre las mujeres suelen comenzar la aceptación de su embarazo, pero presentan constantes dudas acerca de la existencia del mismo y de la posibilidad de lograr superar esta etapa, en donde se corren riesgos de aborto, en el segundo trimestre se comienza con la percepción de los primeros movimientos fetales, la observación del producto en ecografías rutinarias, el sonido del latir del corazón y se comienza con imaginar las características físicas y psicológicas del próximo bebé, en el último trimestre pero sobretodo en el octavo y noveno mes se comienza a dar lugar a que ese ser,

<sup>36</sup> Vives Juan y Lartigue Teresa. MANUAL DE PSICOTERAPIA BREVE DURANTE EL EMBARZO Y LA LACTANCIA. Ed UIA. 1994

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tenga sus características individuales, y no las de los padres, abuelos y conocidos. En ese momento, el bebé imaginario se desvanece poco a poco y comienza a dar cabida al bebé real, esto tiene un profundo significado, ya que durante el parto el bebé real y el bebé imaginario se encuentren por primera vez, y la madre no podría tolerar que exista demasiada diferencia entre ambos. Debe proteger al bebé real y a ella misma de una excesiva discrepancia entre las expectativas que ha creado en su mente referente al sexo, forma, color, o temperamento- y su bebé real; Sin embargo, el bebé imaginado no desaparece por completo.<sup>37</sup>

## 2.2 MIEDOS DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO.

### LA AMENAZA: PREOCUPACIONES Y TEMORES.

Es natural que las mujeres conozcan las probabilidades de desviación de la normalidad, de peligro y de daño, para ellas mismas y qué será de su hijo durante la gestación y el parto. Aunque ese conocimiento es incompleto, la mayoría de las embarazadas manifiestan ciertas preocupaciones: hasta que punto puede llamarse a la expresión de estas preocupaciones miedos o ansiedad, es muy dudosa.<sup>38</sup>

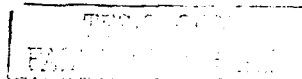
En un estudio realizado por Klein y Colaboradores en (1950) sobre 27 primigravíadas de bajo nivel social, con problemas económicos y de vivienda, derivados de la segunda guerra mundial, a través de detenidas entrevistas, revelaron una serie de temores, evidentemente conscientes que los autores asimilaron a ansiedad y que puede dividirse en dos grupos (cit. por Salvatierra):<sup>39</sup>

**TEMOR POR ELLA MISMA.-** Incluyen preocupaciones por la salud y complicaciones durante el embarazo y parto, miedo al dolor y a la muerte. Se

<sup>37</sup> Vives Juan y Lartigue Teresa. GUÍA PARA LA DETECCIÓN DE ALTERACIONES EN LA FORMACIÓN DEL VÍNCULO MATERNO-INFANTIL DURANTE EL EMBARAZO. Ed UIA. 1994

<sup>38</sup> Cristofer Macy y Frank Falkner. EMBARAZO Y NACIMIENTO. PROBLEMAS Y PLACERES. Ed Harla Harper & Row Latinoamérica S.A. de C.V. la psicología y tú 1980

<sup>39</sup> Cristofer Macy y Frank Falkner. Ob Cit



añaden preocupaciones económicas, por la vivienda y el hospital. Había inquietud ante posibles circunstancias desfavorables en la atención del parto. Y les preocupaba la marcha de las relaciones maritales.

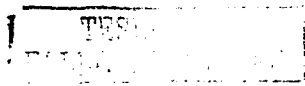
**TEMOR POR EL HIJO.-** Incluyen el miedo al aborto, a la malformación congénita a la injuria por los movimientos, trabajos y esfuerzos maternos, a la muerte intrauterina, etc. Hay preocupación por si se trata de embarazo gemelar o múltiple, y también acerca de la normalidad mental del niño.

La importancia de los prejuicios y mitos fue resaltada por Klein (1950) y su equipo. En la preocupación por influencias prenatales, misteriosas o mágicas, o en el temor a una mala herencia. Muchos miedos se deben a tradiciones culturales, sin base objetiva desde el punto de vista científico.

La lista de preocupaciones de las mujeres occidentales comprende temores que rebasan el simple marco del daño físico. Como ejemplo orientativo, está la investigación de Light y Fester (1974), en una serie de 202 gestantes (92 primigrávidas y 109 multigrávidas) blancas, de clase media, habitantes del medio oeste estadounidense. Se utilizó un cuestionario de 60 ítems correspondientes a 10 áreas o categorías, revisando preocupaciones capaces de causar "intranquilidad mental" (cit. por Salvatierra 1989).

Siendo los resultados de los casos, en porcentajes, los siguientes:

Los temores más frecuentes se refieren a la salud y normalidad del niño, seguida por las referentes al posible deterioro físico por el embarazo, parto y lactancia, y en tercer lugar por como evitar un nuevo embarazo. Existiendo diferencias notables entre las pri- y multigrávidas y mujeres con un nivel educativo más bajo mostraron más preocupaciones, con predilección acerca de la salud del niño, sobre el curso del embarazo y su asistencia. En multigrávidas hubo, de forma estadísticamente significativa una preocupación especial por los problemas de la atención a la familia y por la futura contracepción. (Cit. por Salvatierra 1989)





Está claro que la embarazada no está preocupada solamente por los aspectos físicos o biológicos inherentes a la gestación y el parto, o por la tarea maternal que se le viene encima, sino también por una serie de problemas colaterales, y de tipo individual, o social en cierta forma relacionados con el sexo y la reproducción, pero que son realmente estresores externos al mismo embarazo.

<b>Preocupaciones más frecuentes expresadas por embarazadas (Light y Fester 1974)(Cit. por Salvatierra 1989)</b>	<b>% casos</b>
SALUD Y NORMALIDAD DEL NIÑO	87.5
CONDICION DEL RECIÉN NACIDO EN EL MOMENTO DEL PARTO	73.8
CONTRACCIÓN DESPUES DEL PARTO	51.1
PERDIDA DE ATRACTIVO FISICO	51.5
PROBLEMAS FINANCIEROS (COSTO DE MEDICOS HOSPITALES)	47.2
CUIDADO MEDICO EN EL PARTO, ESPECIALMENTE EL TIPO DE ANESTESIA	43.2
SOBRE EL MEDICO: CAPACIDAD DE SEGUIR LA DIETA Y OTRAS PRESCRIPCIONES	33.2
PROBLEMAS FAMILIARES (REACCION DEL MARIDO ANTE EL EMBARAZO)	31.4
EFFECTOS DE LA MEDICINA SOBRE EL FETO Y DE LA CONTRACCIÓN ANTERIOR	29.6
DEFECTOS HEREDITARIOS DEL NIÑO	25.8

No 202 casos

Leifer (1977). encontró que pocas mujeres permanecen consistentemente tranquilas a lo largo del embarazo, observó que las gestantes con gran deseo de hijo, muy ligadas emocionalmente al feto, tienden a enfocar su ansiedad sobre el niño, mientras las que no tienen gran deseo, con una ligazón moderada, expresan ansiedad en general sobre ellas mismas, este hallazgo no está confirmado por otros estudios, que encuentran más tensión cuando el hijo – y el embarazo – no es deseado (Cit por Salvatierra 1989).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ESTRESORES EXTERNOS AL EMBARAZO

La mujer embarazada no se enfrenta sólo al acontecimiento de preñez y a la amenaza del parto, sino a una serie de sucesos externos que pueden modificar o exacerbar el estrés del proceso: El enfoque de la gestación como crisis de maduración y amenaza biosocial en sí misma es muy restringido e individualista, y dejan fuera la consideración de una serie de cuestiones sociales a las que se enfrentan las mujeres, en la cultura occidental, que actúa como fuente adicional de estrés<sup>40</sup>.

Según afirma Andersen (1984), en los papeles sociales de la pareja y los efectos estresantes de la minusvaloración del papel de la mujer, ésta alineada, confinada o prisionera (Oakley 1980); asemejándose mucho a lo que se vive en México debido, a que es la mujer la que, a pesar de que ahora tiene que ayudar con los gastos de la familia en la clase socioeconómica más baja, sigue siendo una obligación única de ésta el encargarse de los hijos (cit. por Salvatierra 1989).

En la clase social media y alta esto ha cambiado y ahora el padre entra en la educación y el cuidado de la casa, esto también tiene un precio ya que se hace necesario la aportación de la mujer para mantener los gastos, y esto genera que la mujer se preocupe por la pérdida del trabajo, que es muy frecuente, ya que se vive para muchos empresarios como una pérdida; tal es el caso que en la mayoría de los trabajos le piden a la mujer como requisito para ser contratada la prueba de no embarazo. Por lo tanto la siguiente escala de fuentes de estrés externa es útil para la presente investigación:

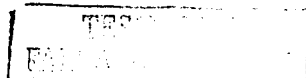
Problemas de la salud de la propia mujer o de las personas que están a su cargo (padres, marido, hijos, etc.)

Circunstancias de trabajo y empleo

Condiciones de vida incluyendo la vivienda

Constelación familiar en torno y posibilidades de ayuda doméstica y Relaciones con el marido

<sup>40</sup> Dix Carol.: EL SINDROME DE LA MADRE NUEVA. Ed Sudamérica. 3ª edición. 1996.



#### Funcionamiento del sistema de atención médica.

En general, la frecuencia de estrés con relación a los apartados anteriores es mayor en la clase económicamente inferior. Es sabido que los disturbios reproductores de toda índole ocurren en mayor número en mujeres de clase baja (Illsley, 1967.) En parte se debe a deficiencias nutritivas y otras carencias, pero también a un patrón de sucesos traumáticos recurrentes característicos de la vida de clases inferiores (Cit. por Salvatierra 1989).

Todos los estudios que se mencionan en este apartado están basados en investigaciones extranjeras y se tomaron en cuenta debido a que tienen similitud con los problemas que actualmente enfrenta México.

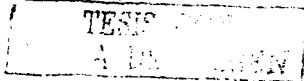
#### EVALUACIÓN COGNITIVA DEL EMBARAZO

Es imposible analizar una por una las influencias cognitivas, y parece preferible, como hace la generalidad de los autores, referirse como una importante variable determinante, el *deseo de embarazo y la actitud hacia el mismo*. Dicha actitud es un resumen de las cogniciones de la mujer adquiridas a lo largo de su vida.

Es indudablemente importante el papel de la información, tanto general como específica, obtenida por la educación formal, a través del sistema educativo, como por otros canales, que son probablemente más influyentes. Debe contarse aquí la guía de los padres, el ejemplo de los familiares y coetáneos en sus experiencias de embarazo y de parto; La tradición oral difusa, sobre la que pesan palabras bíblicas, que convierten al embarazo en un acontecimiento estresante; los medios de comunicación de las masas, con sus informes muchas veces incompletos o parciales, etc<sup>41</sup>.

Para Wenderlein (1977), las influencias sociológicas en la evaluación son más importantes que las puramente psicológicas, encontrando más ansiedad

<sup>41</sup> Stern Daniel y Bruchweiler-Stern Nadia.: EL NACIMIENTO DE UNA MADRE. Ed Paidós 1999. 1999



en mujeres cuya primera información sexual fue posterior a los 15 años y cuyas vivencias sexuales iniciales fueron malas. Se trataba habitualmente de mujeres con desconocimiento y prejuicios acerca de la planificación familiar (Cit. por Salvatierra 1989).

Una proporción importante eran multiparas con partos anteriores dolorosos Wenderlein (1977) se pregunta si "procesos de aprendizaje" negativos de tan larga duración pueden influirse por cursos breves de preparación psicoprofiláctica. En la evaluación intervienen de forma decisiva los "estilos" de afrontamiento de las gestantes y la apreciación que las propias gestantes hacen de los mismos.

Yamamoto y Kinney (1976), coinciden en que es claro que las mujeres reviven sus propias experiencias psicosociales, y que las mismas condicionan su estrés ante el embarazo (cit. por Salvatierra 1989)

Una influencia cognitiva de carácter más psicológico, pero que también tienen condicionamientos sociológicos, es la imagen corporal que la mujer tiene de sí misma, favorable o desfavorable, y de cómo la gestación puede modificarla Charlmers, (1984) Según Ansaldo y Schelotto (1979), el 65% de las mujeres no están satisfechas con su propio cuerpo: Muchas partes del mismo, singularmente los genitales, son una "zona de sombra" sobre la que la mujer tiene ideas confusas e incluso, las contemplan como partes vergonzosas y sucias. Las satisfechas con su apariencia temen que el embarazo y la lactancia deterioren su belleza: Todas en general, tienen inseguridades y deformaciones cognitivas acerca de su útero, del canal genital, y del proceso de parto y tienen miedo de ser estrechas o inadecuadas, especialmente si la copulación es dolorosa (Cit por Salvatierra 1989).

Ocurre, sin embargo, que una información objetiva sobre el tamaño del feto y de su paso por el canal suele causar más ansiedad que tranquilidad. Cerca de la mitad de las mujeres encuestadas por Wendelein afirmaron que las

informaciones acerca del parto tendían a intensificar su temor; únicamente un 10% las consideró más animadoras que perturbadoras (Cit. por Salvatierra 1989).

### **2. 3 ADAPTACIÓN A LA MATERNIDAD.**

Un factor determinante del efecto estresante de un embarazo, parto y adaptación a la maternidad, es si ha sido planeado o no: se llamará, embarazo planeado al que es buscado de forma consciente y deliberada por los padres, por los motivos que fueren; hijo deseado es el que satisface emocionalmente las aspiraciones de maternidad o paternidad: ambas cosas están relacionadas, pero no son idénticas. Un embarazo puede buscarse para satisfacer necesidades egoístas de esos padres, para rechazar posteriormente al niño. De un embarazo no planeado e inicialmente rechazado puede nacer un hijo íntimamente deseado y amado (Salvatierra 1989).

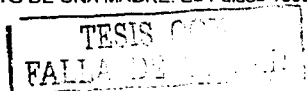
### **2.3 LA ADAPTACIÓN A SER MADRE: EL PUERPERIO**

**El primer llanto del bebé** es para una madre una alarma que despierta una parte de ellas mismas, y uno de los enfrentamientos a ese ser que tiene una voz propia, y darse cuenta que lo que hasta ahora había sido una sola persona son dos<sup>42</sup>.

Otro elemento clave para algunas madres, puede ser cuando el recién nacido les mira a los ojos; la reacción del niño a la voz de la madre y como se adaptan cuerpo a cuerpo, incluso desde un primer momento (Stern y Bruchweiler-Stern Nadia 1999)

La primera experiencia del amamantamiento puede aportar placeres o frustraciones, pero a muchas mujeres les ayuda a confirmar el hecho de que es su bebé, y ella es su madre.

<sup>42</sup> Stern Daniel y Bruchweiler-Stern Nadia.: EL NACIMIENTO DE UNA MADRE. Ed Paidós 1989



**Adaptación Maternal.**- La tarea psicosocial más importante que debe cumplir la mujer en el embarazo y parto es convertirse en madre, proceso de adaptación a un nuevo rol que conlleva la superación del estrés del embarazo pero que es algo más: el grado de adaptación es un indicador de salud psicosocial (Cit. por Salvatierra Budd, 1987); dicha tarea comienza durante la gestación, pero indudablemente prosigue durante el posparto. El puerperio, período que sigue al parto es una época también de considerable estrés y trabajo adaptativo.

### **Concepto de Adaptación Materna**

Shereshesky y Yarrow (1973) realizaron una investigación acerca de la adaptación a la maternidad en mujeres primigrávidas, realizando un cuestionario de 29 ítems, donde se preguntaba acerca de los problemas y actitudes de la recién madre ante su nueva situación. De ella se desprenden los siguientes factores (cit. por Salvatierra):

Aceptación del papel maternal: la mujer admite afectiva y cognitivamente un nuevo papel social, que implica trabajo y responsabilidad.

Aceptación del hijo: "respuesta afirmativa al recién nacido"

Individualización del hijo como también llama Caplan "una identidad basada en la realidad". No es un objeto, ni muñeca ni algo propio, sino una persona distinta

Reactividad hacia el niño o sea la capacidad de responder a sus "señales" (llanto, muecas, movimientos, etc.) de forma adecuada con contacto físico afectuoso, con la palabra o la sonrisa, estimulándolo cariñosamente.

La génesis de esas actitudes o comportamientos se inicia, evidentemente, durante el embarazo, o incluso antes, pero se intensifica durante el mismo parto y, sobretudo, en el momento mismo del nacimiento, para culminar progresivamente en unas semanas, generalmente hacia las 6-8 semanas de puerperio algunos autores mencionan la existencia de dos dimensiones fundamentales:

La confianza en su propia capacidad como madre. La mujer ha superado sus dudas y cree que está a la altura de las tareas y que hace las cosas bien.

La adaptación madre-hijo, que es una interacción afectuosa gratificante para ambas partes. La alimentación del neonato y la satisfacción de sus necesidades físicas y emocionales están aseguradas, con buen funcionamiento de las rutinas correspondientes.

## **2.4 EL SER MADRE DESDE UN PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO**

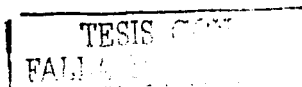
La mujer suele buscar apoyo generalmente de personas que representen la figura materna benigna o una abuela idealizada, que puede asumir los roles positivos de una madre. Se reúnen con personas con las cuales pueda recoger información o verla en acción, esto tiene como finalidad reafirmar su seguridad ¿estoy cuidando bien a mi bebé? Generalmente van en búsqueda de alguien que haya jugado el rol de la madre, si se tuvo problemas con la madre en épocas pasadas, es frecuente que este sea un periodo de reencuentro, y la relación con la madre se hace más positiva. La segunda persona importante después de la propia madre es la suegra, aunque la armonía de esta relación depende frecuentemente de la relación que tiene con su hijo, cosa que es difícil encontrar con el propio padre y el suegro, y no serán ellos quienes inicien el contacto<sup>43</sup>.

Juan Vives y Teresa Lartigue(1994) refieren acerca de los diferentes momentos en que la mujer puede necesitar o recibir apoyo psicológico durante el embarazo<sup>44</sup>:

### **Momentos e Indicaciones Para La Intervención Terapéutica**

<sup>43</sup> Stern Daniel y Bruchweiler-Stern Nadia.. EL NACIMIENTO DE UNA MADRE. Ed Paidós 1999

<sup>44</sup> Vives Juan y Lartigue Teresa.: MANUAL DE PSICOTERAPIA BREVE DURANTE EL EMBARZO Y LA LACTANCIA Ed UIA.1994



Como consecuencia de los profundos cambios somáticos y psíquicos que tienen lugar durante la gestación, y la crisis dentro de la cual ocurren, se genera en la gestante una profunda ambivalencia hacia el embarazo y el producto mismo.

Desde esta perspectiva, se considera que el curso de la gestación y la calidad del vínculo materno-infantil están determinados en gran medida por los siguientes factores:

Por las características específicas de la relación de pareja- cuando existe.

Por la presencia o ausencia del deseo de maternidad, cuya manifestación puede tomar la forma de un deseo —o no— de tener un hijo.

Por el tipo de fantasías conscientes e inconscientes asociadas al hijo por nacer.

Por el momento y la amplitud con la que se desean las conductas maternas específicas; por ejemplo la respuesta de la madre ante los movimientos fetales.

Por el interjuego de identificaciones de la gestante con su propia madre interna.

Por la intensidad de los afectos displacenteros — ansiedad y depresión.

Por la intensidad de los conflictos inconscientes. Basado en los factores anteriores

### **Momentos en los que se puede dar apoyo psicológico**

**Prevención primaria.** - ésta se refiere a la posibilidad de que las parejas acudan a una consulta pre-conceptiva, desde el momento en que están pensando en la probabilidad de un embarazo y tener hijos; teniendo como objetivo, preparar a la



pareja, para afrontar las ansiedades y la responsabilidad de un embarazo, y evitar con esto la repetición compulsiva de transmisión intergeneracional del abandono emocional, del maltrato parental y de las distorsiones en la relación diádica materno-infantil.

**Confirmación del embarazo.**- éste es considerado un segundo momento para llevar a cabo la intervención, cuando se confirma el embarazo, durante el primer cuatrimestre del mismo. En este periodo es importante el estudio de la determinación de la concepción y expectativas fantasmáticas que, desde, esta temprana fecha, se depositan en el producto de la gestación. La reparación de familiares muertos y de objetos internos dañados.

Es importante también la exploración de las fantasías y sueños que se generan a raíz del embarazo.

A la vez, es un hecho que ocurren una serie de cambios en el cuerpo femenino que pueden favorecer la intensidad de los temores de ruptura con la pareja y pérdida del atractivo femenino, puede haber problemas con la pareja, independientemente de lo que ocurre con la regresión narcisista de la gestante y la tendencia de algunos maridos a sentirse emocionalmente en el lugar del tercero excluido. En algunos casos, este es el momento en el que el hombre tiende a buscar consuelo con otras mujeres, principalmente cuando la mujer es primípara.

**Inicio de los movimientos fetales.**- un tercer momento de intervención, cuando hay negación del embarazo se perpetúa a pesar de la evidencia del feto a través de su actividad reciente, en este caso se encuentran en un problema de mayor envergadura en el que la gestante está recurriendo a defensas muy primitivas y autoplásticas que implican mayor violencia en la negación de la realidad.

En este periodo pueden incrementarse los conflictos inconscientes y presentarse aumento de pulsiones libidinales y agresivas, dándose con ello la

formación de síntomas a su expresión, mediante manifestaciones psicósomáticas o a través de la tendencia a actuaciones de conductas destructivas, tanto hacia los demás como hacia sí misma.

Otra indicación durante este periodo constituye la presencia de una excesiva preocupación por la imagen.

**Parto Y Puerperio.**- el hecho del nacimiento tiene ya de por sí una pérdida objetal, independientemente de que se instaure o no la simbiosis: por lo tanto siempre existe algún grado de depresión puerperal que es normal, transitoria, sin embargo este tipo de reacción es mucho más intensa llegando a tomar a veces forma de cuadro de psicosis puerperal, o se prolonga más allá del tiempo promedio; se debe tener mayor cuidado con las madres adolescentes o con las que no cuentan con el apoyo de la pareja o familia de origen. Y cuando el bebé nace con problemas, como es en el caso de los niños con Síndrome de Down

Ya que la gestación en adolescentes es un proceso en lo que hay un cabalgamiento de dos crisis diferentes; la de la adolescencia y la del embarazo. En este tipo de situaciones, es frecuente que la adolescente lleve a cabo la gestación y la evolución del bebé, pero en detrimento de su propia evolución, por lo que con cierta frecuencia se efectúan movimientos estructurales que resultan de una fijación a la adolescencia misma o en una regresión a periodos anteriores de la infancia. Juan Vives y Teresa Lartigue (1994)

## 2.5 EL SER MADRE DESDE EL PUNTO DE VISTA FISIOLÓGICO

Gran parte de psicología del embarazo y del comportamiento de la mujer embarazada se relaciona estrechamente con los cambios que ocurren en su organismo, de ahí la importancia de comprender dichos cambios biomédicos<sup>45</sup>.

<sup>45</sup> Crisofor Macy y Frank Falkner.: EMBARAZO Y NACIMIENTO ,PROBLEMAS Y PLACERES. Ed Haria Harper & Row Latinoamérica S.A. de C.V. la psicología y tú 1980

El primer signo de embarazo frecuentemente es "la pérdida del período menstrual" o amenorrea: Después de que un óvulo ha sido fertilizado, la ovulación posterior es detenida por mensajes hormonales. La pared uterina se prepara para la implantación del óvulo ahora fértil.

Los signos de embarazo pueden dividirse en tres grupos<sup>46</sup>.  
Los signos de presunción, incluyendo amenorrea, fatiga, mareos matutinos y cambios en las mamas

Signos de probabilidad, como reblandecimiento de la cervix y crecimiento de abdomen.

Signos positivos, como el latido fetal y los movimientos del producto. Las pruebas de embarazo, como la prueba de aglutinación.

El tejido de los senos es muy sensible a los cambios hormonales y muchas mujeres saludables experimentan en ellas una sensación de plenitud e incluso reblandecimiento justo antes de la menstruación. Estos cambios están relacionados con las hormonas sexuales: estrógeno y progesterona. En las primeras etapas del embarazo, el alto nivel en la producción de tales hormonas pueden ser causa del reblandecimiento de los senos y del incremento del suministro de sangre a éstos, del desarrollo de los ductos lácteos, así como del agrandamiento del tejido de los mismos. Los pezones se agrandan y la mancha que los rodea, la areola, se oscurece y llega finalmente a inflamarse ligeramente<sup>47</sup>.

El llamado "malestar matutino" es otro de los signos, pero ciertamente no ocurre solamente por las mañanas. Las causas de las náuseas, pueden estar relacionadas a los aumentos hormonales que se dan al principio del embarazo. Y durar de la sexta hasta la décima segunda semana de embarazo (Cristofer Macy y Frank Falkner, 1980).

<sup>46</sup> Cristofer Macy y Frank Falkner.: Ob.Cit: Pp.73-77.

<sup>47</sup> Cristofer Macy y Frank Falkner.:Ob. Cit: Pp.28-31

La mujer embarazada puede descubrir que en las primeras semanas orina con mayor frecuencia que de costumbre. Una vez más los riñones trabajan más de lo normal por la misma razón.

Durante el embarazo se da la ausencia de menstruaciones, aunque es posible un ligero sangramiento en la fecha en que se espera el periodo o cuando ocurre la implantación del óvulo en las paredes del útero. (Cristofer Macy y Frank Falkner, 1980).

Antes de enlistar los síntomas y sensaciones de la mujer durante el embarazo es conveniente admitir que, si bien es cierto que existen síntomas psicossomáticos, también hay inmensos cambios físicos por los cuales atraviesa, que incrementan mes con mes, y ellos no dependen de la cultura en que se encuentre, probablemente, lo que sí se altere, es la frecuencia e intensidad con los que la mujer los vivencia y hable de ellos.

Al respecto Langer (1964 ) afirma. Aunque no exista embarazo exento de angustia y conflicto, justo por el gran cambio y logro que implica el embarazo, normalmente va acompañado por un gran sentimiento de felicidad. La mujer se siente serena y tranquila, identificada con su ideal de madre y con su hijo bien protegido por ella. Vive, en este estado, la unión más íntima que puede existir entre dos seres. Desde que nació por primera vez no esta más sola<sup>46</sup>.

**SÍNTOMAS FRECUENTES EN LA MUJER, TRIMESTRE POR TRIMESTRE<sup>49</sup>  
EN EL PRIMER TRIMESTRE, SUELEN PRESENTARSE:**

- Cansancio fácil y/o somnolencia.
- Mareos matutinos
- Náuseas y vómitos.
- Polaquiuria (orinas frecuentes)
- Sialorrea (salivación excesiva)

<sup>46</sup> Langer Maria : MATERNIDAD Y SEXO. Ed. Paidós 2ª edición 1964. P.196  
<sup>49</sup> pagina web [http://www.cfmedicodefamilia.com/mujer10/mes\\_a\\_mes.htm](http://www.cfmedicodefamilia.com/mujer10/mes_a_mes.htm)

- Acidez Gástrica
- Flatulencia (Gases)
- Distensión abdominal.
- Antojos o rechazos por determinados alimentos.
- Calambres o dolores leves en uno o ambos lados del abdomen
- **Cambios en los pechos: aumento de tamaño, pesadez, sensibilidad anormal, hormigueo, oscurecimiento de la aréola; prominencia de las glándulas sudoríparas de la aréola con aspecto de piel de gallina; aparición de una red de líneas azuladas bajo la piel**
- Dolores de cabeza ocasionales.
- Desvanecimientos o desmayos ocasionales.
- Aumento del tamaño de la cintura
- Sensación de peso en la pelvis o vagina.
- Tendencia a retención de líquidos.
- Cambios venosos: aparición de várices.
- Cambios en la piel: aparición de y por aumento en la producción de grasas y/o cambios en la piel: manchas en el cutis. Aparición de estrías.
- Aversión a algunos olores.
- Insomnio.

#### **EN EL SEGUNDO SEMESTRE, SUELEN PRESENTARSE:**

- Aumento del apetito.
- Menor Cansancio.
- Disminución o desaparición de las náuseas y vómitos.
- Disminución de la frecuencia urinaria.
- Estreñimiento
- Acidez Gástrica e indigestión.
- Flatulencia (Gases)
- Distensión abdominal.
- Dolores de cabeza ocasionales.
- Desmayos o mareos ocasionales.

- Congestión nasal y hemorragias nasales (epistaxis) ocasionales.
  - Sangramiento de las encías (gingivorragia).
  - Sensación de oídos.
  - Falta de aliento.
  - Los pechos continúan aumentando de tamaño aunque su sensibilidad aumentada tiende a desaparecer.
  - Ligera hinchazón (edema) de los pies y tobillos y/o Calambres en las piernas
  - Pesadez abdominal.
  - Cambios venosos: várices y/o hemorroides.
  - Flujo vaginal blanquecino escasa
- Movimientos fetales hacia el final del cuarto mes  
Sangramiento de las encías (gingivorragia).  
Picor y/o dolor de espalda.

#### **EN EL TERCER TRIMESTRE SUELE PRESENTARSE:**

Movimientos fetales más frecuente e intensos.

- Flujo vaginal blanquecino (leucorrea) progresivamente más abundante.
- Dolor en la parte inferior del abdomen.
- Estreñimiento
- Acidez Gástrica e indigestión.
- Flatulencia (Gases).
- Distensión abdominal.
- Picor en el abdomen (Prurito).
- Dolores de cabeza ocasionales.
- Desmayos o mareos ocasionales
- Congestión nasal y hemorragias nasales (epistaxis) ocasionales.
- Sangramiento de las encías (gingivorragia).
- Sensación de oídos.
- Calambres en las piernas.
- Entumecimiento u hormigueos en las manos.
- Hinchazón (edema) de los pies y tobillos. Ocasionalmente de las manos y/o la

cara.

- Cambios venosos: várices y/o hemorroides.
- Picor y/o dolor de espalda, que en algunos casos se puede extender a la pierna (ciática).
- Falta de aliento.
- Aumenta el cansancio.
- Dificultades para dormir.
- Calor y sudación excesivas.
- Contracciones uterinas indoloras ocasionales de Braxton Hicks.
- Dolor abdominal frecuente.
- Erupciones cutáneas, en algunos casos.
- Torpeza creciente.
- Incontinencia urinaria.

#### FINALMENTE

- Aparición de contracciones verdaderas
- Calostro en los pechos, que sale espontáneamente o bajo presión

## 2.6 EL SER MADRE DESDE UN PUNTO DE VISTA SOCIAL

Como ya se ha visto, el rol que ha vivido la mujer en la historia y como se expresa hasta en la forma de conceptualizarla ha cambiado de generación en generación y de cultura en cultura.

La mujer de occidente está en una revolución social y por ello es difícil encontrar su ubicación dentro de la sociedad, por un lado es madre y por otro forma parte del campo laboral, esto sucede principalmente en la clase social media, ya que en la baja, aun se sigue, con que la mujer, sólo se dedica al cuidado de los hijos, esto no es algo de que ofenderse o menospreciar, pero conlleva, el que la mujer siga limitada en su libertad, de escoger cuando, como y cuantos hijos tener. La mujer de clase alta también sigue dedicada al hogar, pero tiene la enorme diferencia de que puede tener acceso a un nivel académico más

alto, lo que le da el conocimiento de saber sus derechos, así, como de llevar una anticoncepción y con esto libertad de escoger si desea o no ser madre, así como cuando.

La maternidad se encuentra en un gran barranco, si bien antes se hablaba de clonación y esto sonaba a ciencia ficción, ahora es una realidad tan cercana que es difícil de negar.

La sociedad occidental se encuentra sumergida en lo "light", que todo permite y nada limita, donde es difícil encontrar el límite de lo que se puede hacer y lo que se debe.

La maternidad no se encuentra fuera de esos cambios, es difícil predecirlo, solo queda esperar; tiene sus grandes beneficios, como es la probable desaparición de discapacidades o síndromes como es el caso de los niños con Síndrome de Down, pero la pregunta no deja de surgir: ¿cuales serán los nuevos trastornos y si éstos serán tratables.?

Una de las características del ser humano es el hecho de vivir en sociedad, el hombre y la mujer, para poder satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, requieren siempre participar, moverse dentro de diferentes grupos, llevándose esto acabo desde el nacimiento hasta la muerte, siendo de este modo como se realiza las actividades de la vida diaria, dentro de un conglomerado, como son la familia, escuela y la sociedad, siendo la familia una de las más importantes por ser la base de la sociedad, pero no restándole importancia a los otros grupos sociales, ya que en ellos también se tiene un rol y se esperan de cada uno ciertas expectativas.

En México, es tan importante el nivel socioeconómico, que a mayor solvencia económica, mayor serán las expectativas de la calidad de vida, donde se incluye desde la médica, salud, pasado por lo académico.



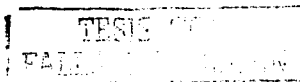
La aceptación de un nuevo hijo, es un problema complejo que incluye diversos factores, entre los que se encuentran, el económico, religioso, ético, social, político y cultural.

Toda pareja o persona, debería cuestionarse si el tener un hijo va a influir o no en lo que desean, ya que de esto se puede desprender, el lugar que ocupará el hijo dentro del rol familia, no se debe olvidar que la llegada de un niño requiere espacio físico y emocional, ya que este hecho influirá en la relación de pareja o familia.

Es necesario para entender a una persona y en este caso la mujer, saber el rol que está viviendo, en su familia y ámbitos sociales así como las expectativas que tiene de ella y la que de ella tiene los diferentes grupos sociales en los que interviene, puesto que de esto dependerá la aceptación de la maternidad, su autoconcepto de cualquier forma presentarán adaptaciones, y esta forma de adaptarse y aceptarse es la que se observó en la investigación; ya se estudió la estructuración de su personalidad, los diferentes cambios, físicos y psicológicos a los que se enfrenta en la menarquía, desfloración, parto y puerperio; Pero aun faltan dos cabos para poderla comprender, como es, que el autoconcepto, de estas mujeres puede ser modificado, si las expectativas, se transforman, al tener un hijo "especial", esta resolución del periodo de crisis puede verse afectada, es la pregunta de esta investigación ¿Hay diferencias en el autoconcepto de una madre si su hijo es "regular" o con Síndrome de Down?

Para finalizar este capítulo se hablará de algunas de las características y emociones a las que se enfrenta la mujer al dar a luz a un niño con discapacidad.

Las madres de niños con discapacidad se enfrentan a un *Shock* psicológico, ya que habrá perdido no sólo a su bebé ideal. Si no, y aun más importante, la libertad para anticipar el futuro de su bebé y su familia. Como afirman algunas madres, "antes me imaginaba que caminaría con mi hijo en el



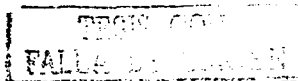
parque, ahora me he quedado con un gran vacío, pues ni siquiera sé si él podrá caminar algún día". En el mismo momento, los padres se encuentran bloqueados ante un doloroso recordar y en un eterno presente, donde es difícil imaginar un futuro, donde se sienten privadas de elaborar historias sobre su relación con su hijo, pareja y hasta con sus amigos. Todo esto sucede en su interior mientras tienen que buscar una "solución"<sup>50</sup>.

Algunas de las características que se encuentran en estas madres son sentimientos de culpa por estar comparando a su bebé imaginario con el real; comparar a su bebé con los anteriores hijos, o con los de la familia o amigos (Stern Daniel y Bruchweiler-Stern Nadia 1999)

Y como si ésto fuera poco, frecuentemente tiene que dejar su trabajo, para cuidar al bebé que requiere más atención y cuidados, donde probablemente tendrá que realizarle terapias físicas, estudios, y hasta operaciones las cuales son costosas en nuestro país; si lo realiza en el ámbito particular, y si lo realiza en hospitales gubernamentales, entonces se enfrentarán con la frecuente respuesta, "*su hijo necesita una operación o estudio urgente, pida una cita*", va a pedirla y se la dan, si bien les va, será para dentro de seis meses, estos meses suelen ser eternos, y presentan grandes angustias, y hasta ideas suicidas.

En algunas madres es frecuente escucharlas que se les caen con frecuencia los niños, se les olvidó darles el medicamento, o que permiten que otros golpeen a sus hijos, o todo lo contrario los sobreprotegen de tal forma que no los dejan tocar ningún objeto, frecuentemente no les permiten que el niño pida lo que necesita, llegan hasta poner los horarios de comida, y el niño ni siquiera tiene necesidad de estrarse para pedir la mamila o cualquier objeto, si alguien carga a su hijo y el comienza realizar puchero, de forma inmediata se lo quitan y alejan rápidamente al niño de esa persona, pero algo que aun es más frecuente, es la búsqueda inagotable de

<sup>50</sup> Stern Daniel y Bruchweiler-Stern Nadia. Ob. Cit



tratamientos mágicos para la curación, que alargan el proceso de duelo y con ello la aceptación de su hijo.

La relación de apego es difícil en los primeros meses, ya que no se atreven frecuentemente ni siquiera a tocar, y cualquier cosa que realiza el niño preguntan si es normal, este apego que en madres de niños regulares suele darse de forma casi espontánea; en las primeras semanas es un proceso mucho más largo en madres de niños especiales, y con ello se afecta también su autoconcepto, se preguntan si ellas son las culpables del "problema" o si su dieta de 10 años atrás es la causante, el intento de aborto, los enojos frecuentes, etc., pero como todas estas respuestas son negativas, comienza la búsqueda de culpables, donde frecuentemente aparecen los esposos, y familia, creándose sentimientos de recelo hacia los demás. Esto hace que se encierren hacia los demás, y se introduzcan a una diada de difícil acceso.

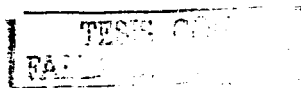
A menudo en la relación de pareja hay dos extremos que se unen y apoyan a su hijo o se separan culpándose mutuamente de la situación, pocas veces la relación de pareja es igual. La culpabilización se convierte en una continuación o exageración de un problema que ya exista previamente antes de que naciera el bebé.

Frecuentemente se les deja a las madres solas y su pareja sale a conseguir el sustento, que incrementa de forma mayor a lo que se esperaba por los estudios, medicamentos y terapias a las que tendrá que asistir la madre con el bebé; las madres requieren apoyo psicológico, debido al frecuente estrés al que se enfrenta, combinado con la frecuente frustración de no ver desarrollar a su bebé de la forma esperada.

Hasta ahora se mencionó los estudios realizados en mujeres donde en su embarazo sueñan o sufren con deseos y temores, pero finalmente nace, y comienza el puerperio por parte de la madre, que se ve fuertemente afectado

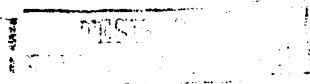
cuando nace un niño con Síndrome de Down; es precisamente en esta fase donde surge la pregunta principal del trabajo que pasa cuando la madre se enfrenta con que sus miedos durante el embarazo y se hacen sus sueños realidad (pesadillas), como podría ser tener un hijo enfermo o deforme o que simplemente no podrá cumplir con las expectativas y sueños que tuvieron durante el embarazo, es este preciso momento el que interesa, en donde una mujer, que se esta enfrentando a un cambio de rol, teniendo una gran influencia en el autoconcepto de una madre y como influye en los procesos de adaptación a la maternidad, se tendrá que enfrentar ante una sociedad, la cual generalmente espera ver al niño, para constatar que es una buena mujer, capaz de cumplir adecuadamente con la función de trascender a través del hijo y recuerda lo que ha escuchado desde su infancia como podría ser: Las cosas malas que pasan son un castigo de "Dios" o que es su obligación querer a su hijo, cuando es precisamente en este momento donde se empieza un duelo, que en algunos casos nunca tiene una resolución positiva, pero es este momento donde la madre tiene que alimentar y cumplir con las necesidades básicas de un bebé que depende de ella para sobrevivir, pero acaso no está muerto ya el hijo de sus sueños, esto abre la reflexión como será la adaptación a la maternidad y como se evaluará ella misma.

Finalmente la crisis del embarazo y adaptación a la maternidad se ve afectada por el nacimiento de un niño con discapacidad, por lo que se debe tener claro la necesidad de apoyo profesional para evitar la creación de un círculo vicioso lleno de frustraciones que con el tiempo es más difícil romper.



# CAPITULO TERCERO

## AUTOCONCEPTO



71-A

## CAPITULO TERCERO AUTOCONCEPTO

### 3.1 DEFINICIÓN DESDE DIFERENTES ENFOQUES DEL AUTOCONCEPTO

El ser humano ha intentado dar una explicación a su origen para poder responder quién es y de dónde viene, muchos han intentado explicarlo y de ellos surgieron teorías que van desde las filosóficas, religiosas, hasta científicas.

Desde Sócrates, se inducía al conocimiento de sí mismo y esto lo reflejó en su frase *"conócete a ti mismo"* (Gnothi Seauton) inscrita en el templo de Apolo en Delfos. Este concepto ha ido evolucionando a través de la historia. Platón hablaba de que para alcanzar un conocimiento real y auténtico, el ser debía pasarse del plano sensible, al plano intelectual; Prótágoras resaltaba la individualidad del ser humano al considerar que cada persona siente, actúa y experimenta el mundo de diferente manera, según sus propias cualidades, estructura mental e historia previa.<sup>51</sup>

Así como han existido épocas en que se ha impulsado el desarrollo de la ciencia, también hubo otras épocas donde la ciencia se vio entorpecida en su desarrollo, como es el caso de la edad media, en donde el destino del hombre se le concede totalmente a un ser divino, careciendo el ser humano de su capacidad de elección. En la época moderna, el hombre logra afirmar su valor en todos los campos de la ciencia, la naturaleza y el arte, reconsiderándose un ser de capacidades entre las que se encuentra la de decisión y de poder trascender el determinismo natural.

Cada una de las teorías o planteamientos acerca de lo que es el hombre y como se constituye, están marcadas por el momento histórico y la sociedad en que fue creada. Autores contemporáneos como Allport, Rogers, Horney, Grinberg y Fromm entre otros, han exaltado en sus teorías la importancia del autoconocimiento: de acuerdo con Allport, una de las características que presenta una persona madura es la autoobjetivación, que es el conocimiento del yo, y que

<sup>51</sup>Ferrater Mora, DICCIONARIO DE FILOSOFIA TOMO I y II Ed. Sudamericana Buenos Aires 1971

está íntimamente relacionado con la percepción conforme a la realidad, él sostiene que para vivir plenamente el individuo debe conocerse y con esto descubrir su yo real. (Cit. por Flores1988)<sup>52</sup>

La personalidad es la expresión de lo que cada uno es y el autoconcepto es un elemento integrador de la personalidad.

El autoconcepto es la congruencia que existe entre lo que pienso, lo que siento y la manera en que actúo: Un autoconcepto verdadero, y que realmente esté integrado a la personalidad, debe brindar la posibilidad de relaciones satisfactorias, de vivir en plenitud.

Para Hall y Lindzey, el sí mismo constituye el centro de la personalidad, le da equilibrio, estabilidad y entorno a él se reúnen los otros sistemas. De la misma forma, Kelly, Sarabin, Epstein y Coopersmith han considerado al *self* como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan, modifican e integran funciones de la persona(cit por Oñate)<sup>53</sup>

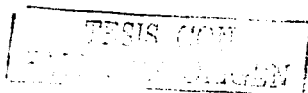
El autoconcepto es, en esencia, una simbolización del organismo, una visión interior personal que se puede delimitar objetivamente de la realidad externa. Esta visión incluye todas las ideas y sentimientos que una persona tiene respecto de las propiedades de su cuerpo, las cualidades de su mente y sus convicciones del individuo, sus concepciones sobre el pasado y prospectos futuros. Por lo tanto el *self* se refiere a la persona total del individuo (Cit por Alvarez. Bar-On,1985; Horrocks, 1984; Jersild Brook 1978 y Linfton,1971)<sup>54</sup>

Cooley y Mead, insistían en que el concepto que una persona tiene de su *self* surge solo de la interacción con otros y refleja las características,

<sup>52</sup> Flores Angeles Alma R : TESIS DE AUTOCONCEPTO UNAM Facultad De Psicología 1988

<sup>53</sup> Oñate Ma del Pilar EL AUTOCONCEPTO FORMACIÓN. MEDIDA E IMPLICACIONES EN LA PERSONALIDAD Ed Naercea, Madrid 1989

<sup>54</sup> Alvarez Mora Ma Beatriz ESTUDIO COMPARATIVO DEL AUTOCONCEPTO EN UN GRUPO HOMOSEXUAL Y UN GRUPO HETEROSEXUAL Tesis de licenciatura U N A M (1995)



expectativas y evaluaciones que otros le dan a la persona, el self espejo (looking glass self) (Cit por Oñate,1989).<sup>55</sup>

Mead (1934) consideró al self como el resultado de un proceso social, consecuencia de un largo periodo evolutivo, el cual se puede conocer empíricamente. Para ella, el self comprende tanto el "yo" principio de acción e impulso, como "Mi", actitudes de los demás que son tomadas en consideración por el self: Para Mead, el self es esencialmente una estructura social (ob. cit)

Horrocks, (1984), menciona que una persona es lo que percibe hasta lo que la realidad lo obliga a aceptar o abandonar esta interpretación de sí mismo. Incluso las percepciones que de común acuerdo tiene las demás personas acerca de él, son tan sólo el punto de vista de ellos, más no del sujeto. Las ideas racionales acerca de sí mismo descansan sobre las premisas realistas de autoevaluación. Sus ideas racionales se basan en malinterpretaciones, pero no se da cuenta de ello. Así, los motivos que gobiernan sus pensamientos, actos y actitudes, varían desde aquellos que pueden percibir hasta aquellos que no reconoce. (Oñate 1989.)

El autoconcepto, propiamente dicho, ha sido definido como el conjunto de ideas y actitudes acerca de lo que la persona cree ser. Durante la adolescencia, la aceptación de los cambios corporales contribuye de manera importante al autoconcepto. Estos cambios llevan a la necesidad de un cambio de imagen corporal. El cuerpo cambiante se convierte en un símbolo, no sólo de un cambio físico, sino que también hacia otros, y en general hacia la vida.(Horrocks, 1984, Jersild, Brook & Brook, 1978, cit. por Álvarez,1995.)

Freud no utilizó el termino *self*, propiamente dicho, sin embargo, en su trabajo sobre el narcisismo (1914), introdujo un criterio diferente al Yo estructural del sistema psíquico referido en sus otros escritos: el Yo de la teoría del

---

<sup>55</sup> Oñate. Ma del Pilar Ob Cit



narcisismo representa a un Yo que abarca a todo del individuo, convirtiéndolo en el self básico y total; Freud insistió repetidamente la importancia del yo corporal en el desarrollo del Yo: esto se refiere a la influencia en la imagen del cuerpo en la diferenciación del self del mundo de los objetos, pero también al hecho de que las funciones de los órganos que establecen contacto con el mundo exterior, gradualmente bajo control del Yo<sup>56</sup>

Teóricos como: Sarbin (1968), Epstein (1973) y Coopersmith (1979) han considerado al self como una estructura cognitiva o conjunto de estructuras que organizan, modifican e integran funciones de la persona. (Oñate, 1989)

Rogers(1972), considera que uno de los factores básicos para las buenas relaciones impersonales es la conciencia de la aceptación de sí mismo. Según él, el self es la conciencia de ser o de funcionar, y se forma como resultado de la interacción con el ambiente, y en particular, como resultado de la interrelación valorativa con los demás<sup>57</sup>

Erickson (1959), define al self como una función sintética del yo y que representa los modelos sociales del medio ambiente y también la imagen de la realidad adquirida a través de sucesivas etapas de la infancia. Para Sevilla (1991), el autoconcepto se trata de la percepción que se tiene de sí mismo, es un fenómeno social que está en modelamiento constante, es el centro de la personalidad y es lo que conlleva al ser humano a saber lo que es y lo que quiere ser, a plantearse las metas y a darle un sentido a su vida, no conformándose con solo sobrevivir.<sup>58</sup>

Valdés M.(1991) plantea que el significado psicológico del autoconcepto surge de la interacción e influencia que el sujeto tiene dentro de los grupos en los

<sup>56</sup> Grinberg, León. REBECA IDENTIDAD Y CAMBIO Ed Paidós. Buenos Aires(1973)

<sup>57</sup> Rogers, Carl DE PERSONA A PERSONA Ed Amorrortu Buenos Aires 1980

<sup>58</sup> Sevilla Colín Alicia ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LA RELIGION EN EL AUTOCONCEPTO EN LOS NIÑOS Tesis de licenciatura UNAM 1991



que se desenvuelve, y a partir de los roles que comúnmente juega en su vida cotidiana (persona, hijo, amigo y estudiante), y por otro lado, está conformado básicamente por tres áreas:

**Conductual.-** que son todas aquellas categorías semánticas que implican comportamientos observables que tienen los sujetos para consigo mismos o para con sus semejantes;

**Afectiva.-** que son todas aquellas categorías semánticas que se refieren a aspectos emocionales, sentimientos o formas sentir que el sujeto percibe en sí mismo, y;

**Física.-** que son todas aquellas categoría semánticas que se refieren a aspectos corporales que el sujeto observa en sí mismo y sin exceptuar la posibilidad de que la combinación de estas llegarán a conformarse como otras áreas del mismo constructo. (Cit. por Alvarez, 1995)

### 3.2 FORMACIÓN DEL AUTOCONCEPTO

La vida es cambio. Desde el momento de la concepción hasta el momento de la muerte, los seres humanos sufren muchos procesos complejos de desarrollo. A través de la vida la gente tiene todo el potencial para crecer, cambiar desarrollarse e integrar su personalidad para consolidarse en la edad adulta.

#### Nacimiento del Yo: Yo -No yo

El desarrollo psíquico es un proceso paulatino y complejo, en un primer momento ni siquiera existe una diferenciación entre Yo y no-yo (mundo externo). El niño al comienzo de su vida no se da cuenta de sí mismo como sí mismo. La conciencia de sí mismo es una adquisición que se realiza gradualmente durante los 5 ó 6 primeros años de vida, esta adquisición avanza más rápidamente con el inicio del lenguaje en el segundo año: es el desarrollo más importante en toda la vida de una persona( cit por Flores. Allport, 1980)<sup>59</sup>.

<sup>59</sup> Flores Angeles Alma R TESIS DE AUTOCONCEPTO UNAM Facultad De Psicología. 1988

En circunstancias favorables, la piel se convierte en una "membrana restrictiva", en la frontera entre el "yo" y el "no yo". De este modo, la criatura entra en posesión de un interior y un exterior, y de un esquema corporal. Y también de este modo adquiere sentido la función de recibir y dar, además gradualmente va teniendo sentido la postulación de una realidad psíquica personal o interiorizada para la criatura.<sup>60</sup> (Winnicott, 1986.)

Poco a poco se desarrolla en el niño una vaga distinción entre "allí afuera" y "aquí dentro". Su sentido de la identidad de los demás precede al sentido de su propia identidad. Spitz 1954 (cit por Allport, 1980) establece la edad en que el niño se da cuenta del yo hacia los 15 meses.

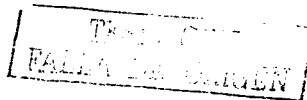
Spitz menciona en su libro El primer año de vida del niño, (1969) al hablar del Yo, afirmó que el niño recibe los estímulos del exterior y que él empieza a modificar la organización rudimentaria de la personalidad la cual tiene "una plasticidad infantil"

La existencia de la madre, su sola presencia, actúa como un estímulo para las respuestas del infante; su sola acción más pequeña- aun cuando ésta sea insignificante -, hasta cuando no este relacionada con el pequeño, actúa como estímulo. Dentro del marco de las relaciones de objeto, esas actividades de la madre, que provocan respuestas observables del infante, son las formas toscas y más fácilmente dotadas del intercambio del estímulo dentro de la diada" la cual él afirma que es "un egoísmo de dos" donde ambos tiene un canal de comunicación<sup>61</sup>

Spitz menciona que existen diferentes momentos donde el hombre se estructura siendo el primero; la "frustración" ya que esté evento da origen al "principio de realidad", el cual es de vital importancia para el yo.

<sup>60</sup> Winnicott Donald, W EL NIÑO Y SU MUNDO EXTERNO. Ed Horme Buenos Aires 1965

<sup>61</sup> Spitz A.R. EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO Ed Fondo De Cultura Económica 14ª Impresión 1992 México D.F



El segundo organizador es cuando el niño a los ocho meses logra diferenciar el rostro de su madre entre las demás personas, ubicándola a ella en un lugar único entre todos los demás rostros humanos (estableciendo con esto su objeto libidinal la cual esta dotada con atributos únicos)

El tercer organizador de la psique es el dominio del gesto y palabra "No", siendo éste un logro que presupone haber adquirido la capacidad primera para el juicio y la negación y da paso al intercambio recíproco de mensajes intencionados y dirigidos, que con el advenimiento de los símbolos semánticos, se convierte en el origen de la comunicación verbal. Este seda alrededor de los dos años.

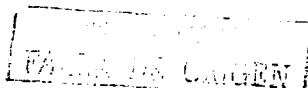
La fase de separación- individuación (Mahler, 1977), se caracteriza por un continuo aumento de la conciencia de separación del si mismo y del "otro", que coincide con los orígenes del sentimiento de sí mismo, de la verdadera relación de objeto, y de la conciencia de una realidad existente en el mundo exterior. Al menos que se postule la existencia de ideas innatas, lo más razonable parece ser la suposición de que el niño no tiene ningún concepto, ningún esquema de sí mismo y de otro, al cual pueda atribuir y asimilar estos diferentes estímulos. Postula que la experiencia de dentro y de afuera es todavía vaga, el objeto más investido, la madre, es aún un "objeto parcial".<sup>62</sup>

Mahler y Gosliner (1955) formulan la hipótesis de que las imágenes del objeto de amor y las imágenes del yo corporal y más tarde del yo psíquico, surgen de las huellas mnémicas cada vez más abundantes de experiencias instintivas y emociones placenteras ("buenas") y no placenteras ("malas"), y de las percepciones con que estas llegan a asociarse ( Mahler, 1977)

Mead, (1972) subraya la posición central del pensamiento, cuando se considera la naturaleza de la persona. La conciencia de sí, antes que la experiencia afectiva, con sus acompañamientos motores, proporciona la estructura

---

<sup>62</sup> Mahler Margaret EL NACIMIENTO PSICOLÓGICO DEL INFANTE Ed Marymar Buenos Aires 1977



primaria de la persona, que de tal modo es un fenómeno esencialmente cognoscitivo antes que emocional. El proceso de pensamiento o intelectual es la primera fase experiencial en la génesis y desarrollo de la persona.<sup>63</sup>

El desarrollo del darse cuenta de sí mismo alcanza un estadio crítico alrededor de la edad de dos años con el negativismo que resulta de la necesidad de reafirmarse constantemente y proteger la naciente estima de sí mismo. (Allport, 1974)<sup>64</sup>

Mahler (1977) afirma que en la edad preescolar, la evolución del sí mismo dista de ser completa, y de hecho es rudimentaria; el niño pierde fácilmente la identidad de sí mismo y es egocéntrico. El niño comienza a saber que sus padres quieren que sea "bueno" y que a veces es "malo".

Mediante el proceso de interacción se llega a conocer lo que sus padres esperan de él y compara esto con la conducta que de verdad exhibe: todavía no tiene una conciencia claramente desarrollada de ninguna imagen de como le gustaría ser en la edad adulta. Pero se construyen los fundamentos de sus intenciones, objetivos, sentido de la responsabilidad moral y conocimiento de sí mismo que desempeñaran un papel predominante en su personalidad. (Mahler, 1977)

## PRIMERAS RELACIONES

Para Cooley (1902) y Mead (1965), el autoconcepto se produce en el curso de la interacción con el "prójimo significativo", es decir, las personas que más significativamente han influido a lo largo de la existencia. (Oñate, 1989).

Del mismo modo que un hombre contempla su reflejo en un espejo y utiliza el reflejo para adquirir información referente a su naturaleza física, así

<sup>63</sup> Mead, George. ESPIRITU PERSONA Y SOCIEDAD. Ed. Paidós. Buenos Aires 1972

<sup>64</sup> Allport, Gordon. W. LA PERSONALIDAD SU CONFIGURACIÓN Y DESARROLLO. Ed Herder Barcelona 1966



también sirve de las actitudes de otras personas para con él como medida de lo que es realmente. (Cit por Oñate,1989). (Charles Horton Cooley,1902).

Asimismo, menciona Oñate (1989) que los principales determinantes del autoconcepto son generalmente asimilados de los modelos tempranos y perdurables en las relaciones padre- hijos y que viene a apuntalar la seguridad emocional del niño.

Roger, (1961) sostiene que el niño al percibirse a sí mismo como malo o inferior, interpreta, elimina o deforma las entradas sensoriales para apoyar esta concepción del yo. En condiciones distintas se podrán experimentar gradualmente sentimientos positivos del yo, y si incorpora este aspecto a su personalidad al concepto que tiene de sí mismo, este concepto resultará ampliado. Aprenderá a simpatizar con determinados aspectos de sí mismo, a probarlos sinceramente y a desaprobar otros. En otros términos adquirirá una imagen de su personalidad más conforme con la realidad. Su concepto del yo se hará más congruente con su yo real. El concepto del niño es fomentado de la mejor manera por medio del interés positivo, porque es el caso que él mismo acabará tratándose a sí mismo tal como ha sido tratado por los demás.<sup>65</sup>

El apoyo al ego proporcionado por los cuidados maternos, permite al niño vivir y desarrollarse pese a que todavía no sea capaz de controlar lo bueno y lo malo del medio ambiente, ni sentirse responsable de ello.(Cit por Flores 1988. Winnicot, 1986).

Además, Winnicot (1986), afirma que durante el desarrollo infantil la criatura aprende a dominar el id (y el ego logra incorporarlo) principalmente gracias al cuidado materno, ya que el ego materno complementa el ego infantil y le da fuerza y estabilidad más adelante el ego infantil acaba liberándose del apoyo del ego materno, de tal forma que la criatura alcanza una independencia mental con respecto a la madre, es decir, una diferenciación que le otorga una

<sup>65</sup> Rogers, Carl EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA. Ed. Paidós Buenos Aires 1961.



personalidad propia a los dos, tres o cuatro años, el individuo no es aún una unidad independiente, a esa edad, el yo del niño esta todavía dedicado a construir un superyo personal para manejar y utilizar el ello (instintos). La presencia de seres humanos capaces de dar amor y de un ambiente estable resultan particularmente necesarios durante este periodo, y las personas durante la construcción de un super yo más personal, sobre sus propias ideas sobre control y licencia. (Winnicott (1986 cit. por Cameron, 1994)<sup>66</sup>

### 3.3 AUTOCONCEPTO Y ALGUNAS TEORIAS QUE LO EXPLICAN.

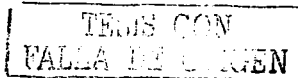
Freud, (1938), con su teoría psicoanalítica, ayudó al desarrollo del concepto del *self*, definiéndolo como la evaluación subjetiva de un individuo, como un compuesto de los pensamientos y sentimientos que constituyen la conciencia de una persona sobre su existencia individual, su noción de quién y qué es. El yo representa una organización cuya función es evitar el sufrimiento y dolor al oponerse o regular la descarga de los impulsos con el fin de adaptarse a las exigencias del mundo externo (Cit por Flores 1988).

Horney (1973) afirma que es importante el descifrar la comprensión del triple concepto del yo: el yo actual, como la suma total de la experiencia del individuo; el yo real, que es una fuerza central interna o principio común a todo, pero que es único en cada individuo, y el yo idealizado, que es únicamente una manifestación neurótica.<sup>67</sup>

Horney (1973) señala que la ansiedad tiende a generar baja autoestima, la que determina una cadena compleja de hechos psicológicos que produce, entre otras consecuencias, el odio y el desprecio hacia sí mismo. Para hacerle frente a la ansiedad, se retrae al mundo de la imaginación en donde crea

<sup>66</sup> Cameron, Norman. DESARROLLO Y PSICOPATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD Ed Trillas México 1982

<sup>67</sup> Horney K LA PERSONALIDAD NEUROTICA DE NUESTRO TIEMPO Ed Paidós. 1ª Edición 1983



una imagen idealizada que le da una sensación de fuerza y confianza. Dicha imagen es tan admirable y halagadora que cuando el individuo la compara con su sí mismo real, este último resulta opaco e inferior a aquella; en consecuencia, surge odio y desprecio hacia él.

Erickson (1976) argumenta que el yo continúa adquiriendo nuevas características a medida que encuentra otras situaciones a través de la vida. Mueve también el centro de interés del psicoanálisis en la patología de la salud al proporcionar un cuadro de cómo puede el yo desarrollarse en general de manera sana en un ambiente. Erickson (1976) escoge al yo como el instrumento por el cual una persona da la información exterior, valora la percepción, selecciona los recuerdos, dirige la acción de manera adaptativa, e integra las capacidades de orientación y planteamiento. Este yo positivo produce un significado de identidad en un estado elevado de bienestar<sup>68</sup>.

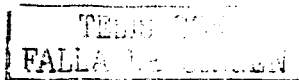
El conflicto surge porque la necesidad de apreciación positiva puede entrar en conflicto con la tendencia hacia la autorrealización si una persona sustituye sus propios valores innatos por los de los demás; es decir, si tiene una necesidad de autorrespeto orientado hacia la sociedad a expensas de sus propios procesos innatos. A medida que se acercan los conceptos de lo que nos gustaría ser y lo que somos, más satisfecho se estará con uno mismo y el objetivo será crecimiento en actualización<sup>69</sup>.

### 3.4 AUTOCONCEPTO- IMAGEN CORPORAL Y SER MADRE

La autoimagen es: una palabra casi cotidiana en el vocabulario y pocas veces se toma en consideración para describir la realidad biológica, psicológica y social.

<sup>68</sup> Erikson, Erik INFANCIA Y SOCIEDAD Ed Paidós Buenos Aires 1976

<sup>69</sup> Papalia D DESARROLLO HUMANO Ed Mc Graw Hill México 1992





Para Frostig, (1983), la imagen corporal "es la experiencia subjetiva de una persona ante su propio cuerpo, las sensaciones, percepciones y sentimientos que este le producen. La imagen corporal se deriva de las sensaciones propioceptivas e interoceptivas incluyendo también la impresión continua que tiene una persona de sí mismo. Todo esto depende en parte de su tono emocional, en sus experiencias, de sus objetivos y de los diferentes convencionalismos sociales."<sup>70</sup>

Fisher y Clevelan (1968), hablan de dos factores que caracterizan la percepción del propio cuerpo.

1.- El cuerpo es el único objeto que a la vez percibe y forma parte del sujeto que percibe.

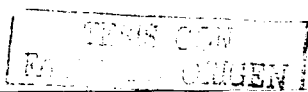
2.- El cuerpo compromete al Yo, al reaccionar ante su propio cuerpo el sujeto se excita o perturba de manera diferente cuando reacciona ante otro estímulo.

El individuo va organizando las percepciones de su cuerpo, sobrevolara unas partes e infravalora otras. Para estos autores la imagen corporal se refiere a las actitudes hacia el cuerpo, pero tiene amplias implicaciones que entran dentro de otras áreas de la personalidad, en ella hay una independencia de las actividades cognitivas y afectivas.(Cit. por Pereda B. María Teresa. Y Zetina G Karla E.)<sup>71</sup>

Gabriela Tercero Quintanilla afirma que entiende por autoimagen a la representación que un sujeto tiene de sí mismo. Normalmente lleva asociada un juicio de valor positivo o negativo (como por ejemplo agradable, desagradable, bonito, feo, etc.) y está íntimamente relacionada

<sup>70</sup> Frostig, M. FIGURAS Y FORMAS. PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE LA PERCEPCIÓN VISUAL. ED PANOAMERICANA, MÉXICO 1983

<sup>71</sup> Pereda B. María Teresa Y Zetina G Karla E DIFERENCIAS EN LA IMAGEN CORPORAL DE MUJERES QUE NO HAN TENIDO HIJOS, QUE SE ENCUENTRAN EN EL 3ER TRIMESTRE DEL EMBARAZO Y DESPUES DE 3 A 6 MESES DE HABER DADO A LUZ Tesis Universidad Salesiana 1997



a la imagen corporal y al autoconcepto; de tal manera que se les puede considerar sinónimos.

El desarrollo de esta imagen y de la noción del propio cuerpo, va unido al desarrollo biológico del individuo, ya que empieza a formarse desde los primeros meses de vida, es decir, que esta imagen corporal se adquiere y forma a través de un continuo contacto con el mundo. No se trata de algo fijo, ni predeterminado e inamovible, sino de una estructura propia de todo ser humano, sujeta a cambios permanentes; todos los cuales, guardan relación con las acciones en el mundo externo. Esta representación o imagen interiorizada del cuerpo está también íntimamente ligada a los lazos afectivos que tiene el sujeto y con la imagen que de su cuerpo, le devuelven los demás.

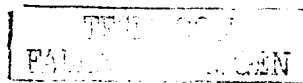
Esto es evidente durante la adolescencia quizá más que en otras etapas de la vida, si no, para comprobarlo basta hacer memoria y recordar cuántas veces preguntan a sus amigas cómo vestirse para ir a una fiesta; o bien, recordar esa serie de anuncios televisivos donde uno se pregunta: "¿cómo me veo?"

Por todo esto, la imagen que un individuo tiene de sí mismo, es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y más implícitamente con su estado de salud mental<sup>72</sup>. Salvatierra (1989)

El desarrollo de la personalidad en la edad adulta según los estudios sobre los adultos muestran, que el desarrollo continúa durante toda la vida. En la edad adulta temprana (17-22 años), la gente se desarrolla a medida que enfrenta los problemas de abandonar el hogar de sus padres, decidir que carrera estudiar, establecer relaciones, familias y metas para la vida.<sup>73</sup>

<sup>72</sup> Email <http://www.psicomed.com/autoest.htm>

<sup>73</sup> Papalia Diane E. Y Wendkos Olds DESARROLLO HUMANO. Ed Mc Graw Hill 4ª edición 1992 Pp 473



Según Levison citado por Papalía, el objetivo del desarrollo de los adultos es establecer la estructura de la vida, existiendo periodos de transición y periodos de estabilidad alternados durante toda la edad adulta temprana. (Ob. Cit.)

Los estudios sobre las mujeres adultas señalan que las diferencias de sexo existen en los caminos a la identidad: tradicionalmente, los hombres se han definido así mismos desde el punto de vista de la separación y la autonomía; mientras que las mujeres parecen lograr la autonomía a través de las relaciones y los vínculos.

Los eventos de la vida, entre ellos la maternidad pueden ser de dos clases. Los esperados (normativos) o inesperados (o no normativos.) La programación puede afectar la normatividad de un evento. Los eventos que se perciben como "fuera de tiempo" son generalmente más llenos de estrés que los que ocurren "a tiempo".

El tener un hijo marca una gran transición en la vida de una pareja, desde compartir la responsabilidades reciprocas, hasta tener la totalidad de la responsabilidad de una nueva vida. La paternidad tiene un efecto variado en las parejas; en las parejas que son estériles pueden padecer efectos psicológicos contrarios. Algunas parejas están probando la fertilización in vitro, el uso de espermatozoides y de óvulos de donantes, y la maternidad sustituta.

Resumiendo durante toda la vida el ser humano va sufriendo diversos cambios en la forma en que se identifica e identifica a los demás, cuando es bebé no logra diferenciar, entre él y su madre, poco a poco distingue que son dos seres diferentes en todos sentidos, y cuando busca conocer su ambiente logra comenzar a separarse, poco a poco de su madre e identifica sus capacidades, se convierte en un ser que va adquiriendo seguridad en si mismo Su cuerpo le pertenece, al llegar a la adolescencia, comienza a perder la noción de su cuerpo y como diría



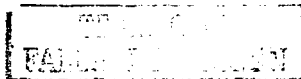
Aberastury A., (1988)<sup>74</sup> sufre el duelo por la pérdida de su cuerpo de niño entre otros, cuando llega a la edad adulta temprana, llega el momento de decidir y afrontar que su vida esta casi totalmente en sus manos, y que toda decisión importante como sus estudios, va influir en su futuro próximo, así como cual será el estilo de relaciones con amigos y parejas, en el momento que decide formar una pareja estable o casarse, deja generalmente su casa, y asume la responsabilidad de cuidarse y cuidar a su pareja, cuando llega un hijo esté o no esté casado, se enfrenta con la necesidad de decidir, si de cambiar su estilo de vida. La mujer se enfrenta a una serie de cambios, como son los cambios de su cuerpo y emocionales, pues ella cambia su rol de ser hija a ser madre, surgiendo nuevas triangulaciones, se enfrenta nuevamente a la separación de un ser que dependía tonalmente de ella, ahora, este ser tiene sus propios deseos y necesidades, surgen preguntas, tales como: ¿Seré buena madre?, y ¿Como se educa a un hijo?, ¿Mi pareja será buen padre?, Así como se enfrenta nuevamente a cambios físicos.

El autoconcepto es la imagen de la personalidad total, la imagen que uno tiene como entidad física y psíquica. Al ser el individuo un ser bio- psico-social, no se puede considerar a la imagen corporal como aislada, ni de los social, ni de lo emocional. La forma que cada persona se percibe o conceptualiza; se siente, se vive, determina en gran medida la forma en que actúa, sus necesidades, y deseos así como sus motivaciones y expectativas hacia sí mismo y los demás.

Para el presente estudio se tomó como definición de autoconcepto:

El autoconcepto es en esencia una simbolización del organismo, una visión interior personal que se puede delimitar objetivamente de la realidad externa. Esta visión incluye todas las ideas y sentimientos que una persona tiene respecto de las propiedades de su cuerpo, las cualidades de su mente y sus

<sup>74</sup> Aberastury a Y Knobel M. LA ADOLESCENCIA NORMAL UN ENFOQUE PSICOANALITICO. Ed Paidós 1ª edición 1988



convicciones del individuo, sus concepciones sobre el pasado y prospectos futuros. Por lo tanto el self se refiere a la persona total del individuo (Bar-On,1985; Horrocks, 1984; Jersild Brook 1978 y Linfon,1971)<sup>75</sup>

TESIS DE  
FALLA DE ORIGEN

---

<sup>75</sup> Alvarez Mora Ma. Beatriz. ESTUDIO COMPARATIVO DEL AUTOCONCEPTO EN UN GRUPO HOMOSEXUAL Y UN GRUPO HETEROSEXUAL. Tesis de licenciatura U N A M (1995)

# CAPITULO CUARTO

## SÍNDROME DE DOWN



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

87-A

## CAPITULO CUARTO

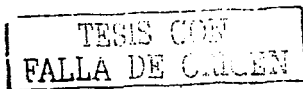
### 4.1 CONCEPTO DE SINDROME DE DOWN (EN ADELANTE: S.D.).

El Síndrome de Langdon Down, se reconoció hace aproximadamente un siglo como entidad nosológica; en 1866 John Langdon Down, siendo director de un Asilo para retrasados mentales en Inglaterra, por primera vez describió el S.D., llamándolo **Mongolismo**, según este autor el mongolismo representaba una forma de regresión al estado primario del hombre, semejante a la raza mongólica, clasificó los diversos tipos de idiocia congénita en etíope, malayo e indamericano. Partiendo de la descripción de las características físicas, y que ellos a veces no se parecen a sus familiares, sino a niños de raza Mongólica.

El doctor Edouard Seguin, de Francia, fue otro de los que reconoció las características clínicas de estos niños, por primera vez en 1846, dio una descripción detallada, veinte años más tarde en su libro "*La idiocia y su tratamiento por métodos psicológicos*". Este autor se oponía a la analogía mongólica aduciendo que el parecido se debía simplemente a una reducción o acortamiento de la piel en el párpado. Igualmente atribuía el trastorno a una forma de "cretinismo furfuráceo", siguiendo este patrón describió diversas características.

De investigador a investigador, fueron analizando las características físicas y psicológicas, pero sin descubrir el origen.

Fue hasta 1959, que los doctores Lejeune, Gautier y Turpin llegaron a la conclusión por medio del cariotipo, que la causa etiológica se debía a un cromosoma extra. Estudios posteriores realizados en 1960 y 1961 por Penrose y otros investigadores más descubrieron la traslocación y el mosaicismo. Actualmente en las investigaciones del genoma humano se están estudiando el cromosoma XXI, por lo que aún falta mucho por saber de este síndrome y sus características.



## 4.2 ORIGEN Del S.D. ASPECTOS GENÉTICOS

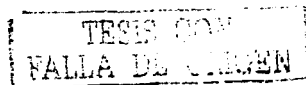
Las 23 parejas de genes.

Todo ser humano se ha desarrollado a partir de una célula original llamada *zigoto* (resultado de la fusión de un óvulo con un espermatozoide), ésta posee típicamente como material genético (siendo éste, en el que de alguna manera está escrito cómo se construye y funciona el cuerpo humano) un total de 46 cromosomas. De los 46 cromosomas, 23 vinieron de la madre (en el óvulo) y los otros 23 del padre (en el espermatozoide), por lo que en esa célula original, primaria, cuenta con 23 pares de cromosomas.

En cada par, los dos cromosomas son muy similares, excepto el caso de los cromosomas sexuales, donde el X es muy diferente del Y (pero esto vale para los varones, ya que las hembras tienen dos X, es decir, para las mujeres también el par de cromosomas sexuales es similar entre sí). Cada par dado es, a su vez, netamente diferente a los demás, ello permite diferenciarlos dándole un nombre distintivo a cada uno, así se tiene, el par sexual y el resto, que se numera del 1 al 22.

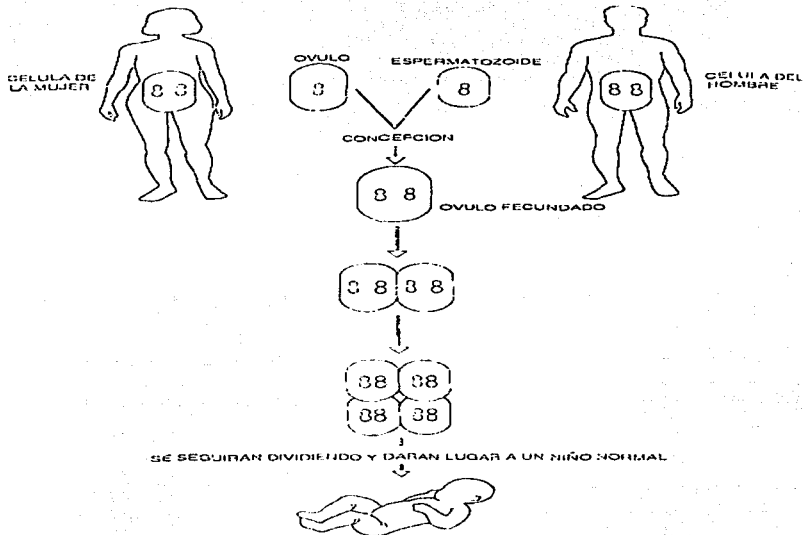
Será bueno aclarar aquí que un cromosoma es, de una manera sencilla, una larga cadena de genes, y que un gen es una unidad, significativa, de información genética. Valga el siguiente símil: un periódico es al cromosoma lo que una de sus noticias concretas a un gen. El ADN es el material básico de los genes y, por tanto, de los cromosomas.

Cuando esa primera célula, el cigoto, va multiplicándose para formar el cuerpo pluricelular de la nueva persona, cada una de sus células descendientes o 'hijas' (y también las 'hijas' de las 'hijas') va heredando aquél mismo material genético original (comúnmente los 23 pares de cromosomas), es decir, que





finalmente todas (o prácticamente todas, hay excepciones) las células del cuerpo tienen los mismos cromosomas que poseía la célula primaria.



76

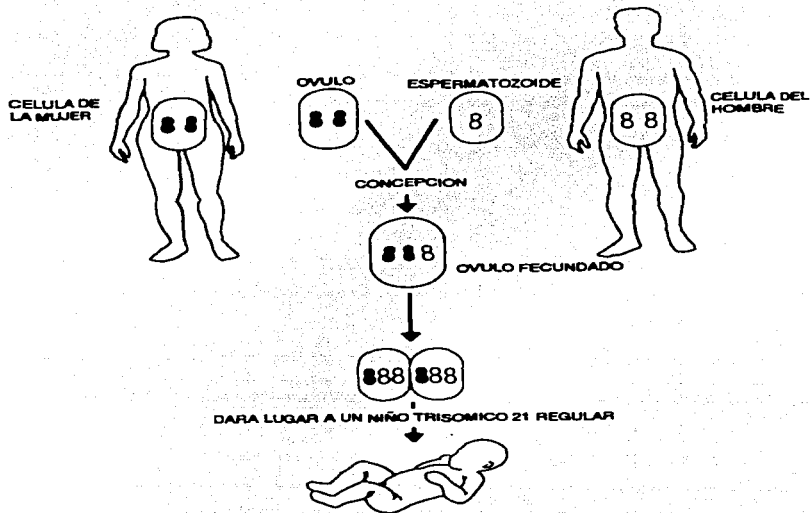
#### 4.3 CARACTERISTICAS Y TIPOS UN CROMOSOMA DE MÁS.

El S.D. se caracteriza biológicamente por un exceso de material genético correspondiente al par cromosómico 21. Lo más corriente es que tal 'exceso' esté determinado por la presencia de tres cromosomas en lugar del más

<sup>76</sup> Jasso Luis EL NIÑO DOWN (Mitos Y Realidades)Ed. Manual Moderno 1991

TRISOMIA 21  
TRISOMIA 21

habitual par 21, o sea, en total habría 47 cromosomas. Esto se conoce como *trisomía 21*.



77

Las personas con SD ya tenían la trisomía en la célula original de la cual proceden y por tanto en todas las células que forman su organismo.

Jasso Luis EL NIÑO DOWN (Mitos Y Realidades)Ed Manual Moderno 1991

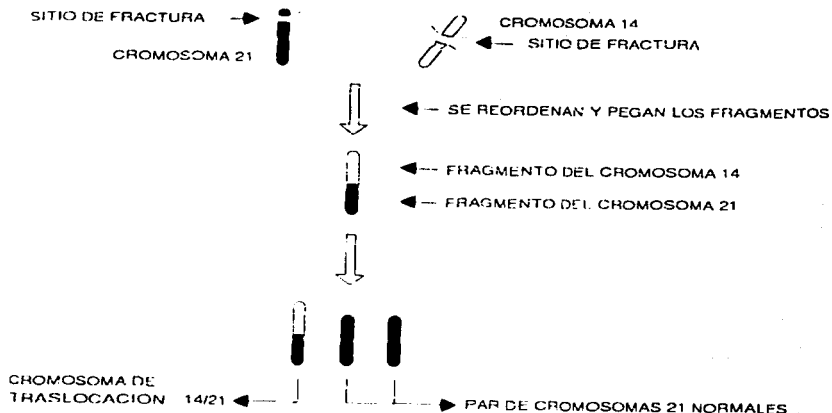
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

91

En realidad, lo dicho vale para el 95% de los casos, resta un 4% donde se habla de trisomía sino de *traslocación*, y un 1% donde lo que aparece es *mosaicismo*.

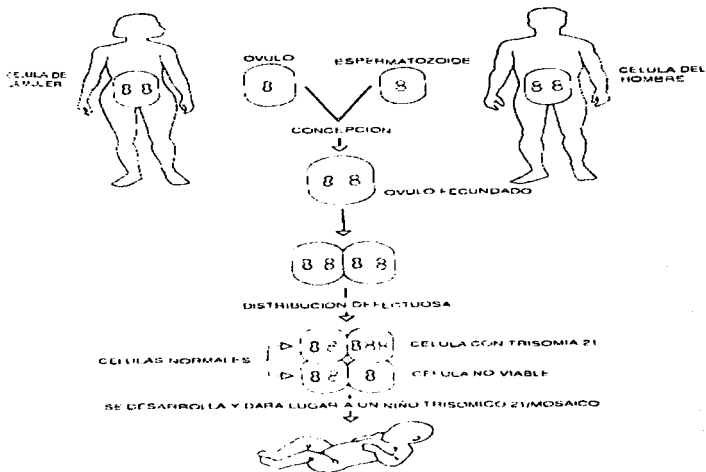
### TRANSLOCACIÓN.

En este caso no hay triplicidad del cromosoma 21 sino sólo de uno de sus segmentos. Es decir, existe una pareja normal de cromosomas 21 pero 'pegado' a otro cromosoma aparece otro fragmento del 21. Este fragmento existiría, pues, por tres veces y la persona que porta esta característica genética tiene SD. Esto informa que es sólo un grupo de genes, y no el cromosoma 21 completo, el que está implicado en el origen del SD.



## MOSAICISMO.

También se da trisomía 21, pero no en todas las células. La trisomía no surgió a causa de un cromosoma extra en alguno de los gametos (óvulo o espermatozoide) sino en el embrión en desarrollo. Alguna célula de éste surge con trisomía y luego la transmite al multiplicarse ella misma. El resultado es un organismo donde células trisómicas conviven con otras que no lo son. Las personas con esta variedad de SD presentan, en general y dentro de la variabilidad que también les es propia, menos déficits fisiológicos y de desarrollo que el resto de personas con S.D.



## INCIDENCIA Y DIAGNÓSTICO PRENATAL.

Esta característica genética es relativamente frecuente y afecta aproximadamente a uno de cada 700 nacimientos. Por lo que se conoce, tal proporción no depende de la raza o nivel social de los progenitores. Si se da, en cambio, una correspondencia entre la edad de la madre y la incidencia del síndrome, a más edad, más posibilidad de trisomía 21. Este aumento de riesgo se pronuncia especialmente a partir de los 35 años, también es frecuente encontrado en madres adolescentes (4 de cada 100 embarazos)

El diagnóstico durante el embarazo consiste en el análisis de células procedentes del embrión en las que se trata de hacer un examen y recuento de los cromosomas que llevan, esta visualización de los cromosomas se llama *cariotipo*.

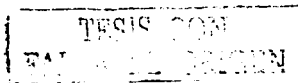
Hay dos alternativas de análisis, una es la *biopsia de corion*, que se realiza desde las 10-13 semanas de gestación, y la otra es la *amniocentesis* (a partir de células del líquido amniótico), que puede ser llevada a cabo, en general, a partir de la semana número 15.

Con anterioridad a estas pruebas, que revelan resultados definitivos se pueden hacer, desde los inicios de la gestación, determinados análisis bioquímicos de sangre que rastrean la presencia cuantitativa de ciertas moléculas que informan sobre 'posibilidad' o 'riesgo'.

## 4.4 TRASTORNOS MÁS FRECUENTES

### NIVEL COGNITIVO.

Tomando como base los tests de Coeficiente Intelectual estándares, los niños con SD son clasificados frecuentemente con niveles de retardo mental débil, incluso cierto porcentaje se encuentra en el grupo de coeficiente normal-bajo. Sin embargo, tales tests no constituyen una referencia única en cuanto a las



capacidades de estas personas, muy a menudo sorprenden con su memoria, su intuición y su creatividad.

Contrariamente a lo que muchos pensaban (o piensan), las personas con SD no están condenadas a un 'congelamiento' intelectual equivalente al de niños sin retardo de 5-8 años. Los especialistas de todo el mundo están más bien sorprendidos y entusiasmados con el potencial de desarrollo que estas personas muestran y que nadie había supuesto antes. En la actualidad se puede decir que los límites en el desarrollo de los niños con SD no están firmemente establecidos, y que van a depender muy directamente de la idoneidad de los programas de estimulación precoz y educativos, también hoy en pleno proceso de exploración.

#### RASGOS FÍSICOS.

Aunque presentes de manera general, estos atributos, considerados como distintivos, tienen un amplísimo grado de variabilidad por cuanto que su presencia es más o menos acusada según las personas concretas. Algunos de estos caracteres diferenciadores señalan a:

Hipotonía	80%
Reflejo de Moro disminuido	85%
Articulaciones con hiperflexibilidad	80%
Exceso de piel en cuello posterior	80%
Perfil plano de la cara	90%
Oblicuidad de la fisura palpebral	80%
Anomalías del pabellón auricular	60%
Displasia de la pelvis	70%
Displasia de la falange media del quinto dedo	60%
Pliegue palmar simiano	40%

TEJAS ENRIQUE  
FALLA DE ORIGEN

El cráneo, tiende a ser más pequeño, en su circunferencia y diámetro anteroposterior, sin llegar a la microcefalia

El crecimiento de los huesos de la parte media de la cara es menor a la de los regulares, por lo que ojos, nariz y boca no son solo pequeños, sino que se encuentran agrupados en forma estrecha unos con otros.

Los ojos (de tipo almendrado): Langdon Down (1957) dijo respecto a los ojos que se encuentran colocados de forma oblicua y que la orilla interna de ellos, es más distante uno de otro.

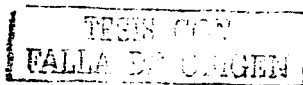
La nariz es variable, sin embargo frecuentemente presentan hundimiento de la raíz (puente), la cual por otra parte es respingada. Los maxilares y boca con tendencia a un tamaño reducido, mala oclusión dental).

Desarrollo corporal con tendencia a menor estatura media que la población general y cierta tendencia a la obesidad.

Abdomen, en los niños menores a un año, se aprecia agrandado y distendido, lo que es atribuible al bajo tono muscular, entre otros.

## FISIOLOGÍA.

Las personas con SD tienen una incidencia elevada de cardiopatías congénitas (35 a 50%), en general septaciones incompletas y válvulas defectuosas. Se hace imperativa, pues, la realización de un electrocardiograma durante los primeros 2 meses de vida. La carencia de este sencillo diagnóstico precoz conlleva en muchos casos la irreversibilidad de una serie de complicaciones asociadas a la cardiopatía y la imposibilidad de intervención quirúrgica. Cuando se determina a tiempo, los resultados del tratamiento son muy buenos en general.



Otro grupo de afecciones más comunes entre personas con S.D. con respecto a la población general lo constituyen ciertos desequilibrios hormonales e inmunológicos, como: problemas en relación con el nivel de hormonas tiroideas y una cierta debilidad ante infecciones.

También se consideran como relativamente frecuentes problemas de naturaleza gastrointestinal y los riesgos para la leucemia y la enfermedad de Alzheimer están aumentados.

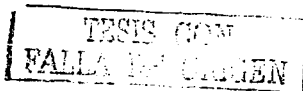
La longevidad de las personas con SD es muy variable., va aparejada al nivel de salud de que disfruta cada uno y éste es terriblemente variado, tanto que un índice de este tipo es francamente poco útil si no se aplica por grupos específicos.

Los niños con SD se parecen físicamente más a sus familiares que entre sí; tienen una gama completa de emociones y actitudes; en sus juegos y travesuras son creativos e imaginativos; de hecho cuando alcanzan el estado adulto pueden llegar a tener, con un grado de apoyo variable y una vida independiente.

#### **4.5 NIVEL DE VIDA Y TRATAMIENTO.**

Hasta la fecha no se conocen tratamientos médicos ni farmacológicos para la 'cura' del S.D. la posibilidad de evitar o eliminar el cromosoma extra no existe. Sin embargo, algunos afirman que la administración a estas personas de determinados suplementos nutricionales (minerales y vitaminas) e incluso de algún medicamento existente en el mercado podrían, al menos en parte, combatir ciertas patologías típicas (como la sensibilidad a infecciones) y problemas de desarrollo (intelectivo, entre otros); se trata de un debate abierto en espera de resultados.

En todo caso, los científicos están convencidos de que la identificación de los genes implicados en el origen del SD, tanto del cromosoma 21 como de otros, que





interactúan con los primeros, va a constituir la clave que permita entender las sutiles y complejas rutas bioquímico- fisiológicas que llevan a la aparición del SD. Esto permitirá idear soluciones terapéuticas que combatan, al menos en gran medida, los efectos no deseados de la 'sobredosis' génica del 21.

Lo que sí está perfectamente claro a estas alturas es que una adecuada atención afectiva, educativa y social, aplicada desde los primeros momentos sobre estos niños, van a influir decisivamente en el desarrollo de sus potencialidades, generalmente subestimadas. Estando en un momentos de cambios, de mejoras, en lo que respecta a la sensibilización ante el SD desde muchas perspectivas, entre ellas la médico- científica, lo cual se está traduciendo en que estas personas disfruten, cada vez más, de una buena salud y una vida más larga.

#### EPIDEMIOLOGÍA DEL SINDROME DE DOWN

El síndrome de Down afecta a uno de cada 700 neonatos. Es más común en niñas en una proporción de 3 a 1 con varón. Con mayor frecuencia el síndrome es causado por trisomía 21 en el grupo G, que es resultado de la falta de disyunción cromosómica. Existe una distribución desigual de los cromosomas durante la reducción y división normales, y en consecuencia, el óvulo puede poseer al final un cromosoma G adicional y el cigoto tener 47 cromosoma en vez de 46. La probabilidad de falta de disyunción aumenta con la edad de la mujer, como se señala en la siguiente tabla:

Posibilidades crecientes de la falta de disyunción y síndrome de Down, y mayor edad de la embarazada\*

Edad materna	Posibilidades de falta de disyunción
20 años	1 caso en 1000
40 años	1 caso en 100
45 años	4 casos en 100

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Uchida IA. Epidemology of mongolism. The Manitoba sutdy. Ann N:Y. Acad Sci 1970: 361.

Es importante diferenciar entre las causas del síndrome de Down, por las consecuencias que tiene el consejo genético.

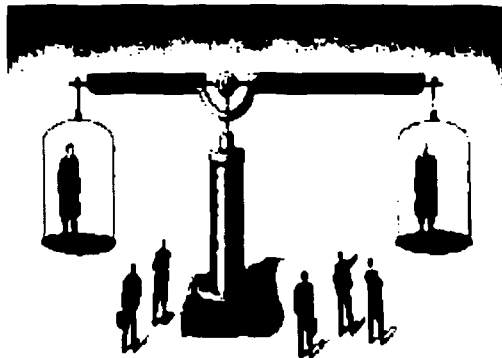
Si la madre posee un cromosoma translocado con un número modal de 45 cromosomas, las posibilidades de que procrea un niño con síndrome de Down es de uno a tres. Sin embargo si ella ha procreado un hijo con síndrome de Down por falta de disyunción, las probalidades que procrea otro igual son de uno a 500.

En nuestro País, no se tiene una cultura con relación a este grave problema bioético, y un buen número de veces, en especial en el área rural, hay completo abandono a todos niveles de estos niños.

Los tratamientos a realizar tendrán como objetivo mejorar la calidad de vida de estos pacientes y debe enfocarse con un equipo multidisciplinario, con una participación fundamental en los padres.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO QUINTO  
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN



TESIS CON  
FALLA DE JERÓNIM

99-12

## **CAPITULO QUINTO INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN**

### **5.1 ANTECEDENTES DE LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS**

Para entender las técnicas proyectivas, se tienen que ver como un medio que da datos para analizar de forma dinámica y funcional de la personalidad que actúan como parte de un todo, pero para comprender esto, es necesario remitirse a los orígenes de la psicología proyectiva, los cuales se fundamentan principalmente en dos teorías la Gestalt y el psicoanálisis que tienen para este tema unos puntos convergentes que a continuación se mencionan según Lawrence Edwin Abt<sup>80</sup>:

Ambas teorías tiene un estrecho acuerdo con respecto a la estructura de desarrollo de la personalidad. El self freudiano de estructuración múltiple no es esencialmente distinto desde un punto de vista conceptual, de la división de la persona en regiones que establece Lewin. Los intercambios dinámicos y económicos que se postulan en psicoanálisis, tienen lugar con respecto al ello, el yo y el superyo, encuentran una expresión paralela en el sistema de barreras de Lewin y las clases de movimientos que hay entre ellas.

La psicología de la Gestalt, insiste en la totalidad del organismo y por su afirmación de que el todo tiene prioridad sobre las partes. De un modo organicista, esta teoría considera al individuo como un sistema de autorregulación a través de los cambios y las modificaciones del organismo de acuerdo a leyes económicas; el enfoque psicoanalítico habla de cuestiones similares (mecanismos de defensa).

El psicoanálisis postula una relación operativa íntima y esencial entre los mecanismos y dinamisismos psicológicos que funcionan dentro del individuo y la cultura y el ambiente sociantropológico del que siempre forma parte. La aplicación

<sup>80</sup>Lawrence Edwin ABT Y Leopoldo Bellak pp 39-40

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

hecha por J.F. Brown de los principios topológicos a la psicología social y las contribuciones de Lewin y sus colaboradores en la investigación-acción y otras áreas.

Ambas teorías tienen un fundamento teórico, como herramienta para interpretar la personalidad de manera transversal, la que sufre de continuas modificaciones desde el nacimiento hasta la muerte.

Raimy citado por Lawrence Edwin ABT Y Leopoldo Bellak, al hablar de la percepción y autopercepción con relación con el mundo real, crea una hipótesis sobre el papel de los factores internos en la percepción las cuales son:

El concepto de sí mismo es un sistema perceptual aprendido, gobernado por los mismos principios de organización que los objetos perceptuales.

El concepto de sí mismo regula la conducta.

La percepción que una persona tiene de sí mismo puede no ofrecer mayor relación con la realidad externa como en el caso de los psicóticos.

El concepto de sí mismo es un sistema diferenciado pero organizado, de modo que incluso sus aspectos negativamente evaluados, pueden ser definidos por el individuo a fin de mantener su individualidad.

El marco total de este concepto determina la forma en que se perciben los estímulos, así como el olvido o el recuerdo de los estímulos antiguos. Si se modifica el marco total, es posible evocar material reprimido.

El concepto de sí mismo es sumamente sensible en cuanto a permitir una rápida reestructuración si las condiciones lo permiten, pero también puede

TESIS CON  
FALLA DE COPIEN

mantenerse inalterado bajo condiciones que, para el observador constituyen una violenta situación de tensión.

Raimy considera que la psicoterapia tiene una influencia crucial sobre la conducta no directiva, que la concepción de sí mismo es modificada con esos procesos.

## 5.2 EL DIBUJO COMO EXPRESIÓN DE LA PERSONALIDAD Y AUTOCONCEPTO

Leopoldo Caligor al hablar de los dibujos afirma: "desde los tiempos del hombre de las cavernas, el dibujo ha sido utilizado como una forma de comunicación entre los seres humanos; como un vehículo por medio del cual el individuo podría expresar su fuero interno."<sup>81</sup>

En 1935 Schilder, proporcionó dicha fórmula, en su libro *The Image And Appearance Of the Human Body*. Usó la expresión "imagen del cuerpo" y la describió como "la figura de nuestro cuerpo que nos formamos en la mente". Consideró a éste como un concepto más dinámico que estático, ya que el individuo percibe la imagen de su cuerpo como una *gestalt* que se encuentre en un estado constante de transformación y reorganización, en el proceso de actuar y reaccionar a su medio ambiente. (Cit. por Caligor L. 1960)

El también describió una idea fundamental de la relación entre el concepto de sí mismo, su proyección en el dibujo y la potencia de éste último como un instrumento para revelar dinamismos internos, y dedujo que en los dibujos había aspectos estructurales relativamente persistentes, que reflejaban los elementos básicos de la personalidad.

<sup>81</sup> Caligor Leopoldo nueva interpretación psicologica de dibujos de la figura humana. Ed Kapeluz Argentina 1960 Pp 5

### 5.3 DESCRIPCIÓN DEL TEST DE KAREN MACHOVER.

Anderson y Anderson citan a Karen Machover la cual afirma:

*La experiencia adquirida en la aplicación del Goodenough a niños como medida de inteligencia, nos llevo a concebir una técnica de estimación de la personalidad basado en el dibujo de figura humana. Hablamos observado que los niños con un C.I. idéntico, expresaban distintas cosas. Más aun los comentarios espontáneos e irrepitibles de los niños, reforzados y elaborados por asociaciones dirigidas con las figuras, demostraban la validez la riqueza del lenguaje del cuerpo humano<sup>82</sup>*

La técnica del dibujo se basa en el supuesto de que la personalidad no se desarrolla en el vacío, sino en el pensar, sentir y moverse de un cuerpo determinado. Si se parte de este supuesto, es porque el cuerpo con sus tensiones viscerales y esfuerzos musculares, constituye el campo de batalla en la que se enfrentan facciones de necesidades y presiones (Anderson citando a Murray). En términos generales, el dibujo de la persona representa la expresión de sí mismo, o del cuerpo, en el ambiente. Lo que se expresa se podría caracterizar como la imagen corporal.

La imagen corporal se puede definir como una reflexión compleja de autoconsideración - imagen de sí mismo -.

Cuando un individuo se propone "dibujar una persona", tienen que referirse necesariamente a todas las imágenes de sí mismo y de las demás personas que pueblan su mente.

El dibujo participa de los principios derivados del movimiento, expresivo. El cómo se expresa las cosas gráficamente, aspecto expresivo

---

<sup>82</sup> Anderson y Anderson. TECNICAS PROYECTIVAS DE DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO. Ed Rialp. Madrid 1963

depende el dónde, en qué parte de la figura se expresa y del acerca de qué se está expresando en cuanto a contenido de la figura. El aspecto expresivo, es decir la distribución de la energía gráfica, según viene indicada por las omisiones, interrupciones de la línea, perspectiva, esfuerzos, tachaduras y sombreados, se debe interpretar en función del significado atribuido a las diversas partes del cuerpo. El dibujo permite localizar el conflicto.

Machover, K. (1947), fundamenta su test del dibujo de una persona, en los dibujos de un hombre y una mujer. Basándose en su experiencia con dibujos, hace una descripción del método de evaluación de la personalidad que abarca aspectos estructurales y del contenido del dibujo.

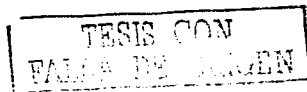
**Esta prueba no exige más material que un lápiz y dos hojas de color blanco**, su administración es sencilla, **consiste en decirle al sujeto al que se le aplica. "Dibuje una persona", luego si dibujo un hombre, se le dice que dibuje ahora una mujer, y viceversa.** Con ésta consigna entran en juego las proyecciones de la persona como ser sexuado, con una identidad donde la proyección en sí misma se realiza a través del grafismo. Machover(1947)

#### **5.4 DESCRIPCIÓN DEL ANÁLISIS CUALITATIVO Y CUANTITATIVO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.**

Es importante mencionar que antes de aplicar el test de la figura humana se aplicó a las madres que conforman la investigación (de niños regulares y niños con S.D.) un cuestionario por varias razones: para obtener información acerca del embarazo y nacimiento del niño así como para inducir el test.

El análisis cualitativo se hizo con base en la observación detallada y comparación de cada uno de los dibujos, siguiendo los aspectos formales y estructurales de Machover y Hammer<sup>83</sup>, entre los que se encuentra:

<sup>83</sup> Hammer F E TEST PROYECTIVO GRÁFICO Y PSICODIAGNOSTICO ED PAIDOS





- ORGANICIDAD
- PERSPECTIVA
- EDAD PLASMADA
- TAMAÑO DEL DIBUJO
- PRESIÓN
- TRAZO
- DETALLES
- EMPLAZAMIENTO
- SIMETRÍA
- PROPORCIONALIDAD
- PRIMER DIBUJO

Para el análisis cuantitativo, Machover asignó una descripción específica a cada uno de los rasgos presentes en los dibujos; con el fin de facilitar la interpretación, se asignaron para el presente estudio puntuaciones arbitrarias entre 0-2 a cada uno de los aspectos elegidos, reflejo del autoconcepto en el dibujo.

La puntuación son en forma ascendente, donde la más baja indica, de manera general que la mujer acepta su autoconcepto. Las puntuaciones altas de cada uno de los aspectos indican, de manera general rechazo o deterioro del autoconcepto expresado a través de omisiones o excesos en el dibujo.

Los criterios se califican con puntuaciones de 0-2

#### **Rasgos Considerados Para el Análisis Cuantitativo Del Presente Estudio.**

Se toman estos aspectos elegidos, ya que el dibujo es resultado de factores biológicos culturales y psicodinámicos los cuales fueron analizados a través de esta técnica proyecta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Criterios formales:**

**ORGANICIDAD.-** Según Luchet, el logro de la opacidad, la eliminación del perfil mixto y la aparición de la perspectiva sucede entre los 7 y ocho años.

**Se califica con: sin transparencias 0; con transparencias 1**

**PERSPECTIVA.-** Machover afirma que el dibujar de perfil puede ser índice de evasión, además la lateralidad del perfil muestra introversión (izquierdo) y extroversión (derecha) si dibuja perfil mixto puede ser índice de un daño orgánico.

**Se califica con: frente 0; perfil derecho 1; perfil izquierdo 2.**

**EDAD PLASMADA .-** muestra la aceptación de su edad o procesos regresivos.

**Se califica con : representa su edad 0; representa menos edad 1;  
Representa mayor edad 2.**

**TAMAÑO DEL DIBUJO.-** si el dibujo ocupa menos de un tercio de hoja puede ser asociado con conductas de baja valoración; si el dibujo es de 2/3 muestra la capacidad de enfrentar el medio que le rodea sin caer en la omnipotencia o personalidad narcisista.

**Se califica con :2/3 de la hoja 0; 1/3 de la hoja 1; 3/3 de la hoja 2.**

**PRESIÓN:** Hammer cita a Pfiester, el cual comprobó que tanto los neuróticos temerosos como los esquizofrénicos crónicos y los catatónicos avanzados ejercían muy poca presión, realizando líneas pequeñas y débiles, en cambio los psicópatas, los casos orgánicos, los epilépticos y los encefalíticos, se caracterizan por una fuerte presión. Buck también citado por Hammer, afirma que las personas demasiado tensas pueden presentar líneas con fuerte presión, en extremo las

TRABAJOS CON  
FALLA DE ORIGEN

líneas suaves son típicas de las personas que sufren depresión o que se sienten desubicadas.<sup>84</sup>

**Se califica con: firme 0; débil 1; traspasa la hoja 2.**

**TRAZO:** Hammer, apunta que en general, la longitud del movimiento de un trazo tiende a aumentar en las personas inhibidas y decrecer en las excitables., por ejemplo: los niños que realizan trazos rectos tienden a ser autoafirmativos, mientras que los que realizan trazos circulares son más dependientes y emotivos. Las líneas dentadas constituyen el símbolo de la unidad más agresiva. Buck indicó que las líneas quebradas, indecisas o que poseen continuidad sólo porque fueron varias veces reforzadas, por lo general se asocian con inseguridad o ansiedad

Si las líneas están fragmentadas o embozadas, están muy destacadas, expresan ansiedad, timidez, falta de autoconfianza, vacilación en la conducta y en el enfrentamiento de situaciones nuevas.

**Se califica con : línea recta o curva 0; línea dentada 1; línea fragmentada o desconectada 2**

**DETALLES:** la ausencia de detalles adecuados transmite una sensación de vacío y reducción energética característica de personas que utilizan el aislamiento emocional como defensa y en ocasiones de las personas depresivas. En cambio, el empleo de detalles excesivos, como podría suponerse sobre la base del contacto empírico con una población emocionalmente perturbada, es característico de los obsesivos-compulsivos.

**Se califica con: con detalle 0; sin detalle 1; exceso de detalle 2**

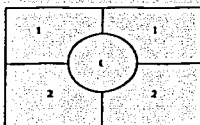
<sup>84</sup> Hammer op cit p 54

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**EMPLAZAMIENTO.-** Su evaluación es parecida al método Miokinético de mira grafológica: si el dibujo queda situado al centro de la hoja, suelen ser personas seguras;

Si el dibujo queda a la derecha son estables y observan su medio ambiente; si esta a la izquierda, es que se halla orientado por sí mismo; si es en la parte alta de la pagina se relaciona con el optimismo, y si es en la parte baja con la depresión.

**Se califica:**



**SIMETRÍA:** los dibujos con fallas en la simetría revelan una inadecuación de los sentimientos de seguridad en la vida emocional. Por el contrario un dibujo que es extremadamente simétrico da efecto de rigidez característico de personalidad obsesiva.

**Se califica con: simétrico 0; asimétrico 1.**

**PRIMER DIBUJO:** la mayor parte de los individuos dibujan primero figuras de su propio sexo, los individuos que dibujan primero al sexo contrario, pueden tener dificultad con la identificación sexual o el rol.

**Se califica con: primer dibujo mujer 0; primer dibujo hombre 1.**

**PROPORCIONALIDAD:** Si algún área se encuentre desproporcionada del dibujo se puede tomar como indicador de conflicto.



**Se califica con: todo proporcionado 0, algún área desproporcionada 1; desproporcionado 2**

A continuación se mencionan algunos aspectos que según Machover pudieran ser relacionados con el tema en cuestión, los cuales de igual forma fueron calificados con puntuaciones arbitrarias oscilantes entre de 0-2.

**Cuello:** el cuello separa la cabeza del cuerpo y puede considerarse como vínculo entre el control intelectual y los impulsos.

El cuello se califica: proporcionado 0; largo y/o desproporcionado 1; sin cuello 2.

Brazos y manos son los órganos corporales del contacto y la manipulación. Si las manos están ocultas puede estar manifestando dificultades en el contacto o sentimientos de culpa en relación con actividades manipulatorias.

**Los brazos se califican: abiertos o extendidos se califican con 0, tomando esto como la capacidad de contacto social; pegados al cuerpo limitando movimiento 1. suelen presentarse en sujetos inhibidos, autistas y agresivos**

Manos las manos funcionalmente se relacionan con el yo y la adaptación social. Con ellas, se come, se toca, se lastima y hasta se mata. En las madres pueden representar a la madre productiva y/o dominante.

**Se califican: presentes y presentes con detalle 0; presentes con puño cerrado 1; ocultas ó ausentes 1**

**Senos:** el busto acentuado

**Se califica: presente 0; acentuado 1, ausente 2. En la figura femenina Ausente 0, presente 1; acentuado 2. En la figura masculina.**

TESIS CON  
FALLA DE ...

Abdomen. Es un rasgo relacionado con la maternidad, ya que es una zona de sensaciones y desarrollo, a veces ocasionando preocupación por la pérdida de un cuerpo.

**Se califica: presente sin detalle 0; remarcado 1; abultado o redondeado 2. En la figura femenina**

**presente sin detalle 0; remarcado 1; abultado o redondeado 2**

Cadera: En las mujeres, una línea exagerada en las caderas puede indicar conciencia de poder por el amplio desarrollo pélvico

**Se califica. Presente proporcionado con la cintura 0; redondeada sin proporción 1; ausente 2. En la figura femenina y masculina**

Ropa. La ropa siempre ha tenido alguna significación libidinosa, cuando, el vestido, de una mujer le llega hasta los tobillos, puede estimarse como indicativo de la figura materna

**Se califica: de maternidad o suelta 0, ropa con algún estilo 1; estilizada remarcada a la cintura 2; en la figura femenina.**

**Ropa masculina 0, ropa unisex 1; sin ropa 2; en la figura masculina.**

Tono animico del rostro. La cabeza es el centro más importante para la localización del propio "Yo" y es la parte más expresiva del cuerpo.

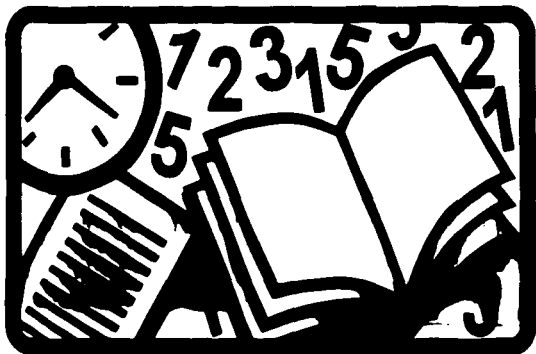
El sujeto que deliberadamente omite rasgos faciales, mostrando una delineación cuidadosa y agresiva del contorno y detalle

En las personalidades esquizodes se encuentran frecuentemente la expresión facial que refleja preocupación autística y narcisista.

**Se califican: sonriente 0; preocupación 1, autística o agresiva 2. En las figuras masculina y femenina.**

# CAPITULO SEXTO

## METODOLOGÍA



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

110-A

## **CAPITULO SEXTO**

### **METODOLOGÍA**

#### **6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

Dentro de la bibliografía revisada se ha podido comprender que la mujer durante el embarazo y el puerperio vivencia diferentes cambios a nivel corporal y psicológico aun así pocos hablan acerca de la diferencia existente entre como se reorganiza y reencuentra la mujer con su ambiente bio-psico-social. Y mucho menos de los cambios que vive su autoconcepto, ya que la mujer suele vivir al hijo (a) como una extensión de su ser.

Tomando en cuenta lo anterior, surge la pregunta ¿Existe modificación del autoconcepto de la mujer que tiene un hijo "especial", específicamente con S. D. y cuál es la diferencia que hay con relación a los que tienen hijos "regulares?".

No se debe olvidar que la mujer que tienen un niño con "discapacidad", vive un duelo, ( la muerte de su hijo imaginario, éste nunca podrá ser totalmente independiente, no se casará, no alcanzará un alto grado a nivel académico, ni tendrá hijos, etc) el cual si no se trabaja, puede perdurar el resto de su vida.

#### **6.2 HIPÓTESIS**

##### **H1(Hipótesis Sustantiva)**

"Existe diferencia en el autoconcepto de madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down"

##### **Ho. (Hipótesis nula)**

" No existe diferencia en el autoconcepto de madres que dieron a luz a niños "sanos" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down"



### 6.3 VARIABLES

Identificación de variables

V.D. autoconcepto

V.I. madres que dieron a luz (niños con S:D y "regulares")

Variabes extrañas

Las variable extraña que sé controló en la investigación fue:

El haberse enterado durante el embarazo del padecimiento del producto

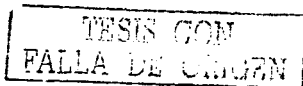
Definición de variables

Se entiende como autoconcepto: El autoconcepto es en esencia una simbolización del organismo, una visión interior personal que se puede delimitar objetivamente de la realidad externa. Esta visión incluye todas las ideas y sentimientos que una persona tiene respecto de las propiedades de su cuerpo, las cualidades de su mente y sus convicciones del individuo, sus concepciones sobre el pasado y prospectos futuros. Por lo tanto el self se refiere a la persona total del individuo (Bar-On, 1985; Horrocks, 1984; Jersild Brook 1978 y Linfion, 1971)<sup>65</sup>

Niños regulares: Niños que aparentemente no muestran daño orgánico durante el primer año de vida.

S. D. tipos: Mozaisismo, traslocación y trisonomía XXI regular

\*Álvarez Mora Ma. Beatriz. ESTUDIO COMPARATIVO DEL AUTOCONCEPTO EN UN GRUPO HOMOSEXUAL Y UN GRUPO HETEROSEXUAL. Tesis de licenciatura U.N.A.M. (1995)



#### **6.4 Muestra**

La muestra se conformó por autoselección, por un total de 66 mujeres de las cuales se formaron dos grupos uno es, el de las madres de niños con S. D. y el segundo de las madres cuyos hijos son "regulares".

#### **6.5 Escenario**

La investigación se realizó en un CENDI y en una guardería de la SEP donde se captó a las madres de los niños regulares y en la Fundación John Langdon Down y C.A.M. de la SEP. donde se captó a las madres de los niños que padecen S.D.

#### **6.6 Diseño de la investigación**

Se trata de un diseño bi-grupal, ex post facto; en donde los dos grupos se compararon

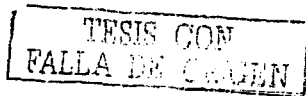
#### **6.7 Material**

Hojas de color blanco(2)  
Lápiz del No. 2  
Una goma  
1 tabla Baco  
Cuestionario.

#### **6.8 Instrumentos.**

Test de la Figura Humana (Karen Machover)

Cuestionario de datos básicos



## 6.9 Procedimiento

Se acudió al Cendi, guardería de la SEP, F.J.L.D., y C.A.M. de S.E.P. con una carta expedida por la Universidad Salesiana, en donde se solicitó la autorización para aplicar el cuestionario y los test a las madres de niños "regulares y con S.D.", presentando el proyecto de investigación y se realizó el compromiso de entregar el reporte final. Al obtener las autorizaciones, se acudió a realizar el test mencionado y un cuestionario inductivo(anexo 1).

Una vez que accedían, el entrevistador proporcionaba el cuestionario de datos generales con un lápiz y goma donde seleccionaban y subrayaban las respuestas, al finalizar, se aplicó el Test De La Figura Humana De Machover, pidiéndole a las mamás que dibujaran a una figura humana completa, y dependiendo del sexo que dibujaran se les pedía que hicieran el del sexo contrario.

Cuando se terminó con el sujeto, se le agradeció su participación y se procedió a realizar todo el procedimiento con el resto de los sujetos.

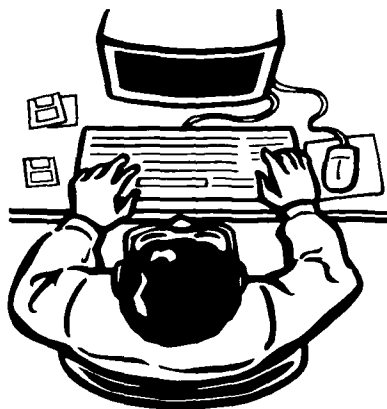
Cuando se cubrió el número de sujetos requeridos para la muestra se organizaron las pruebas y se dio paso al análisis estadístico de las mismas, para evitar calificaciones tendenciosas se revolvieron en una mesa las pruebas de ambas poblaciones y se fueron calificando de acuerdo a los parámetros establecidos. Finalmente se organizó la información obtenida y hacia los datos se le aplicó la prueba estadística "t de Student".

Finalmente se realizó el análisis, interpretación y redacción de resultados cuantitativa y cualitativamente de los datos obtenidos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# CAPITULO SÉPTIMO

## RESULTADOS



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

114-A

## CAPITULO SEPTIMO RESULTADOS

### 7.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS

**Análisis cuantitativo:** una vez terminado el trabajo con las muestras, se calificaron las pruebas siguiéndolos criterios establecidos en el capítulo cinco, obteniéndose tablas de totales por grupo (anexo1)

Las muestras estadísticas con frecuencia incluyen una medida de tendencia central (media, mediana, y moda) y una medida de dispersión (rango, rangos semiintercuartilar, desviación de la media, desviación estándar y varianza, las últimas dos son las más comunes para datos a nivel de intervalo). La aplicación de la estadística depende del nivel de medición de los datos.

Para realizar la elección de la prueba a apropiada se realizó los siguientes pasos:

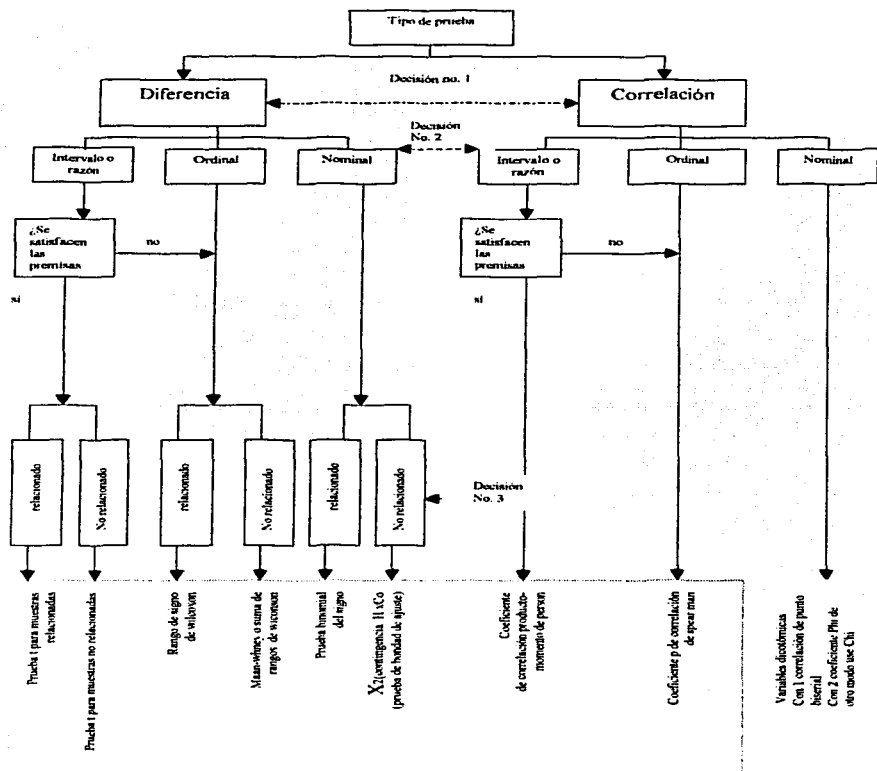
- Se tomo la hipótesis;
- Se eligió la prueba para la hipótesis
- Para decidir la prueba a aplicar: se realizando tres decisiones, siguiendo la tabla de la siguiente pagina<sup>66</sup>:

Tipo de prueba; en este caso de diferencia.

- Diferenciar si es de: Intervalo o razón; ordinal y nominal; en este caso de intervalo o razón.
- Finalmente si es relacionado o no relacionado; en este caso no relacionado.
- Se calculo la prueba
- Se decidió si el resultado es significativo de cada uno de los aspecto

<sup>66</sup> Coolican H. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y ESTADÍSTICA EN PSICOLOGÍA Ed. Manual Moderno Mx:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Para estos datos se utilizó una prueba "t" student de grupos independientes, donde la desviación estándar no se conoce y los grupos tienen la misma cantidad de integrantes, lo cual permitió encontrar diferencias significativas entre los grupos, es decir, no especificando en que aspecto de los calificados están las diferencias. Downie (1986)

Se utilizó la fórmula siguiente

DONDE  $X_1$  SON DATOS DE MAMÁS CON NIÑOS CON S.D., y  $X_2$  SON DATOS DEL GRUPO DE MAMÁS DE NIÑOS REGULARES.

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{\sum x_1^2 + \sum x_2^2}{(N)(N-1)}}$$

	$X_1$	$X_2$
media	19.72	16.72
desviación	1588.54	2384.546
n	33	33
desv. 0.09623		

$t = 3.1$

$t = 1.697 \quad \alpha 0.01$

t OBTENIDA

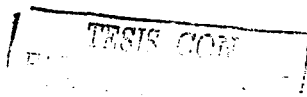
t DE TABLA

Por lo tanto se acepta la hipótesis alterna, ya que la diferencia entre los grupos es significativa

Se trabajó con las siguientes hipótesis:

**Hipótesis Nula:  $H_0: X_1 = X_2$**

No existe diferencia en el autoconcepto de mujeres que dieron a luz niños "regulares" y niños con S.D.



**Hipótesis Alterna H1:  $X1 \neq X2$**

"Existe diferencia en el autoconcepto de mujeres que dieron a luz niños con S.D y "regulares "

Siendo los enunciados

**H1(alterna)**

"Existe diferencia en el autoconcepto de madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down"

**Ho. (Hipótesis nula)**

" No existe diferencia en el autoconcepto de madres que dieron a luz a niños "sanos" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down"

Siendo que el modelo descrito para este problema es:

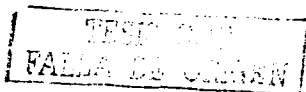
Hipótesis Nula  $H_0: X1 = X2$

Hipótesis Alterna:  $H_1: X1 \neq X2$

**7.2 ANÁLISIS DE RESULTADOS**

Comparación de los aspectos formales y estructurales entre los grupos.

En los aspectos formales y estructurales se realizó análisis estadístico, se utilizó una prueba "t" student de grupos independientes donde la desviación estándar no se conoce y los grupos tienen la misma cantidad de integrantes, lo cual permitió encontrar diferencias significativas entre los grupos; es decir, no especificando en que aspecto de los calificados están las diferencias. Downie (1986), con el fin de aplicar la prueba estadística correspondiente





Se utilizó la fórmula siguiente

DONDE X1 SON DATOS DE  
MAMÁS CON NIÑOS CON S. D., y  
X2 SON DATOS DEL GRUPO DE  
MAMÁS DE NIÑOS REGULARES.

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{\sum x_1^2 + \sum x_2^2}{(N)(N-1)}}$$

**Hipótesis Alternativa: H1: X1 ≠ X2**

El nivel de significancia para los siguientes aspectos formales y estructurales es:

$t = 1.697$   $\alpha = 0.01$   $t$  DE TABLA

### 7.2.1 ORGANICIDAD

#### H1(alterna)

"Existe diferencia en la organicidad plasmada en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

#### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en la organicidad plasmada en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	organicidad Plasmada dibujo de. Mujer	organicidad Plasmada dibujo. Hombre
x(1)	6	8
x(2)	6	4
X1 (2)	6	8
X2 (2)	6	4
MEDIA x1	1818	2424

MEDIA x2	1818	1212
SUMATORIA X1 (2)	4.909	1.818
SUMATORIA x2 AL (2)	4.909	3.515
Sd	3547	0199
*t=	3547	3.438

$t = 1.697 \quad \alpha 0.01$  t DE TABLA

A partir de este resultado, se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que existe diferencia significativa estadísticamente en la organicidad plasmada en el dibujo de la figura humana de hombre y en el caso de la figura de mujer, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula, ya que se mostró diferencia significativa.

**Cualitativamente** se concluye que: en relación con la organicidad, las madres, de los niños con S.D. se encuentran bajo shock emocional, ante el cual presentan desorganización, emocional, y lo proyecta en la imagen masculina.

### 7.2.2 PERSPECTIVA

#### H1(alterna)

"Existe diferencia en la perspectiva plasmada en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

#### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en la perspectiva plasmada en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	Perspectiva Plasmada dibujo de. Mujer	Perspectiva Plasmada dibujo. Hombre

TESIS CON  
VALOR DE CATEGORÍA

x(1)	2	3
X(2)	0	0
X1 (2)	4	5
X2 (2)	0	0
MEDIA x1	0.6060	0.090
MEDIA x2	0	0
SUMATORIA X1 (2)	3 878	4 727
SUMATORIA x2 AL (2)	0	0
Sd	0.300	.33
t=	2.015	2.7

$t = 1.697 < 0.01$  t DE TABLA

A partir de este resultado, se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, ya que existe diferencia estadística significativa, tanto en la perspectiva plasmada en el dibujo de la figura humana de mujer y hombre.

**Cualitativamente** se concluye que: las madres de niños con S.D., suelen dibujar con mayor frecuencia hacia el perfil izquierdo, en una probable añoranza a su vida anterior y/o en una reintroyección en búsqueda de fuerza yoica para afrontar los eventos externos en los cuales esta involucrada.

### 7.2.3 EDAD PLASMADA

#### H1(alterna)

"Existe diferencia en la edad plasmada en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

#### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en la edad plasmada en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	EDAD Plasmada dibujo de.	EDAD Plasmada dibujo.
-----------	-----------------------------	--------------------------

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

	Mujer	Hombre
x(1)	15	20
X(2)	7	10
X1 (2)	15	20
X2 (2)	7	10
MEDIA x1	0.4545	0.606
MEDIA x2	0.2121	0.303
SUMATORIA X1 (2)	5.515	7.878
SUMATORIA x2 AL (2)	4.2	6.96
sd	0.0565	0.00588
*t=	4.2	4.122

$t=1.697$   $\alpha 0.01$  t DE TABLA

A partir de este resultado, se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, ya que existe diferencia significativa estadísticamente, tanto en la edad plasmada en el dibujo de la figura humana de mujer y hombre.

**Cualitativamente** se concluye que: en relación con la edad plasmada, las madres de niños con S.D. presentaron diferencia, elaborando imágenes con una edad plasmada menor a la que tienen, esto puede deberse a que la mujer durante el embarazo y puerperio, suele presentar una regresión psicológica normal, la cual tiene como finalidad la comprensión de la madre con su hijo, las madres de niños con S.D., tienen o requieren por más tiempo prolongar este periodo, ya que los niños suelen necesitar por más tiempo traducciones de sus necesidades; su lenguaje y autosuficiencia son postergados por meses y, en algunos casos, por años.

D. Winnicott<sup>87</sup> describe en su libro "Los procesos de maduración y el bienestar facilitador", esta etapa, a la cual dicho autor denomina "enfermedad normal".

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

<sup>87</sup> Winnicott D. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador Ed. Paidós 1965

## 7.2.4 TAMAÑO

### H1(alterna)

Existe diferencia en el tamaño del dibujo realizado en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

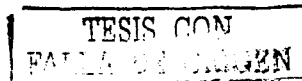
### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en el tamaño del dibujo realizado en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down"

CRITERIOS	TAMAÑO MUJER	TAMAÑO HOMBRE
x(1)	22	20
X(2)	23	25
x1 (2)	24	22
x2 (2)	27	29
MEDIA x1	6666	6060
MEDIA x2	6969	7575
SUMATORIA X1 (2)	9.33	9.878
SUMATORIA x2 AL (2)	10.96	10.06
Sd	0687	068
t=	4410	2.23

A partir de este resultado se aceptó la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, ya que no existe diferencia estadística significativa; en el tamaño del dibujo de la figura humana de mujer y en el caso del dibujo de hombre, se aceptó la hipótesis alterna y se rechazó la hipótesis nula, ya que existe diferencia estadística significativa en el tamaño del dibujo de la figura humana de hombre.

**Cualitativamente** se concluye que, las madres de niños con S.D. viven con dificultad para enfrentarse con el ambiente, y viven a los hombres con mayor capacidad o adaptabilidad al ambiente, esto puede ser parte del proceso de regresión normal que se vivencia en este periodo.



Hammer, refiriéndose al tamaño asevera: " El tamaño expresa cómo responde el individuo a las presiones ambientales. Si las figuras representativas del concepto de uno mismo es pequeña, puede formularse la hipótesis de que el individuo se siente pequeño (inadaptado) y responde a los requerimientos del ambiente con sentimientos de inseguridad."<sup>68</sup>

### 7.2.5 PRESIÓN DEL TRAZO

#### H1(alterna)

"Existe diferencia en la presión del trazo en el test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

#### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en la presión del trazo en el test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	Presión del Trazo mujer	Presión del Trazo hombre
x(1)	9	11
X(2)	7	8
x1 (2)	10	15
x2 (2)	9	22
MEDIA x1	2127	333
MEDIA x2	2121	2424
SUMATORIA X1 (2)	7.545	11.33
SUMATORIA x2 AL (2)	7.515	20.06
Sd	0.0592	0855
t=	1.02	1.063

<sup>68</sup> Hammer. Ob. Cit. pp 75

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A partir de este resultado, se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alternativa, ya que no existe diferencia estadística significativa en la presión del trazo del dibujo de la figura humana de mujer como el de hombre.

**Cualitativamente se concluye que:** las madres realizan trazos débiles debido a su bajo nivel energético generado o exacerbado por el nacimiento de su hijo.

Al respecto Hammer afirma<sup>69</sup> "las líneas suaves y débiles son típicas de personas que sufren de depresión o que se sienten desubicadas."

## 7.2.6 TRAZO

### H1(alterna)

"Existe diferencia en el trazo plasmado en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en el trazo plasmado en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	Trazo Mujer	Trazo Hombre
x(1)	25	30
X(2)	15	21
X1 (2)	47	60
X2 (2)	25	39
MEDIA x1	0.7575	0.909
MEDIA x2	0.4545	0.636
SUMATORIA X1 (2)	28.06	32.72
SUMATORIA x2 AL (2)	18.18	25.63
Sd	0.1038	0.1166
t=	2.91	2.341

t=1.697  $\alpha$  0.01 t DE TABLA

<sup>69</sup> Hammer Ob Cit

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A partir de este resultado, se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, ya que existe diferencia estadística significativa, tanto en el trazo del dibujo de la figura humana de mujer, como la de hombre.

**Cualitativamente** se concluye que, en el trazo las madres con niños con S:D. presentaron trazo fragmentado y algunas con líneas desconectadas, esto se puede deber a que el hecho de tener un niño con discapacidad; de alguna forma ellas se viven fragmentadas o angustiadas, y no han logrado reconstruir su cuerpo después del parto.

Hammer<sup>90</sup> postula al respecto: si las líneas fragmentadas o embozadas están muy destacadas, expresan ansiedad, timidez, falta de auto confianza, vacilación en la conducta y enfrentamiento con situaciones nuevas.

### 7.2.7 DETALLES

#### H1(alterna)

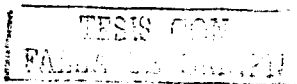
"Existe diferencia en los detalles plasmados en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

#### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en los detalles plasmados en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	DETALLES MUJER	DETALLES HOMBRE
x(1)	22	18
X(2)	29	31

<sup>90</sup> Hammer F E TEST PROYECTIVO GRÁFICO Y PSICODIAGNOSTICO Ed. PAIDOS





$x1 (2)$	24	20
$x2 (2)$	37	41
MEDIA $x1$	0.66	0.545
MEDIA $x2$	0.878	0.939
SUMATORIA $X1 (2)$	9.33	10.18
SUMATORIA $x2 AL (2)$	11.515	11.878
$Sd$	0.0697	0.0717
$t=$	3.12	5.49

$t=1.697 \quad \alpha 0.01 \quad t \text{ DE TABLA}$

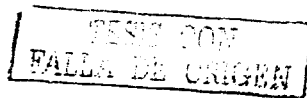
A partir de este resultado se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, ya que existe diferencia estadística significativa, tanto en los detalles plasmados en el dibujo de la figura humana de mujer, como de hombre.

**Cualitativamente** se concluye que, en los detalles plasmados es probable que las madres se encuentren sumergidas en un proceso de duelo, presentando reducción energética característica de personas perturbadas emocionalmente.

Hammer<sup>91</sup> asiente al respecto: "los niños y los adultos neuróticos, que sienten que el mundo que los rodea es incierto, impredecible y/o peligroso, se defienden contra el caos interno o externo creando un mundo muy estructurado y ordenado con rigidez." Estas personas necesitan que sus dibujos sean muy exactos; por ello crean elementos rígidos y repetitivos: no hay nada fluyente en ellos, nada relajado en las líneas ni en los dibujos en su conjunto: todo esta como reunido por la fuerza, como si sintieran que sin esta presión todo se desmoronaría."

En la figura masculina se proyecta con mayor frecuencia la diferencia en presencia de detalles, esto se puede deber a una proyección o a que el hijo suele ser de ese sexo.

<sup>91</sup> Hammer F E TEST PROYECTIVO GRÁFICO Y PSICODIAGNOSTICO ED PAIDOS



## 7.2.8 EMPLAZAMIENTO

### H1(alterna)

"Existe diferencia en el emplazamiento plasmado en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en el emplazamiento plasmado en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	Emplazamiento Mujer	Emplazamiento hombre
$x(1)$	33	32
$X(2)$	7	19
$x1 (2)$	53	63
$x2 (2)$	8	28
MEDIA $x1$	1.606	.9696
MEDIA $x2$	0.212	.575
SUMATORIA $X1 (2)$	20	10.18
SUMATORIA $x2 AL (2)$	6.5	11.878
$Sd$	0.07859	.1068
$t=$	2.31	3.694

$t=1.697$   $\alpha 0.01$   $t$  DE TABLA

A partir de este resultado se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, ya que existe diferencia estadística significativa, tanto en el emplazamiento del dibujo de la figura humana de mujer como el de hombre.

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS  
FALLA DE CALLES

**Cualitativamente se concluye que en el emplazamiento:** la mayoría de las madres con niños con S.D. dibujaron en la parte inferior de la hoja y del lado izquierdo, tanto en el dibujo de la figura femenina como masculina, por lo que se deduce que se viven orientadas hacia sí mismas en forma depresiva.

Hammer cita una hipótesis de Buck<sup>92</sup>, acerca del emplazamiento, para entender el eje horizontal de la pagina: "Cuanto más hacia la derecha del punto medio de la hoja esté el punto medio del dibujo, más probable es que el individuo tenga un comportamiento estable y controlado, postergue la necesidad e impulsos, y prefiera las satisfacciones intelectuales a las emocionales; a la inversa, cuanto más a la izquierda del punto medio de la página se encuentre el punto medio del dibujo, mayor es la probabilidad de que el individuo tienda a comportarse impulsivamente y busque satisfacción inmediata, franca y emocional de sus necesidades e impulsos."

## 7.2.9 SIMETRIA

### H1(alterna)

"Existe diferencia en la simetría plasmada en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en la simetría plasmada en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

---

<sup>92</sup> Hammer F E TEST PROYECTIVO GRÁFICO Y PSICODIAGNOSTICO ED PAIDOS

CRITERIOS	SIMETRÍA	simetría h.
x(1)	15	14
X(2)	9	9
x1 (2)	15	14
x2 (2)	9	9
MEDIA x1	0.45	0.4242
MEDIA x2	0.2727	0.2727
SUMATORIA X1 (2)	8.18	8.06
SUMATORIA x2 AL (2)	6.545	6.545
Sd	0.05858	0.0583
t=	3.02	2.5

$t=1.697 \alpha 0.01$  t DE TABLA

A partir de este resultado se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, ya que existe diferencia estadística significativa en la simetría plasmada en el dibujo de la figura humana de mujer y hombre.

**Cualitativamente, en cuanto a la simetría se observó:** Que las madres de niños con S.D. presentaron dibujos que plasmaron asimetría, la cual se puede deber a una inadecuación en sus sentimientos de seguridad en la vida emocional.

Stern Daniel<sup>93</sup> afirma al respecto de la estabilidad emocional de una madre: "Con el nacimiento de un bebé sano, la mayoría de las madres se ven a sí mismas como seres humanos capacitados, es decir, como capaces de continuar la especie, a través de dar a luz a un bebé sano: la madre de un bebé con discapacidad está herida en el mismo centro de esta tarea; ella y el padre generalmente sienten dolor y una culpa que darán color a sus experiencias de paternidad en un futuro inmediato y a veces mucho más tarde. De hecho, dudan si son capaces de amar a un bebé imperfecto que los ha sumido en un estado de caos. A menudo llegan a cuestionarse si realmente quieren mantener vivo a ese bebé." Tomando en cuenta lo anterior, las madres de niños con S.D. se ven afectadas en su sentimiento de seguridad.

<sup>93</sup> Stern Daniel y Bruchweiler- Stern Nadia. EL NACIMIENTO DE UNA MADRE. Ed. Paidós 1999

## 7.2.10 ORDEN EN QUE FUERON REALIZADOS LOS DIBUJOS

### H1(alterna)

"Existe diferencia en el orden en que fueron realizados los dibujos que representan mujer y hombre en el test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

### Ho. (Hipótesis nula)

"No Existe diferencia en el orden en que fueron realizados los dibujos que representan mujer y hombre en el test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	PRIMER DIBUJO
x(1)	9
x(2)	12
x1 (2)	9
x2 (2)	12
MEDIA x1	.2727
MEDIA x2	.3636
SUMATORIA X1 (2)	6.54
SUMATORIA x2 AL (2)	7.36
Sd	.05748
t=	1.58

A partir de este resultado se acepto la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa, ya que no existe diferencia significativa estadísticamente hablando, en el orden en que fueron realizados los dibujos de la figura humana de mujer y hombre.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 7.2.11 PROPORCIONALIDAD

### H1(alterna)

"Existe diferencia en la proporcionalidad plasmada en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en la proporcionalidad plasmada en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	PROPORCIONA.	prop. H
x(1)	28	24
X(2)	22	20
x1 (2)	40	36
x2 (2)	28	24
MEDIA x1	0.848	0.7272
MEDIA x2	0.666	0.606
SUMATORIA X1 (2)	16.24	18.54
SUMATORIA x2 AL (2)	13.33	11.878
Sd	0.083	0.0841
t=	2.19	1.441

$t = 1.697$   $\alpha 0.01$   $t$  DE TABLA

A partir de este resultado, se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, ya que existe diferencia estadística significativa en la proporcionalidad plasmada en el dibujo de la figura humana de mujer; Y en el caso del dibujo de hombre, se rechazó la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, ya que no existe diferencia significativa estadísticamente, en la proporcionalidad plasmada.

**Cualitativamente** se concluye que, en la proporcionalidad plasmada a las madres de niños con S. D. Se les dificulta la organización psíquica de su cuerpo, lo cual se refleja en este aspecto, esto se puede deber a que ellas, se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

encuentren en un proceso de duelo, si es que lo iniciaron, y/o se les este dificultando reconstruir su propio cuerpo, debido a que el cuerpo de su hijo está presentando dificultades y ha que él hijo es generalmente en los primeros meses de dar a luz una prolongación de su propio cuerpo y en ellos, el control de cuerpo, como es desde el sostenimiento de la cabeza, se verá postergado por su hipotonía muscular, al igual que los siguientes procesos madurativos como son: sentarse, arrastrarse, gatear, caminar, etc.

## 7.2.12 CUELLO

### H1(alterna)

"Existe diferencia en el cuello plasmado en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en el cuello plasmado en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	CUELLO MUJER	CUELLO HOMBRE
x(1)	15	19
X(2)	12	13
x1 (2)	19	27
x2 (2)	14	17
MEDIA x1	4545	575
MEDIA x2	3636	3939
SUMATORIA x1 (2)	12.18	16.06
SUMATORIA x2 AL (2)	9.3636	11.87
Sd	.0713	.8068
t=	1.27	2.24

A partir de este resultado se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alternativa, ya que no existe diferencia significativa estadísticamente, en el cuello del dibujo de la figura humana de mujer y en el caso del dibujo de

ESTE CON  
FALLA DE ORIGEN

hombre, se aceptó la hipótesis alterna y se rechazó la hipótesis nula, ya que existe diferencia estadística significativa, en el cuello de la figura humana de hombre.

**Cualitativamente**, se concluye que las madres, viven a los hombres con dificultad en el control de sus impulsos; en un test de figura humana realizado por un padre de un niño con S.D., realizado a petición de él, el cual al observar que a su esposa se le estaba realizando el test. En su test se puede observar rasgos de agresión y desorganización. (Anexo 4)

Esta dificultad de control de los impulsos también puede ser una proyección de su propia dificultad para el control de sus emociones e impulsos.

Machover afirma al respecto "el cuello representa una vía de paso entre el cuerpo cargado de impulsos y las funciones cerebrales, racionalizadoras, integradoras y sublimadas. Como el control de los impulsos constituye un problema central de integración del ego en muchos individuos, el cuello es un área de conflictos"

### 7.2.13 BRAZOS

#### H1(alterna)

"Existe diferencia en los brazos plasmados en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

#### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en los brazos plasmados en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	Brazos mujer	Brazos hombre
X(1)	13	2
X(2)	13	11

TESIS  
FALLA DE ORIGEN



x1 (2)	13	2
x2 (2)	13	11
MEDIA x1	.3939	.6060
MEDIA x2	.3939	.3333
SUMATORIA x1 (2)	7.8	3.878
SUMATORIA x2 AL (2)	7.8	7.33
Sd	.0603	.0511
t=	.0603	5.88

A partir de este resultado se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alternativa, ya que no existe diferencia significativa estadísticamente, en el la ubicación de los brazos dibujo de la figura humana de mujer y en el caso del dibujo de hombre, se aceptó la hipótesis alterna y se rechazó la hipótesis nula, ya que existe diferencia estadística significativa en el movimiento de los brazos de hombre.

**Cualitativamente**, se concluye que las madres de niños con S.D. viven a los hombres con dificultad para relacionarse, esto se puede deber a que con mucha frecuencia, las parejas al tener un hijo con discapacidad presentan distanciamiento emocional y, de hecho, es frecuente el divorcio.

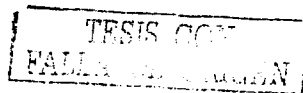
#### 7.2.14 MANOS

##### H1(alterna)

"Existe diferencia en las manos realizadas en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

##### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en las manos realizadas en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."



CRITERIOS	Manos mujer	Manos hombre.
x(1)	4	10
x(2)	16	16
x1 (2)	4	16
x2 (2)	26	30
MEDIA x1	0.1212	0.303
MEDIA x2	0.4848	0.4848
SUMATORIA X1 (2)	3.515	12.96
SUMATORIA x2 AL (2)	18.24	22.24
Sd	0.712	0.09058
t=	5.1	2.07

$$t=1.697 \quad \alpha 0.01 \quad t \text{ DE TABLA}$$

A partir de este resultado, se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, ya que existe diferencia estadística significativa en el dibujo de las manos en el dibujo de la figura humana de mujer y hombre.

Cualitativamente, se concluye que en relación con el dibujo de las manos fue interesante encontrar diferencias, y se presentó mayor ausencia u ocultamiento que con en el dibujo de las madres con niños "regulares"; esto se puede deber a su perfil profesional, ya que aproximadamente la mitad de la población que se tomó, fue en una escuela donde asisten madres que son policías.

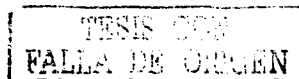
Hammer<sup>94</sup> opina que si las manos están ocultas, el examinado manifiesta dificultades de contacto o sentimientos de culpa en relación con las actividades manipulatorias.

### 7.2.15 SENOS

#### H1(alterna)

"Existe diferencia en los senos plasmados en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

<sup>94</sup> Hammer F.E. Ob. Cit.



### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en los senos plasmados en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	Senos mujer	Senos hombre
x(1)	52	2
X(2)	40	2
x1 (2)	98	2
x2 (2)	74	2
MEDIA x1	1.57	6060
MEDIA x2	1.21	6060
SUMATORIA x1 (2)	16.06	1.878
SUMATORIA x2 AL (2)	25.51	1.878
Sd	.0709	.0295
t=	5.07	.0295

A partir de este resultado, se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, ya que existe diferencia estadística significativa en los senos plasmados en el dibujo de la figura humana de mujer. Y en el caso del dibujo de hombre, se rechazó la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, ya que no existe diferencia significativa estadísticamente, en los senos plasmados.

Qualitativamente se concluye: esta zona es una de las más representativas del conflicto ya que es una zona donde se expresa la dificultad de las madres de enfrentarse al hecho de que son madres y a la realidad de su hijo, el cual en el caso de las madres de niños con S.D. no podrán amamantar, por su bajo tono muscular, y si lo logran al amantar se encontrarán con el rostro de un hijo que no es generalmente el de sus sueños<sup>95</sup>

<sup>95</sup> Stern D Ob Cit

### 7.2.16 ABDOMEN:

#### H1(alterna)

"Existe diferencia en el abdomen plasmado en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

#### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en el abdomen plasmado en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	Abdomen mujer	Abdomen hombre
x(1)	24	11
X(2)	19	3
x1 (2)	36	21
x2 (2)	31	5
MEDIA x1	0.7272	0.3333
MEDIA x2	0.5757	0.0909
SUMATORIA X1 (2)	18.54	17.33
SUMATORIA x2 AL (2)	20.06	4.727
Sd	0.0948	0.0717
t=	1.0598	3.37

$$t = 1.697 \quad \alpha 0.01 \quad t \text{ DE TABLA}$$

A partir de este resultado, se rechazó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, ya que existe diferencia estadística significativa en el abdomen plasmado en el dibujo de la figura humana del hombre; y en el caso del dibujo de la figura humana de la mujer, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa, siendo que no existe diferencia estadística significativa en el abdomen plasmado.

**Cualitativamente** se concluye que, en el abdomen plasmado existe mayor diferencia en las madres de niños con S.D.; esto se puede deber a una proyección de lo que viven con sus hijos, ya que en el caso de éstas, en los niños con

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

síndrome de Down<sup>96</sup> se observa el abdomen agrandado y distendido, principalmente en los niños menores a un año, lo cual es atribuido al bajo tono muscular.

Otra causa puede ser que dichas madres no han dado a luz a su hijo deseado.

### 7.2.17 CADERAS

#### H1(alterna)

"Existe diferencia en las caderas plasmadas en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

#### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en las caderas plasmadas en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	Caderas mujer	Caderas hombre
x(1)	27	6
X(2)	23	11
x1 (2)	39	12
x2 (2)	35	21
MEDIA x1	.818	.181
MEDIA x2	.696	.333
SUMATORIA X1 (2)	16.90	1.090
SUMATORIA x2 AL (2)	18.96	17.33
Sd	.0914	0.811
f=	1.32	1.867

A partir de este resultado se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alternativa, ya que no existe diferencia estadística significativa en las

<sup>96</sup> Perraera Juan SINDROME DE DOWN (Aspectos Especificos) Ed Masson1995

caderas del dibujo de la figura humana de mujer y en el caso de hombre. Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula ya que presentó diferencia en la cadera.

**Cualitativamente.** Se puede observar que las madres de niños con S.D. vivencian a los hombres de cadera redondeada o desproporcionada, esto puede ser generado por un deseo de que ellos compartan, la carga de ese hijo que ellas llevarán; o una proyección de su hijo no nacido (el imaginario).

### 7.2.18 ROPA

#### H1(alterna)

"Existe diferencia en la ropa elaborada en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

#### Ho. (Hipótesis nula)

"No existe diferencia en la ropa elaborada en los dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	Ropa mujer	Ropa hombre
x(1)	34	6
X(2)	32	11
x1 (2)	56	12
x2 (2)	56	21
MEDIA x1	1.030	1.181
MEDIA x2	9696	333
SUMATORIA X1 (2)	20.96	10.90
SUMATORIA x2 AL (2)	24.96	17.33
Sd	1034	.0811
t=	584	1.8680

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A partir de este resultado se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alternativa, ya que no existe diferencia estadística significativa en las ropas del dibujo de la figura humana de mujer y en el caso de hombre. Se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula ya que presento diferencia en las ropas.

Cualitativamente se concluye que las madres de niños con S.D., probablemente por el alejamiento que tienen con sus parejas, las desexualizan y las visten con ropa unisex, como una representación de su inhibición hacia su propia sexualidad.

## 7.2.19 TONO ANIMICO DEL ROSTRO

### H1(alterna)

"Existe diferencia en el tono anímico del rostro elaborado dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

### Ho. (Hipótesis nula)

"No Existe diferencia en el tono animico del rostro elaborado dibujos del test de la figura humana de Karen Machover entre las madres que dieron a luz a niños "regulares" y las que sus hijos presentaron Síndrome de Down."

CRITERIOS	Tono mujer	Tono hombre
x(1)	19	22
X(2)	16	23
x1 (2)	37	44
x2 (2)	30	45
MEDIA x1	5757	666
MEDIA x2	4848	696
SUMATORIA X1 (2)	26.06	29.33
SUMATORIA x2 AL (2)	22.24	28.96
Sd	161	1165
t=	8566	2599

TESIS CON  
FALLA DE CONTENIDO

A partir de este resultado se aceptó la hipótesis nula y se rechazó la hipótesis alternativa, ya que no existe diferencia significativa estadística en el tono anímico del rostro en los dibujos de la figura humana de mujer y hombre.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



# CAPITULO OCTAVO

## CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS



TESIS CON  
FALLA DE CALIBRE

142-A

## CAPITULO OCTAVO.

### 8.1 CONCLUSIONES.

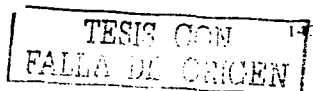
Se comprobaron diferencias de autoconceptos: entre las madres con niños con Síndrome de Down y el de aquellas cuyos hijos son "regulares", con base en los resultados estadísticos, por lo tanto, es de aceptarse la hipótesis alterna.

Se pudo comprobar que el test de la figura humana de Karen Machover es un elemento útil para reconocer aspectos inconscientes, como el autoconcepto, que de manera verbal o escrita resultaría difícil transmitir.

A lo largo de la presente investigación, se logró resaltar la importancia de comprender a la mujer con base en su entorno bio- psico-social, con el objeto de solicitar mayor apoyo y comprensión de los problemas a los que se enfrenta al momento en que tiene un hijo; al mismo tiempo, vive cambios de roles y se incorpora al área laboral, teniendo que dividir su tiempo en ser madre, esposa y profesionista

La mujer que tiene un niño de educación especial, tiene que cambiar la forma que interactúa con sus diferentes campos de acción, lo cual se acentúa con el nacimiento de un niño con dichas características. La mayoría tendrá que dejar su trabajo o truncar su carrera profesional para dedicarse en los primeros años de la vida de su hijo, a asistir a constantes consultas y terapias con diferentes especialistas; a la par que se incrementarán los gastos familiares más de lo esperado.

Casualmente cuando se aplicó el último test en una de las escuelas de niños con S.D., la pareja de ella insistió en que también se le dieran los cuestionarios, y se encontró que esta persona presentó: perfil mixto, y el rostro



plasmado fue agresivo a su vez el tipo de línea era muy reforzada, a punto de romper la hoja, sus dibujos en general, eran impactantes a la vista, por el coraje que transferencialmente generó; esto produjo la reflexión de que las parejas de dichas mamás también se encuentran con dificultades emocionales, las cuales son dignas de estudiar, para buscar la forma de apoyar a los padres también, dado que ellos son heridos narcisísticamente por tener un hijo con discapacidad. Si bien es cierto que los programas de apoyo son abiertos a ambos padres, los hombres generalmente no asisten, por diversas circunstancias, como lo son desde problemas laborales, o que en esas reuniones, el 80% o más de las personas que asisten son mujeres y se cohiben.

Este evento también generó la reflexión sobre las teorías planteadas acerca de la estructuración de la personalidad, y recordó la importancia de la presencia del padre, para crear la triangulación edípica necesaria. Haciendo remembranza, se recordaron los casos en que los padres todavía permiten que el hijo de 16 años se siga durmiendo en su cama, si es que la madre o el padre no han decidido que el que tiene que dormir en otro cuarto es el padre.

Esto se menciona en virtud de que, otra de las características que se observó en los adolescentes y adultos con Síndrome de Down, es la frecuencia de rasgos homosexuales, que puede deberse a la ausencia de la figura paterna, la cual puede ser causada por problemas emocionales en el padre que surgen o florecen ante la presencia de un niño con discapacidad. Este es, pues, un punto que la investigación abre.

Las leyes y el mundo están en constante cambio. Durante la presente investigación, sucedió un evento digno de ser nombrado como es el caso de la violación de una niña-adolescente, y que derivado de dicho evento fue obligada a procrear un hijo, siendo que ella tenía un alto riesgo de tener un hijo con discapacidad por su inmadurez fisiológica. Con ello se crea nuevamente la pregunta de qué estabilidad emocional le brindará ella y como la apoyarán las autoridades.

TEMAS CON  
FALLA DE ORIGEN

Esto nos lleva a pensar en la necesidad de un apoyo en este tipo de casos, que van desde lo económico a lo emocional, por ejemplo: si se sabe que las madres adolescentes tienen mayor riesgo de un niño con discapacidad, entre ellas un niño con S.D., se le pueden o deben ser aplicadas pruebas careotípicas para descartar deformaciones congénitas, y con el apoyo psicológico que se requiere; dicho apoyo es para cualquier madre o pareja que se encuentre ante la posibilidad de un hijo con daño congénito o al nacer con una hipoxia que conllevará estimulación temprana, para prevenir se establezcan discapacidades.

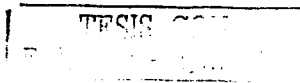
En el hospital de PEMEX hay un centro de atención de estimulación temprana para todos los niños que tiene riesgo neurológico o daños establecido como el S.D., pero no hay apoyo psicológico para apoyar el daño al narcisismo generado por la necesidad de las terapias a los padres.

## **8.2 ANÁLISIS, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS**

A partir de los resultados, se puede iniciar una investigación de cómo podría apoyarse a las madres de niños con S.D., y, en general, con cualquier discapacidad, pues tienen en común la muerte inminente de su hijo imaginario; primero para recuperarse ellas mismas del impacto de tener un niño con discapacidad, para después que ellas puedan aceptar y apoyar en la medida de lo posible a su hijo.

Es necesario, extender la investigación hacia el padre y crear un programa de apoyo para ambos y con esto poco a poco se apoye de manera más global a la familia

Con esta investigación, se logra que los profesionales de la salud tengan una investigación que, si bien se puede perfeccionar, muestra que las



madres de niños especiales, requieren ser apoyadas en diferentes campos, como podría ser el psicológico, aunque se está consciente que desgraciadamente vivimos en un país tercermundista, que no previene enfermedades, las soluciona. Esto se observa, sobre todo por las enfermedades emocionales.

La idea original de hacer esta tesis fue el querer dar un grito o poner un foco de atención de cómo se está apoyando a estas madres: madres que evidentemente requieren un trato especial, atento a que en la mayoría de los centros de apoyo se olvidan que la madre es una de las principales fuentes de estructuración de un nuevo ser. Y si ella misma, como se observa en las pruebas, se está fragmentando, no tiene equilibrio, presenta eventos regresivos, entonces no podrá apoyar a otro ser que depende totalmente de ella.

Trabajando con Síndrome de Down, se encontraron niños con rasgos autistas, pero ¡cómo no encontrarlos!, si las madres, que son en los primeros años de vida fuente de estructuración, están fragmentadas, desconectadas por su duelo, encontrándose frecuentemente con la angustia de la cercanía de la posibilidad de muerte de su hijo.

Se sugiere estandarizar un cuestionario, para que partir del mismo se indague con mayor precisión el cómo se sienten y viven las madres ante el nacimiento de un hijo con discapacidad.

Se sugiere realizar un programa, de cómo dar noticias e informes así como de apoyo a las madres en el caso de que sus hijos presente algunos trastornos, que pueden ser desde lo físico a lo emocional.

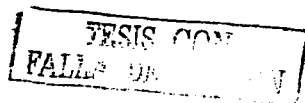
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFÍA

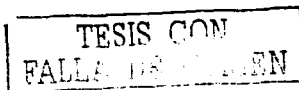
1. **Alizalde Alcira Mariam.** LA MUJER SOLA(Ensayo Sobre La Dama Andante En Occidente)Ed. Lumen 1998
2. **Allport, Gordon, W.** LA PERSONALIDAD. SU CONFIGURACIÓN Y DESARROLLO. Ed. Herder. Barcelona 1966
3. **Allport, Gordon, W.** PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD. Ed. Paidos Buenos Aires 1961
4. **Alonso, Minerva .**CONCEPTO DE IDENTIDAD. Tesis De Licenciatura UNAM 1995
5. **Álvarez Mora Ma. Beatriz.** ESTUDIO COMPARATIVO DEL AUTOCONCEPTO EN UN GRUPO HOMOSEXUAL Y UN GRUPO HETEROSEXUAL. Tesis de licenciatura U.N.A.M. (1995)
6. **Andino Lidia.** PSICOANÁLISIS DE LA MATERNIDAD. Ed. Grupo Cero. colección de psicoanálisis y medicina Madrid 1994
7. **Anzieu D.** EL AUTOANÁLISIS DE FREUD Y EL DESCUBRIMIENTO DEL PSICOANÁLISIS . ed. Siglo XXI Mx.1980
8. **Cameron, Norman.** DESARROLLO Y PSICOPATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD. Ed. Trillas. México 1982
9. **Coolican H.** MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y ESTADÍSTICA EN PSICOLOGÍA Ed.Manual Moderno Mx:
10. **Dix Carol.** EL SINDROME DE LA MADRE NUEVA. Ed.Sudamerica.3ª edición..1996.
11. **Erikson ,Eric.** INFANCIA Y SOCIEDAD. Ed. Paidos. Buenos Aires 1976.
12. **Estrada Inda Lauro.** EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA. Ed. Posada 10ª edición 1991
13. **Ferrater Mora ,J.** Diccionario de Filosofía tomo I y II Ed. Sudamericana Buenos Aires 1971
14. **Flores Angeles Alma R.** TESIS DE AUTOCONCEPTO.UNAM Facultad De Psicología.1988
15. **García Escamilla Silvia.** EL NIÑO CON SINDROME DE DOWN Ed. Diana 12ª impresión 1998.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

16. **Grinberg, Leon R.** IDENTIDAD Y CAMBIO Ed. Paidos Buenos aires.1973.
17. **Hammer F.E.** TEST PROYECTIVO GRÁFICO Y PSICODIAGNOSTICO ED. PAIDOS
18. **Horney K.** LA PERSONALIDAD NEUROTICA DE NUESTRO TIEMPO. Ed. Paidós, Edición 1983
19. **Jacques André..** LA SEXUALIDAD FEMENINA(¿QUÉ SÉ?). Ed. Publicaciones Cruz 1ªEdicción1994
20. **Jasso Luis.** EL NIÑO DOWN (Mitos Y Realidades)Ed. Manual Moderno 1991
21. **Kaplan Harold Y Sadock. Benjamin J.** COMPENDIO DE PSIQUIATRIA. Ed. Salvat 2ªEdición reimpresión 1996
22. **Langer María.** MATERNIDAD Y SEXO. Ed. Paidós 2ª edición 1964.
23. **Macy Cristopher Y Falkner.** EL EMBARAZO Y NACIMIENTO PROBLEMAS Y PLACERES Ed. Harper &Row Latinoamericana Colección.
24. **Mahler, Margaret** EL NACIMIENTO PSICOLÓGICO DEL INFANTE. Ed. Mary mar Buenos Aires 1977.
25. **Manoni O.** EL DESCUBRIMIENTO DEL INCONSCIENTE. Ed. Nueva visión Buenos Aires 1987
26. **Mead, George** ESPIRITU PERSONA Y SOCIEDAD. Ed. Paidos Buenos Aires 1972
27. **Mendilaharzu, N.** HECHOS EN PSICOANALISIS En temas de psicoanálisis. 24. Montevideo, Asociación Psicoanalítica Del Uruguay 1996
28. **Oñate Ma. Del Pilar.** EL AUTOCONCEPTO: FORMACIÓN, MEDIDA E IMPLICACIONES EN LA PERSONALIDAD. Ed. Narcea. Madrid 1989
29. **Ortega Támez Luis Carlos** EL SINDROME DE DOWN (Guia Para Padres Y Maestros) Ed. Trillas1ª Edición 1997
30. **Papalia Diane E. Y Wendkos Olds.** DESARROLLO HUMANO Ed. Mc Graw Hill 4ªedición 1992
31. **Pernoud, R.** LA MUJER EN EL TIEMPO DE LAS CATEDRALES. Ed. Granica Buenos Aires 1987

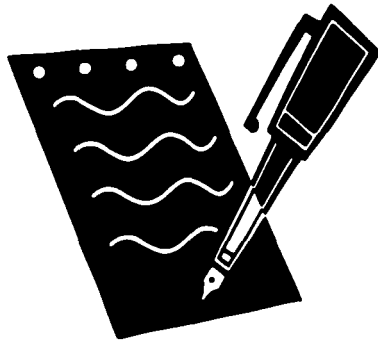


32. **Perrera Juan** SINDROME DE DOWN (Aspectos Especificos)  
Ed. Masson 1995
33. **Portuondo Juan A.** TEST PROYECTIVO DE KAREN MACHOVER (La Figura Humana). Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 5ª edición 1990
34. **Rogers ,Carl.** EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA. Ed. Paidós Buenos Aires 1961
35. **Rogers, Carl.** DE PERSONA A PERSONA Ed. Amorrortu. Buenos Aires 1980
36. **Salvatierra Vicente.** PSICOLOGIA DEL EMBARAZO Y SUS TRASTORNOS Ed. Martínez Roca. Barcelona España .1989.
37. **Sevilla, Colin Alicia.** ESTUDIO DE LA INFLUENCIA DE LA REGIÓN EN EL AUTOCONCEPTO DE LOS NIÑOS. TESIS DE LICENCIATURA UNAM 1991
38. **Stern Daniel y Bruchweiler-Stern Nadia.** EL NACIMIENTO DE UNA MADRE. Ed. Paidós 1999
39. **Spitz René A..** EL PRIMER AÑO DE VIDA DEL NIÑO. Ed. Fondo De Cultura Económica. Decimocuarta Reimpresión 1992 P.153
40. **Vives Juan y Lartigue Teresa** MANUAL DE PSICOTERAPIA Breve Ed. UIA. 1994
41. **Winicott D.** EL NIÑO Y SU MUNDO EXTERNO Ed. Horme Buenos Aires 1965
42. **Winicott D..** LOS PROCESOS DE MADURACIÓN Y EL AMBIENTE FACILITADOR Ed. Paidós 1965
43. **Winicott D.** EL PROCESO DE MADURACIÓN EN EL NIÑO Ed. Laia Barcelona 1975
44. **Wnicott D.** ESCRITOS DE PSIQUIATRÍA Y PSICOANÁLISIS Ed. Paidós 1979
- Paginas Web:**
45. Pagina Web: <http://www.aldeaeducativa.com/aldea/bigraf>
46. pagina web.: [http://www.elmedicodefamilia.com/mujer10/mes\\_a\\_mes.htm](http://www.elmedicodefamilia.com/mujer10/mes_a_mes.htm)





# ANEXOS



TESIS CON  
FALLA EN EL EXAMEN

149-A

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Edad 12 A 18 19-25 26-31 31-37 38-43 ( )

Escolaridad ninguna primaria secundaria preparatoria técnica licenciatura maestría o doctorado ( )

Ocupación hogar empleada negocio particular ( )

Estado civil soltero casada unión libre viuda divorciada ( )

Residencia D.F. zona conurbana interior de la república ( )

Gestas 1 2 3 4 5 6 7 ( )

Productos 1 2 3 4 5 6 7 ( )

Abortos 1 2 3 4 5 ( )

Hospital Particular IMSS ISSSTE Salubridad hogar ( )

fecha de nacimiento 0 1 2 3 4 5 6 meses

Parto vía vaginal con anestésico vía vaginal sin anestesia cesárea ( )

Periodo gestacional antes de 38 38-40semanas 40-42 después de 42 ( )

peso kg de 2 a 2.5 2.5-3 3-3.5 3.5-4 ( )

talla cm. 20-25 26-31 32-37 38-42 43-48 49-54 54-59 ( )

apgar ( )

Tiempo de trabajo de parto en hrs. de 2 a 5 de 6 a 9 de 9 a 12 de 12 a 15 de 15 a 18 ( )

ictericia si no

hipoxia si no

incubadora si no

tipo de alimentación leche materna leche de formula sonda papilla ( )

duerme cama de papas cuna en cuarto de papas cuna en cuarto de hermanos solo ( )

¿Planeó el embarazo? si no

¿Deseó el embarazo? si no

¿En que mes asistió por primera vez a control médico? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 parto nun 150

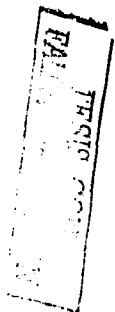
TESIS COM  
FALLA DE CUESTEN

¿Durante el embarazo alguna vez penso en abortar?	si	no							
¿La reacción de su esposo al enterarse del embarazo fue?	enojo	preocupación	alegría	indiferente	felicidad	( )			
¿En que mes sintió por primera vez los movimientos fetales?	1	2	3	4	5	6	7	8	9 (nunca)
¿Presentó nauseas y vómito)	si	no	0-3 meses	3-6 meses	6-9 meses				
¿Durante su embarazo consumió alcohol, tabaco, drogas?	si	no	¿cuál?						
¿Durante el embarazo deseó que su hijo fuera del sexo?	masculino	femenino	indiferente						
¿Su pareja deseaba que fuera del sexo?	masculino	femenino	indiferente						
¿Durante el embarazo preguntó el sexo de su hijo?	si	no							
¿Cómo se sintió cuando le informaron el sexo de su hijo?	feliz	preocupada	triste	enojada	sorprendida ( )				
¿pensó alguna vez dar en adopción a su hijo?	si	no							
¿Quién le dio la noticia de la salud de su hijo?	esposo	mamá	papá	familiar	enfermera	ginecólogo	pediatra		
¿Estaba acompañada de?	sola	pareja	papá-mamá	familiar	enfermera	( )			
¿Cuánto tiempo pasó para que le informaran el estado de salud de su hijo?	al nacer	2 a 12 hrs	de 1 a 3 días		1 semana ( )				
¿Qué fue lo primero que sintió cuando le informaron del estado de salud de su hijo(A).	_____								
¿A la fecha como se siente con su hijo?	feliz	preocupada	triste	enojada	sorprendida ( )				

ELABORO \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_



CRITERIOS	SD	REGULAR
1. ORGANICIDAD	6	6
2. PERSPECTIVA	2	0
3. EDAD PLASMADA	15	7
4. TAMAÑO DEL DIBUJO	22	23
5. PRESION	9	7
6. TRAZO	25	15
7. DETALLES	22	29
8. EMPLAZAMIENTO	33	7
9. SIMETRIA	15	9
10. PRIMER DIBUJO	12	11
11. PROPORCIONALIDAD	28	22
12. CUELLO	15	12
13. BRAZOS	13	13
14. MANOS	4	16
15. SENOS	52	40
16. ABDOMEN	24	19
17. CADERA	27	23
18. ROPA	34	32
19. TONO ANIMICO DEL ROSTRO	19	16
Criterios para evaluar HOMBRE		
20. Organicidad	8	4
21. Perspectiva	3	0
22. Edad plasmada	20	10
23. Tamaño del dibujo	20	25
24. Presión	11	8
25. Trazo	30	21
26. Detalles	18	31
27. Emplazamiento	32	19
28. Simetria	14	9
29. Proporcionalidad	25	20
30. Cuello	19	13
31. Brazos	2	11
32. Manos	10	16
33. Senos	2	4
34. Abdomen	11	3
35. Cadeca	6	11
36. Ropa	21	17
37. Tono animico del rostro	22	23
	651	552

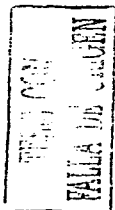
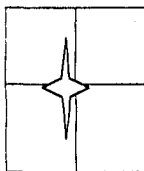


TABLA DE PUNTUACIONES  
ANEXO 2.

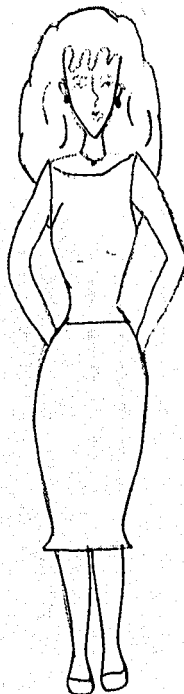
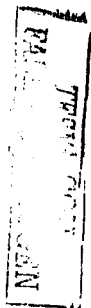
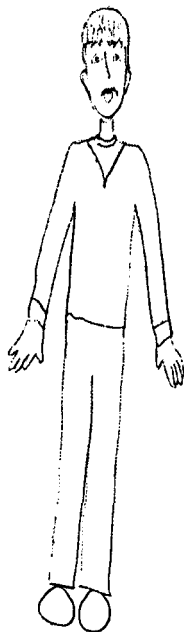
MAMA DE NIÑO REGULAR  
EDAD 19-25  
ESCOLARIDAD preparatoria  
EDAD DEL HIJO 2 meses  
UBICACIÓN EN PAPEL  
FIGURA 1:

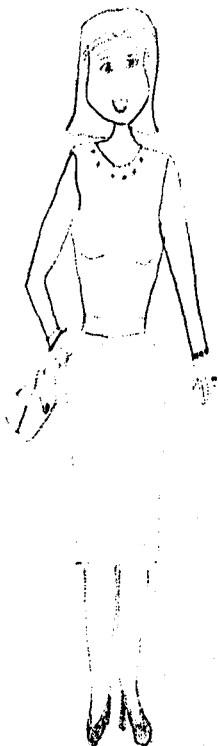


FIGURA 2



ANEXO 2.1





MAMA DE NINO REGULAR  
EDAD 26-31  
ESCOLARIDAD preparatoria  
EDAD DEL HIJO 2 meses  
UBICACIÓN EN PAPEL  
FIGURA 1:

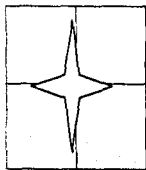
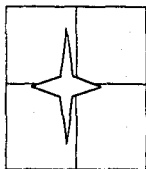
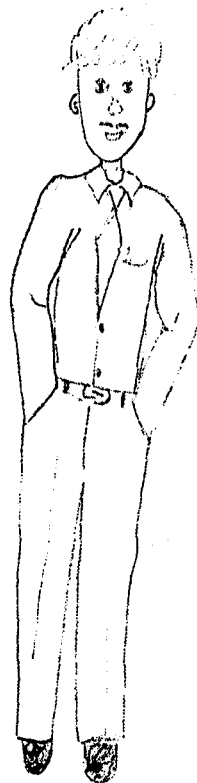


FIGURA 2

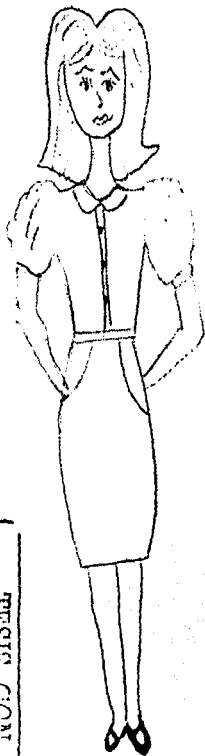


ANEXO 2.2



TESIS  
PALESTRA  
ANEXO

TESIS CON  
FALLA DE COPIEN



MAMA DE NIÑO REGULAR  
EDAD 31-37  
ESCOLARIDAD licenciatura  
EDAD DEL HIJO 4 meses  
UBICACIÓN EN PAPEL  
FIGURA 1:

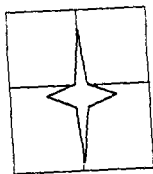
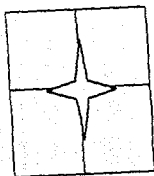
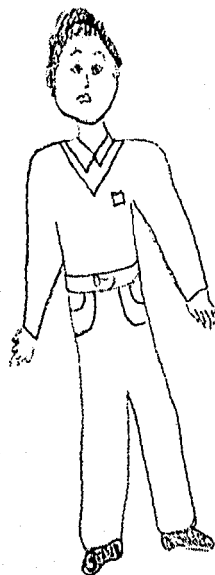


FIGURA 2



ANEXO 2.3





MAMA DE NINO S.D.  
EDAD 31-37  
ESCOLARIDAD licenciatura  
EDAD DEL HIJO 3 meses  
UBICACIÓN EN PAPEL  
FIGURA 1

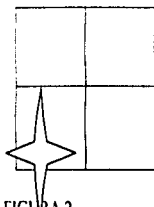
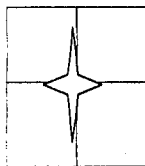
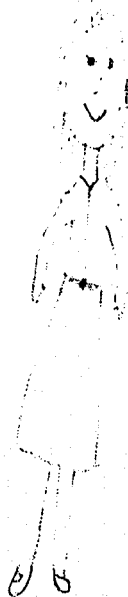


FIGURA 2



ANEXO 2.4



RECIBO  
FALLA EN  
7/10/10  
10/10/10





MAMA DE NIÑO S.D.  
EDAD 38-43  
ESCOLARIDAD: técnica  
EDAD DEL HIJO: 1 año  
UBICACIÓN EN PAPEL  
FIGURA 1:

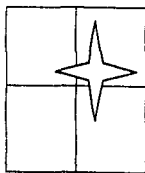
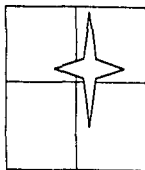


FIGURA 2



ANEXO 2.5

TESIS COM  
MALLA DE CUBIEN



MAMA DE NIÑO S.D.  
EDAD 26-31  
ESCOLARIDAD: técnica  
EDAD DEL HIJO 11 MESES  
UBICACIÓN EN PAPEL  
FIGURA 1:

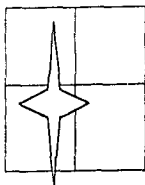
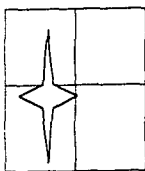
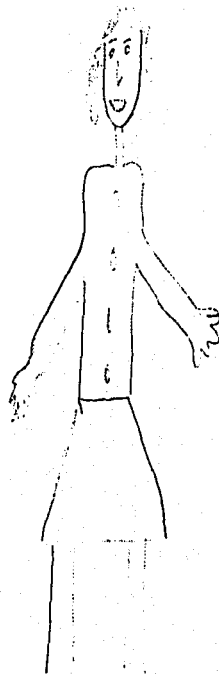


FIGURA 2



ANEXO 2.6



TESIS CON  
FALTA DE CUBIEN

PAPA DE NIÑO S.D.  
EDAD 31-37  
ESCOLARIDAD licenciatura  
EDAD DEL HIJO 2 meses  
UBICACIÓN EN PAPEL  
FIGURA 1

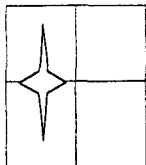
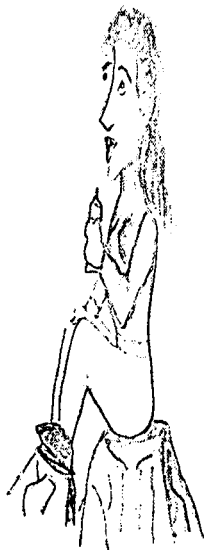
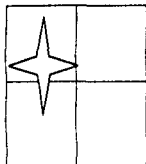
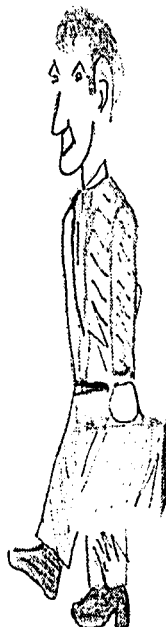


FIGURA 2



ANEXO 4



TESIS CON  
FALLA DE CALIBRE