

UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

Respuestas subjetivas de padres de niños hospitalizados, frente al diagnóstico de malformación congénita: Una propuesta de intervención psicológica.

AUTOR (A):

Bravo Torres Gabriela Astrid

Toala Jaramillo Gloria Stefanie

Trabajo de Titulación previo a la obtención de Título de

Licenciadas en Psicología Clínica

TUTOR:

Psi. Clic. Gómez Aguayo Rosa Irene. Mgs

Guayaquil, Ecuador

2015-2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por Gabriela Astrid Bravo Torres & Gloria Stefanie Toala Jaramillo, como requerimiento para la obtención del Título de licenciadas en Psicología Clínica

TUTOR (A)

Psi. Clic. Gómez Aguayo Rosa Irene. Mgs

DIRECTOR DE LA CARRERA

Alexandra Patricia Galarza Soria

Guayaquil, a los 29 del mes de febrero del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, Gabriela Astrid Bravo Torres & Gloria Stefanie Toala Jaramillo

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación “Respuestas subjetivas de padres de niños hospitalizados, frente al diagnóstico de malformación congénita: una propuesta de intervención psicológica”. Previo a la obtención del Título de Licenciadas en Psicología Clínica, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación, de tipo proyecto de investigación referido.

Guayaquil, a los 29 del mes de febrero del año 2016

EL AUTOR (A)

EL AUTOR (A)

Gabriela Astrid Bravo Torres

Gloria Stefanie Toala Jaramillo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, Gabriela Astrid Bravo Torres & Gloria Stefanie Toala Jaramillo

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación “Respuestas subjetivas de padres de niños hospitalizados, frente al diagnóstico de malformación congénita: una propuesta de intervención psicológica”. Cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 29 del mes de febrero del año 2016

EL AUTOR (A)

EL AUTOR (A)

Gabriela Astrid Bravo Torres

Gloria Stefanie Toala Jaramillo

AGRADECIMIENTO

En muchas ocasiones escuche decir: “durante el periodo de tesis, no tienes tiempo para nadie, ni nada”; de repente lo viví.

Agradezco a mi familia, en especial a mi mamá Mariela por su amor, cariño y dedicación diaria a pesar que no vivimos juntas, de la misma forma a Jimmy y Luiggi por haberme apoyado día a día, dándome fuerzas y no darme por vencida, cuando ya perdía la ilusión. Apoyar mis decisiones y estar pendiente de mi bienestar.

Agradezco a mi familia entera por comprender mis ausencias cuando se compartía en reuniones, cines, conversaciones, etc.

A mi amiga Gloria por su apoyo, su cariño y aliento en toda esta etapa transcurrida; porque juntas lo logramos, con respeto y dedicación

De igual manera agradezco a mi tutora de tesis Mgs. Rosa Irene Gomez, por la ayuda y orientación brindada, cuyo aporte contribuyó de manera importante en la realización de este trabajo.

A las personas que a lo largo del camino conocí, gracias por ayudarme incondicionalmente Rossana Torres y a grandes personas que juntas trabajamos: Jennifer Correa y verónica Vargas; gracias por su tiempo, apoyo y amistad.

Gabriela Astrid Bravo Torres

AGRADECIMIENTO

“A Dios por la bendición de cumplir con esta meta y la fuerza para enfrentar nuevos propósitos.”

“A mis padres Carlos y Gloria y a mis hermanos Sandy y Carlitos, por su amor, paciencia y apoyo incondicional en todo momento.”

“A mi compañera, Gaby Bravo por su gran esfuerzo y preocupación para obtener un trabajo que refleje nuestra dedicación.”

“A la Psi. Rosa Irene Gómez, la Lcda. Yadira Blackman, el Sr. Jim Kochalka y la Sra. Bonnie Liedman por confiar incondicionalmente en mi haciéndome una persona trabajadora que sólo está satisfecha con la excelencia en cada proyecto que emprende.”

“A los pacientes por su confianza y a los médicos al acogerme como parte de su equipo de trabajo haciéndome sentir como parte de gran una familia”

Gloria Stefanie Toala Jaramillo

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento de forma especial a nuestros maestros, que a lo largo de nuestra carrera nos han enseñado con paciencia y dedicación, la importancia de la escucha activa como herramienta para sostener al paciente como un sujeto en un mundo que empuja a la homogenización.

Agradecemos a Nubia Lozado y Stephanie Pacheco por la ayuda incondicional brindada en estos cinco años de carrera.

A nuestra querida alma mater, por educarnos como profesionales capaces e independientes de afrontar cualquier adversidad, tanto en el plano laboral sino también en el personal.

Gabriela Bravo & Gloria Toala

DEDICATORIA

Comprendí que es un camino largo y lleno de obstáculos, no solo por los años de estudios; las adversidades son diarias y uno no sabe con qué se enfrentaría, mi obstáculo a diario fue, no ver su rostro todos los días y decirme “vamos hija tu puedes”; con mucho amor se lo dedico a mi abuelo “papalito”, que desde lo más alto sé que me ve por medio de aquellos ojos grises, con emoción al cumplir una más de mis metas.

Madre mía, sé que mis triunfos las celebras conmigo, esta vez te dedico mi triunfo, y que la compartas conmigo, me enseñaste a luchar por lo que quiero y con tu ejemplo de fortaleza me demostraste que, todo sacrificio tiene su recompensa.

Gabriela Astrid Bravo Torres

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a las personas que hacen maravillosa mi vida:

A mi mamá la Sra. Gloria Jaramillo porque me enseñó que una mujer exitosa es aquella que lucha sus batallas día a día y que no hay fuerza más poderosa que la fe en Dios y el amor de madre. Seguir su ejemplo es mi mayor orgullo y este trabajó es sólo una muestra de su gran legado.

A mi querido Jason Kochalka por haberse convertido en parte fundamental de mi vida. Mi compañero y apoyo quien ha sabido comprender duras jornadas de trabajo ayudándome a crecer intelectual y emocionalmente, empujándome a salir a adelante sin importar que grande sea el obstáculo.

Gloria Stefanie Toala Jaramillo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

PSICOLOGÍA CLÍNICA

CALIFICACIÓN

Psi. Clic. Gómez Aguayo Rosa Irene. Mgs

PROFESOR GUIA O TUTOR

ÍNDICE

RESUMEN	XII
ABSTRACT.....	XIII
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPITULO I MARCO TEÓRICO	16
1.1 Parentalidad desde un enfoque social	16
1.1.1 Parentalidad en la posmodernidad	16
1.1.2 Uniones libres como predecesores de la parentalidad	19
1.2. Modalidades de la parentalidad posmoderna	25
1.2.1. Paternidad posmoderna desde un enfoque bio-social	26
1.2.2. Paternidad posmoderna desde un enfoque psicoanalítico	29
1.2.3 Paternidad y la novela familiar	33
1.2.4. Maternidad posmoderna desde un enfoque bio-social	36
1.2.5. Maternidad posmoderna desde un enfoque psicoanalítico	42
1.2.6. Maternidad y la novela familiar	45
1.3. Malformaciones congénitas	46
1.3.1 Malformaciones congénitas desde un enfoque médico	46
1.3.2 Malformaciones congénitas desde un enfoque psicoanalítico	49
1.3.3. Narcisismo parental y respuestas subjetivas parentales	53
1.3.4. Herida narcisista y respuestas subjetivas parentales	56
1.4. Instituciones hospitalarias	59
1.4.1. Institución hospitalaria desde el enfoque médico	59
1.4.2. Institución hospitalaria desde el enfoque psicoanalítico	61
1.4.3. Rol del paciente en una institución hospitalaria	62
1.4.4. Rol del psicólogo en una institución hospitalaria	65
CAPITULO II METODOLOGÍA	68
2.1. Objetivos:	68
2.1.1. Objetivo general	68
2.1.2. Objetivos específicos	68
2.1.3. Enfoque metodológico	68
2.2. Método principal	70
2.3. Población y muestra	72
2.4. Instrumentos	73
CAPÍTULO III ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	76
3.1. Presentación de casos clínicos	76

3.1.1. Criterios del análisis	76
CASO “X”	77
PACIENTE “E”	77
PACIENTE “L”	82
CASO “Y”	86
PACIENTE “C”	86
PACIENTE “J”	90
3.1.3. Co-relación de entrevistas y casos	94
CAPITULO IV PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	97
CONCLUSIONES.....	104
BIBLIOGRAFÍA.....	106
ANEXOS	113

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

Gráfico1. Proceso de derivación de un paciente durante la hospitalización y las terapias.....	74
Tabla 1. Datos referenciales de la casuística.....	77

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como finalidad analizar el impacto psicológico que tiene el diagnóstico de malformación congénita en los padres de familia, las repercusiones en el vínculo padres e hijos y cómo estas dificultades afectarían en el tratamiento de un niño ingresado en una institución hospitalaria. Con esta investigación se aspira determinar pautas que ayuden al psicólogo practicante a discernir; por qué y el cómo se generaría las respuestas subjetivas parentales que se manifiestan en un sinnúmero de posturas refractarias al tratamiento necesario para su hijo. Para el desarrollo de la investigación se tomó como referentes la indagación bibliográfica, la experiencia recolectada en la práctica, a través de entrevistas clínicas, así como el uso de la información obtenida en entrevistas a profundidad realizadas al personal médico; con el propósito de aclarar los distintos conceptos que desde el enfoque psicoanalítico pretenderían englobar, lo referente a la parentalidad, su adjudicación y las diversas vicisitudes visibles en los padres de un niño con malformación congénita. La propuesta brindaría una lectura de las manifestaciones parentales diferente a la interpretación médica.

PALABRAS CLAVES: Parentalidad posmoderna, Paternidad, Maternidad, Malformaciones congénitas, Respuestas subjetivas, Instituciones hospitalarias.

ABSTRACT

This work aims to analyze the psychological impact of the diagnosis of congenital malformation on parents, the impact on the parent-child relationship and how these difficulties would affect the treatment of a child admitted to a hospital. It is hoped that this research will determine guidelines to assist practicing psychologists discern why and how parents respond in a certain way. These responses can be seen as refractory in relation to the necessary treatment for the children of the aforementioned subjects. For the development of the research, the following information will be used; references from the investigation related to the bibliography, the experience gathered through clinical interviews, and the information obtained during in depth interviews with medical personnel. All this will be done in order to clarify the various concepts from the psychoanalytic approach and will complete analysis regarding parenting, adjudication and various visible vicissitudes of parents who have a child with congenital malformation. The purpose is to provide a different interpretation of the situation than the one that medical personnel would provide.

KEYWORDS: Postmodern parenting, Parenthood, Motherhood, Congenital malformations, Subjective responses, Hospitals.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo busca mostrar algunas de las respuestas subjetivas que comúnmente los padres manifiestan cuando se diagnostica malformación congénita a su hijo.

En el primer capítulo se hace referencia al marco teórico donde se plantearán las bases teóricas en las que se sustenta esta investigación. Para el desarrollo se trazará un recorrido histórico con la finalidad de establecer las modificaciones de los conceptos involucrados en el estudio de la parentalidad que se desarrollará más adelante. Luego se evocarán las definiciones de maternidad y paternidad desde el enfoque social mostrando cómo se esbozan en la posmodernidad y los cambios que han sufrido, así como las consecuencias de dichas variaciones.

A continuación, se conceptualizarán las malformaciones congénitas, desde un enfoque médico para posteriormente contrastarlo con un enfoque psicoanalítico. Dicho análisis introdujo la pauta para el estudio de las respuestas subjetivas parentales y los diversos procesos que se formulan. Finalmente se retomó el contenido formulado para superponiéndolo al ámbito hospitalario con el objetivo de responder al objetivo general de analizar el impacto psicológico en los padres frente al diagnóstico de malformación congénita detectado en primera instancia por la institución hospitalaria y cómo esta circunstancia repercute en el tratamiento y recuperación del paciente ingresado.

En el segundo capítulo constan los objetivos y la metodología aplicada en esta investigación cualitativa; así como la población, muestra e instrumentos empleados para la recolección de información, que permitirá discernir las manifestaciones de los padres que afrontan el diagnóstico y la hospitalización de un niño con estas características

El tercer capítulo se detallan dos casos trabajados, en los que se hace énfasis en los padres del menor hospitalizado, de esta manera se expondrá la hipótesis que se intenta sustentar, considerando que las respuestas subjetivas parentales visualizadas como simples actos, por el personal médico presentarán un trasfondo de carácter particular y estarán influenciados por una historización familiar peculiar.

En el cuarto capítulo se desarrolla una propuesta de intervención psicológica dirigida a los padres de los niños ingresados en una casa asistencial, con el diagnóstico de malformación congénita; evocando a un trabajo profiláctico.

Por último, constan las conclusiones obtenidas gracias a esta investigación, así como también se encontrará una propuesta de intervención, que más allá de brindar un modo de hacer con los pacientes que manifiestan las respuestas subjetivas, brinda pautas para la creación del propio saber del psicólogo que permitirá inculcar una iniciativa de trabajo multidisciplinario y profiláctico en una casa de salud.

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1 Parentalidad desde un enfoque social

1.1.1 Parentalidad en la posmodernidad

En este capítulo se aborda el nexo existente entre la parentalidad que se ejerce en la época posmoderna y la declinación del nombre del padre, con la finalidad de encontrar una respuesta de los diferentes fenómenos que se evidencian en padres de lactantes con diagnóstico de malformación congénita, durante la práctica en una institución hospitalaria, con respecto a los componentes latentes que se presentarían tras las dificultades para asumir su parentalidad.

Lo mencionado en el párrafo anterior, se evidenciaría en el análisis de la casuística, en las que se basó el presente trabajo; por lo tanto, se considera de relevancia resaltar las manifestaciones de la declinación paterna; tales como: las uniones libres, el goce de la sexualidad, el uso de los gadgets explicados mediante el uso del discurso capitalista. Con la finalidad de explicar las dificultades que los pacientes entrevistados encontrarían en el momento de asumir el rol de padres e implicarse en las terapias de sus hijos.

Para desarrollar todo lo anteriormente mencionado y comprender qué aspectos se involucran en el tema en estudio, habría que realizar un breve recorrido en base a la época, con el fin de situarse en el contexto cultural del que parte este tratado, resaltando la influencia que este periodo tendría sobre los diversos conceptos que se manejarán.

Siguiendo este propósito en torno al estudio de la posmodernidad se empleará lo puntualizado por Escar que retoma a Jean-François Lyotard, expresando lo siguiente:

Jean-François Lyotard (1924-1998), quien en su clásico texto la condición posmoderna define a lo propio de la posmodernidad como la puesta en crisis de los relatos, discursos totalizantes que brindan sentido y legitimidad a una sociedad, Padr sentido, que las acciones seguidas en su nombre ya no confieren legitimidad, seguridad, consistencia a la vida. Aunque caracterizaron, fundamentalmente, según Lyotard, a la Modernidad, a la Era de las Luces, en verdad esos relatos modernos se impusieron en competencia con otro gran relato, que es el religioso. Ahora bien, si los relatos dan apariencia de Cosmos al mundo, nuestra época, en cambio, dice Lyotard, se caracteriza por la incredulidad respecto a ellos. (2011, pág. 262)

Es decir que según lo destacado por el autor, la era de la posmodernidad se caracterizaría por las variaciones que se han suscitado, en torno al discurso del amo; de esta manera la época daría cuenta de cómo aquellos ideales y normas que parecían que direccionaban tan claramente la modernidad, fueron perdiendo su autoridad, acarreado con ello el sin sentido. Los llamados “relatos modernos” proporcionaban un orden encaminado a la regulación de la satisfacción; estos han sido desplazados por el escepticismo, dando paso a la caída de los ideales, que ha derivado en el empuje de la complacencia del sujeto.

Lo mencionado acerca de la posmodernidad vuelve necesario establecer que el fenómeno de la declinación paterna se apuntalaría como causal de la incertidumbre. Frente a este planteamiento surge la idea, que la declinación de la imago paterna, estaría enmarcando la ilegitimidad e inconsistencia presentes en la época posmoderna.

Continuando con este lineamiento Escars, retoma la frase de Nietzsche “Dios ha muerto” (2011, pág. 262), como forma de aludir a aquel imago paterna autoritaria y dueña de la ley, que fue destronada perdiendo su acceso a posicionarse como figura de autoridad. El padre que encarnaba la ley y establecía las normas, ya no puede serlo puesto que ya no se cree en él como aquel que ocupó un lugarpreciado, aquel ser, parecería estar muerto.

Para fundamentar esta premisa se propone como esclarecedor el fragmento trabajado por Escars al expresar:

... la sospecha de las discriminaciones netas, la defensa de la hibridación, el descentramiento de la autoridad intelectual y científica, la desconfianza en todo sistema, en todo orden cerrado. Se suele apelar a esta opción ideológica posmoderna como a un “espíritu de época” que nos sobrevuela. Y para avalar tal aseveración se apela a disímiles fenómenos discursivos contemporáneos(...)El discurso social de la “declinación del padre” puede encontrarse al menos desde comienzos del siglo XX(...) Sumado a esto, los cambios en las costumbres sexuales, familiares, y de vinculación social, que comenzaron a producirse en los últimos 50 años, cambios que van siendo reflejados paulatinamente en la legislación de diversos países, son conectados habitualmente al desfallecimiento de ese lugar paterno... (2011, pág. 262)

A partir del análisis realizado por Escars, se podría conjeturar que el debilitamiento del padre ha sido un proceso paulatino con manifestaciones en todos los ámbitos sociales. Estos cambios que se han venido forjando, partieron de la transformación en las formas del encuentro sexual, situación que derivaría en la formación e implementación de nuevas formas de vincularse en pareja, afectando el modelo de familia tradicional, para dar lugar a estas nuevas opciones, que exigen no pasar desapercibidas; que se abren campo en los diferentes códigos civiles, a través de normativas, bajo las cuales se concebía la unión en el periodo moderno y que se tornan obsoletas en la era posmoderna.

Podría aseverarse que si bien, con la caída de los ideales y la decadencia del padre, como ente regulador en posmodernidad han derivado en diversos obstáculos. Esta investigación sólo pretenderá abordar las transformaciones de los modos sociales y sexuales de vinculación como dificultades de la declinación paterna, que los sujetos posmodernos podrían manifestar al tratar de posicionarse frente a la parentalidad.

Como se planteó anteriormente, en los siguientes párrafos se abordará la metamorfosis que se presenta en las formas de establecer vínculos sociales que predominan en la época posmoderna y que se evidenciaron durante la

práctica, realizada en la estancia hospitalaria que se mantuvo para esta investigación.

1.1.2 Uniones libres como predecesores de la parentalidad

Debido a lo expuesto se utilizará la categorización “Unión Libre” empleada por Sánchez (2002) en su texto “Uniones libres y maternidad obligada en la costa ecuatoriana”, para designar los enlaces frágiles de convivencia que mantienen las parejas atendidas, ya que dicha categoría se presentó como un elemento distintivo del grupo de pacientes que acudió a consulta en la institución hospitalaria, en el lapso de elaboración de este proyecto.

En referencia a estos nuevos enlaces de pareja que estarían marcados por compromisos endebles como característica distintiva, Deborah Fleischer menciona:

Las jóvenes actuales van más rápido a la cama (transformación de la moral sexual) que hace cien años e intentan hacer existir a la mujer como sujeto de derecho. Esto hace que podamos decir "todos iguales ante la ley"(...) Para las mujeres su igualdad de derechos y para los hombres la presencia de objetos de goce aportados por la ciencia que las mujeres solían rechazar, aquellos objetos nombrados como gadgets... (2006, pág. 7)

La práctica clínica vigente mostraría que la actualización del modo del sujeto para vincularse con su partenaire se ha modificado propiciando un borramiento de las diferencias.

Basados en el párrafo anterior, se podría inferir que estos sujetos establecen un lazo con el que intentarían mantener libertades individuales, a expensas del compromiso, como forma de perpetuar el goce, sin embargo; dicha transformación tendría efectos serios sobre las formas de vinculación

que estas parejas seleccionan. Es así que la modificación vincular implicaría la sustitución del matrimonio tradicional, con serias consecuencias.

La psicoanalista Bettina Calvi¹ analiza este fenómeno y bajo esta perspectiva elabora lo siguiente:

Se podría decir que, si antes la gente se enamoraba, luego se relacionaba y ahora se conecta. Con esto se alude también a modificaciones que suponen que antes el amor implicaba intensas consecuencias, luego las relaciones debían revestir la noción de funcionalidad emocional, y en la actualidad la conexión se reduce a las “ganas” de conectarse, de pasarla bien. Por supuesto, el tiempo y el modo en que esto se realice son decisiones unilaterales nunca consensuadas. (2009, pág. 121)

Según lo esbozado se podría aseverar que el llamado del cuerpo ejecuta ansias en el individuo, que en la actualidad se dejaría llevar por las “ganas”, desmesuradas de conseguir un goce autista; el cual somete y condena al sujeto ubicándolo en la posición de objeto. Puntualizadas estas variaciones parece ineludible cuestionarse: ¿Qué empuja a estos sujetos contemporáneos a establecerse bajo nuevas formas de vinculación?

Una tentativa de respuesta podría plantearse, basada en el discurso capitalista, que brindaría al sujeto deseoso de librarse del compromiso, un empuje de goce; de esta manera se facilita herramientas denominadas “gadgets”, en referencia a esta temática Calvin declara:

Las personas igualadas a cualquier objeto de consumo, se juegan en el mercado bajo el mandato de “vivir el momento”. Se olvida sin embargo que el momento se puede vivir bien, mal o en forma mediocre. Vivir el momento no asegura estar más cerca de la felicidad (...) Un consumidor es insaciable, nunca se compromete, su satisfacción es instantánea, está expuesto siempre a nuevas tentaciones, aunque siempre cree que no ejerce más que un libre ejercicio de voluntad. El consumo es una actividad individual, solitaria, aunque es posible reunirse para consumir. (2009, pág. 122)

El sujeto intentaría obturar la falta, con el uso de los denominados “gadgets”, como herramienta para el empuje del goce; las parejas proponen gozar de estos artilugios por medio de su sexualidad desenfadada y frente a este uso indiscriminado, la pareja cree deleitarse de un estado privilegiado e inmune donde los sujetos se colocarían como objeto de consumo impredecible, estableciendo a su vez una falta de la falta que angustia.

Este uso desenfadado de los gadgets tendría su explicación en el discurso capitalista, que atraparía al sujeto ofertando el acceso al goce de manera inmediata. El sujeto cree posicionarse como el amo que gobierna su sexualidad y da riendas sueltas a sus “ganas”. Indistintamente de su anatomía, va quedando en realidad ubicado bajo la posición de objeto, que poco a poco se deshumaniza y se convierte en esclavo del imperativo de gozar.

Para hacer énfasis en la influencia del discurso capitalista Najles retoma lo trabajado por Lacan cuando expone:

Lacan se refiere a lo que llamó el discurso capitalista para decir que en realidad no se trata de un discurso sino de un falso discurso, ya que no instaura ningún lazo social (...) El discurso capitalista, en cambio da la posibilidad de integración directa del goce por parte del sujeto. En el discurso capitalista el sujeto se dirige al saber de la ciencia para pedirle a los objetos técnicos (por ejemplo, la droga, ya sea permitida o prohibida) para taponar la hiancia subjetiva y tapar toda pregunta sobre el ser. Hay una relación directa, sin ningún tipo de traba, entre el objeto y el sujeto barrado. En este sentido, el sujeto en su falta en ser es colmado por el objeto técnico, el gadget. (2006, pág. 62)

Esto se traduce según lo expresado, en que el discurso capitalista mostraría al sujeto la posibilidad de un goce, el cual se obtiene desechando al otro, es decir frente a la búsqueda imperiosa del sujeto por ser colmado, se presenta este “falso discurso”, se oferta un goce autista, entre el sujeto y el objeto, situación que obstaculiza la vía para establecer un lazo social. Esta relación instaurada entre el sujeto y el objeto que facilitaría la saturación del vacío, da paso a una asociación donde no cabe el lazo con el otro.

Según Najles (2006) este taponamiento de la falta estructural deviene en la caída del otro y el alejamiento del vínculo; constatándose lo ya elaborado en párrafos anteriores; esto podría usarse como premisa al momento de conjeturar, que el estado civil denominado “uniones libres” que se evidenció como común denominador en las prácticas realizadas, se establece como pauta para el goce sin límites, que llevaría a un exceso sexual. Frente a la declinación de la imago paterna, estos sujetos se establecerían como consumidores, que buscan llenar un agujero estructural al cual tendrían acceso a través del vínculo sin compromisos; es como proponer un estar juntos pero separados, un sí pero no, un sí al goce que brinda el encuentro sexual, pero al mismo tiempo un no frente al compromiso. Se establecería entonces una nueva forma de hacer con el otro, sin la necesidad de brindar algo a cambio. Frente a la caída de la ley ya no sería imperativo asumir un lazo afectivo, el lazo con el otro quedaría interrumpido.

Este falso discurso propondría una respuesta a la interrogante ¿Por qué estas parejas no adoptan el estado civil tradicional del matrimonio y establecen una relación formal? Estas parejas posmodernas gozarían como niños de la sexualidad, tomando la llamada “unión libre” para ejercer desenfrenadamente su libertad sexual; planteando como una resolución a la problemática de la no relación sexual, que involucraría encarar al parteneire, sin asumirse como sujeto, siendo responsable de su deseo o cuestionándose acerca del deseo de la pareja.

A partir de estos planteamientos autores como Fleischer retoman a Lacan para dar cuenta de las dificultades que se presentan para el sujeto, cuando este intenta prescindir del otro, el cual se enuncia de la siguiente forma:

.... La certeza está en el goce. Hoy en día los objetos de la técnica, toman relevancia no porque se deseen o se admiren, sino porque se gozan. Sabemos que los gadgets son objetos ilusorios, que hacen ver y escuchar, los mismos fantasmas listos para usar, poniendo distancia la relación con el Otro, en tanto tal. Estos objetos ofrecidos, como falsos

plus de gozar, captan el deseo engendrando un goce uniformado...
(2007, pág. 105)

Parafraseando a Fleischer se comprendería como los sujetos envueltos en esta transformación matrimonial denominada “unión libre” parecerían proponer sus cuerpos y la relación afectiva, como aquellos objetos de consumo tras el alcance de los goces que brindarían los gadgets.

Como se mencionó, se podría finalizar conjeturando que la pareja posmoderna y sus formas de vinculación presupondrían una institución establecida por la unión de dos individuos que creen estar emancipados del compromiso con el otro.

Establecido este punto es conveniente evaluar ¿Qué sucede cuando en dicha unión deviene la llegada, en la mayor parte de los casos, de un inesperado tercero?, ¿Cómo acoge esta unión endeble al nuevo ser que reclama ser sujeto? ¿Qué implicaría asumirse como padres en la posmodernidad?

Frente a estas preguntas los casos demuestran que. cuando estos encuentros sexuales derivan en la concepción de un nuevo ser, se evidenciaría la fragilidad de esta “unión libre” sometándose a una parentalidad impuesta por la sociedad y la cultura posmoderna.

A partir de este punto convendría resaltar que, aunque estos sujetos se desenvuelven bajo los imperativos del mercado se establecerían no sólo como individuos y pareja amorosa, sino que además estarían inmersos en el estatuto de padres. Por lo mencionado se observaría que los sujetos a los que se hacen referencia deberán desempeñarse como padres, actuando de manera diferente a las tradicionales, por lo que convendría analizar la parentalidad y cómo el

influjo actual del discurso capitalista estaría transformando la manera en que esta función se ejerce.

En relación a lo manifestado Deborah Fleischer quien cita a Guiddens, en su publicación acerca de las transformaciones del matrimonio, estipula que "Tener un hijo no tiene que estar vinculado necesariamente al matrimonio, y es una situación que se diferencia de la de épocas anteriores donde esto parece natural" (2006, pág. 8)

Es decir que aquel vínculo matizado por el compromiso de establecer una relación "duradera" brindaba a la pareja parental, la pauta para instaurarse como familia frente a la llegada de un niño, el cual sería acogido por esta institución fundada de antemano, sin embargo la práctica revelaría lo expuesto por Cazenave "Hoy hay una caída de los ideales, fin de las utopías" (1999, pág. 83) Con esto se demuestra, que dicho fenómeno marcaría de forma determinante la inscripción del niño como parte de la novela familiar forzando a estos sujetos a asumir el desafío de encarnar el ideal social de padres.

Después de lo planteado cabría cuestionarse nuevamente lo enunciado con anterioridad ¿Qué ocurre cuando dichos sujetos en referencia a su parentalidad? frente a esto es necesario rescatar lo elaborado por Mirta Goldstein cuando indica:

Parentalidad no es lo mismo que hablar del eje paternidad-filiación, si bien una cosa está ligada con la otra. La parentalidad tiene que ver con los vínculos que se establecen entre una pareja y la relación simbólica que los liga a la particular forma de concebir la familia. La parentalidad es una asunción que algunos desean y otros no, sean varones, mujeres, homosexuales. (2015, pág. 4)

Siendo así, que en base a lo mencionado, estas variaciones en las formas de emparejamiento asumen casi como una imposición a un niño como parte de su dinámica familiar. Podría entonces especularse que "tener un hijo" para los sujetos inmersos en un nexo de por sí frágil, se mostraría como un gran reto

frente al que no estarían ni física, ni subjetivamente preparados, por lo que su única salida sería ejecutar una pseudo parentalidad y pseudo paternidad.

1.2. Modalidades de la parentalidad posmoderna

En este capítulo se abordará la maternidad y paternidad como categorías de la parentalidad y su distinción desde un enfoque social, con la finalidad de esclarecer las nociones que condicionan a cada uno de los términos empleados y las modificaciones que se evidencian en torno a estas.

En los casos que se detallarán más adelante se justificarían las modificaciones que éstas nociones han tenido en la posmodernidad; ya que, según lo observado en la casuística recolectada en el desarrollo de esta investigación, se vislumbraría que la transformación de dichos conceptos llevaría consigo el surgimiento de dificultades para asumirse en las funciones establecidas por la biología y lo social.

Se iniciará retomando del capítulo anterior el término “parentalidad”, con la finalidad de evocar lo antes planteado y a partir de esta definición examinar las dos vertientes que se presentan: Paternidad y Maternidad.

El término parentalidad se utilizó para referirse a los tipos de enlace que se crean entre los sujetos que conforman una constelación familiar, la cual se dividiría según el sexo biológico: Paternidad en relación al hombre y maternidad en lo referente a la mujer.

En relación a lo planteado sobre estas vertientes Romero puntualiza:

La paternidad y la maternidad son realidades sociales que no escapan a la ley de la construcción social. Son también constructos sociales

desarrollados por el imaginario social, en cuyas definiciones y desarrollo han intervenido muchos factores, como los biológicos, los económicos, los políticos e ideológicos, los religiosos y las creencias. (2007, pág. 122)

Se podría entender que ambas categorías de la parentalidad no se limitan a los lazos consanguíneos o biológicos de los sujetos que conforman el núcleo familiar, sino que además posee un componente subjetivo influenciado por el llamado “imaginario social”, que regiría la manera en que determinada cultura conciba y transmita, lo que se espera de la pareja parental. Este aspecto quedaría sintetizado en la frase “La parentalidad es más que un hecho biológico” (Romero, 2007, pág. 120).

1.2.1. Paternidad posmoderna desde un enfoque bio-social

Debido a lo anteriormente expresado es importante destacar las particularidades sociales que influyen en cada instancia parental, por este motivo se iniciará exponiendo el concepto de paternidad basado en un encuadre social.

La paternidad en términos universales posee un sinnúmero de definiciones y resultaría una tarea utópica tratar de seleccionar una sola concepción que abarque por completo todos los elementos que la conforman, sin embargo, el entorno cultural que se utilizó para la elaboración de este trabajo, permite establecer ciertas pautas sobre la paternidad que encajaría a grandes rasgos con lo planteado por Ortega, afirmando que:

La paternidad tradicional se basa en una referencia biológica de las diferencias hombre/mujer. Concibe al padre en la cima de una pirámide familiar, con un estatus otorgado como natural e indiscutible. Su rol fundamental es el de proveedor y responsable de la autoridad y la disciplina familiar. (2004, pág. 62)

Frente a lo planteado se podría inferir que la paternidad clásica, basaba su estatus en la capacidad de fecundador que le brinda la condición biológica de hombre y que colocaba al padre como veedor permitiéndole establecerse en el imaginario social, por encima del sexo femenino y otorgándole una autoridad simbólica.

Se ha mencionado que en la paternidad el aspecto biológico juega un papel relevante; sin embargo, no sería el único componente, este tema es elaborado por las autoras Puyana & Mosquera que expresan lo siguiente:

...los padres de la tendencia tradicional son la responsabilidad, la protección y la trascendencia, obedeciendo así a la representación social que designa al hombre el ideal de proveer y representar a la familia, y así fortalecer las cualidades propias de su masculinidad... (2005, pág. 10)

En este punto se podría afirmar que la representación social del padre, que se sostenía era la de un agente externo subyugado a tareas específicas, sin mayor acceso a la relación dual entre madre-hijo. Dicho padre se postulaba como figura privilegiada al mantenerse como un estatus de autoridad adjudicándose como suministrador.

Por consiguiente, la paternidad encerraba un ideal social de padre como la figura que abastecía al complejo familiar, dota de bienes materiales que se requerían, lo posiciona como el trabajador externo que se vanagloriaba en su capacidad de salvaguardar el bienestar económico de la familia, a diferencia de la posmodernidad, donde esta figura ha quedado desplazada, con el único propósito de ser requerido como fuente económica.

A la luz de estas elaboraciones cabe destacar, que a partir que el padre quedó relegado a ubicarse sólo en el papel de proveedor económico, se han presentado otras transformaciones vinculadas a la paternidad. Estas

transformaciones serían resaltadas por Claudio Glassman en su artículo digital, “La declinación del padre: el síntoma, nuestro padrecimiento”, proponiendo que:

... las limitaciones de los padres de nuestra época, hay un acuerdo casi generalizado, de que se ha producido una caída de la autoridad paterna que algunos han interpretado como una decadencia del Padre. Parece una evidencia: los efectos de esta declinación, entendidos como una degradación tanto de su papel como de su imagen social (y planteadas las cosas así ¿quién dudaría?), han tenido, tienen y tendrán consecuencias cada vez más serias en la constitución subjetiva... uno de los “padres” de la sociología Emile Durkheim, fue quien dictaminó a partir de sus investigaciones que una de las consecuencias de la modernidad era la desaparición de la “sagrada” figura paterna alrededor de la cual se organizaba, en la gran casa una familia conformada por varias... (2004)

A manera de conclusión de esta primera sección se podría inferir que el constructo social de paternidad ha sido considerado como determinante en la constitución de la familia, dicha elaboración se habría relacionado a través del tiempo, con las cualidades de proteger y suministrar bienes materiales y afectivos, como unidades constitutivas para asumir esta categoría. Sin embargo, en lo elaborado a lo largo de los párrafos anteriores, se evidenciaría que el padre en la actualidad ejecuta estos atributos de manera diferente, lo que demostraría que en la posmodernidad el padre ha caído de su pedestal como eje de la familia. Esta declinación y pérdida de estatus de autoridad trae consigo consecuencias visibles en la subjetividad de los individuos y en todo el sistema que los rodea; un claro ejemplo se evidenciaría en lo recogido de los casos durante esta investigación; ya que es notorio el aumento de las formas sintomáticas de pareja, que ubican al padre como el externo que se presentaría únicamente como proveedor económico. El imago que representaría al padre en la sociedad actual dejó de ser la del amo que humaniza y que hace cumplir la ley, para establecerse como una figura debilitada y distante.

Finalizado el breve recorrido en torno a la paternidad se pudo establecer las características biológicas y socio culturales que se manejan en relación a

esta construcción psíquica, sin embargo, cabe resaltar como aspecto interesante que el influjo social y biológico parecería no bastar para la asunción de esta vertiente de la parentalidad. Las manifestaciones; tales como la desimplicación y dificultad para asumirse en el papel de padres, que los casos clínicos ilustrarían, mantienen abierta la interrogante acerca de qué elementos; aparte de lo biológico y social; serían necesarios para asumir la paternidad.

Con lo hasta ahora referido se podría concluir que los sujetos a los que se hace referencia en este trabajo, encontrarían dificultades para asumirse como padres, porque esta instancia no estaría determinada de antemano. Es así que frente a la instancia social que propone como padre, a todo aquel que asegura y provee, estos sujetos no lograrían establecerse por completo como proveedores económicos ni afectivos. Mientras que en el aspecto biológico la capacidad de reproducción, que en el pasado estaba normatizada por la ley paterna se encontraría trastocada y se derivaría en un desenfreno ligado al ejercicio de su sexualidad.

1.2.2. Paternidad posmoderna desde un enfoque psicoanalítico

Por lo planteado en el acápite anterior sería imperioso cuestionarse qué otros aspectos influenciarían, para que estos sujetos en la actualidad presenten dificultades para posicionarse en su paternidad, tales como la desimplicación y rechazo a la adjudicación paterna.

Así se podría hipotetizar, que la adjudicación de la vertiente paternidad en estos sujetos presentan dificultades, debido a que esta dimensión posee componentes, que además de lo biológico y social aludirían a un plano subjetivo y personal, el cual probablemente estaría asociado al propio historial paterno. Este cuestionamiento permitiría plantearse la existencia de un nexo

entre las dificultades en relación a la paternidad y el desfallecimiento del nombre del padre.

Por ende, se consideraría necesario desde un enfoque psicoanalítico, retroceder a la historia de estos sujetos, se plantea una tentativa de respuesta a esta interrogante, la cual se basaría en discernir qué aspectos de su propia infancia los remiten a eludir su paternidad; es decir inquirir qué aspectos no alcanzó a establecerse en la propia historicidad paterna.

La hipótesis planteada encontraría su sustento teórico en la conceptualización de la función paterna, que se establecería como ente regulador de goce y luego poder establecer, si su incumplimiento o carencia se presentaría como un elemento latente de las dificultades que se manifestarían en los padres involucrados en este estudio.

De esta forma, lo anteriormente esbozado permitiría introducir el concepto de función paterna, como eje en el análisis de la adjudicación de la paternidad, además se hará una breve reseña del mito de Edipo, concepto que más adelante se lo retomará, tanto para la paternidad como en la maternidad, siendo punto de referencia para el inicio del complejo de Edipo, de ambos sexos.

Según la mitología se considera que la historia comenzó, debido a que:

Layo, al haber raptado al hijo de su huésped Pélope, Crisipo y haber introducido con ello en Grecia la pederastia, fue advertido por Apolo de que sería muerto por el hijo que engendrara. Nacido Edipo de su matrimonio con Yocasta, Layo mandó exponer al niño a uno de sus criados, no sin haberle atravesado antes los tobillos con una hebilla (...) Compadecido el criado de la criatura, se la entregó a uno de los pastores del rey Pólipo de Corinto. Éste, a su vez, entregó el pequeño a su amo, que, por carecer de descendencia, lo adoptó como hijo suyo. Oyendo decir Edipo ya de joven que no era verdadero hijo de sus padres, se encaminó a Delfos (...) Allí, un oráculo le informó de que estaba predestinado a matar a su padre y a casarse con su madre. Decidido a no regresar a Corinto, su supuesta patria, para escapar de

horrores semejantes, yendo de camino da muerte, en una disputa ocasional a su padre Layo, sin conocer su identidad. Llegando a Tebas, encuentra devastado el país por un monstruo, la esfinge, que aniquilaba a cuantos no sabían responder al enigma que les proponía. Edipo supo descifrar el conocido acertijo de las tres edades del hombre, y. o bien dio muerte a la esfinge (...) La hazaña le valió la mano de la reina Yocasta. (Sófocles, 2015, págs. 4-5)

En referencia a lo trazado la psicóloga clínica Leslie Arvelo en su texto “Masculinidad y función paterna” retoma a Freud para establecer a que se denomina función paterna y los roles que le competen, mencionando:

La Función Paterna representa para el Psicoanálisis una conceptualización fundamental para explicar la relación entre el individuo y la cultura. Freud (en Aberastury y Salas, 1978) diferencia, en varios de los capítulos de su larga obra, cuatro papeles del padre que se superponen y complementan, como son los de objeto afectivo, modelo identificador, auxiliar y rival. (2001, pág. 46)

Se entendería entonces, que la denominada función paterna hace alusión a un concepto y no al padre físico como tal, estableciendo que dicha función estaría vinculada al nexo que se instaura entre el sujeto y la civilización; debido a que este, desde que nace estaría inmerso en la cultura. Además, dicha función brindaría al padre real la posibilidad de encarnar aquellas representaciones sociales, que fundamentarían el cumplimiento de su deber como padre de familia.

Es decir, que aquellas cuatro funcionalidades (objeto afectivo, modelo identificador, auxiliar y rival) planteadas por Freud se verían reflejadas en los constructos sociales que forman parte del imaginario colectivo, sobre aquello que debería realizar el padre. Sin embargo, en la casuística se observó que en la historización particular, estas funcionalidades paternas no siempre se cumple a cabalidad, sobretodo en la posmodernidad como efecto visible de la caída del nombre del padre. Esto implicaría que la supervivencia de estos papeles refleje la importancia de la función paterna, no sólo para el sujeto que las encarna sino para la descendencia de este.

El alcance de la función paterna sobrepasaría el aspecto social visible y pronto Freud revelaría otro aporte que brinda esta función y que León logra sintetizar diciendo:

Freud alude a la importancia de la presencia real del padre no solo como objeto de identificación para el niño, sino también como objeto sexual para la madre y, en definitiva, como una terceridad que opera como barrera del incesto, es decir, como función paterna o padre funcional. Para Freud, la presencia paterna encarna una mediación que impide que la madre tome al niño como sustituto de su marido, con un exceso de ternura que finalmente pueda arrebatar la virilidad del niño por una maduración demasiado precoz de su erotismo. (2013, pág. 25)

En consecuencia, lo alegado por Freud vislumbraría el efecto que tiene, el que el padre físico personifique la función paterna, lo que permitiría constituir una separación entre el niño y su madre, así como una distinción entre lo endogámico y lo exogámico dentro de la dinámica familiar. Dicha disgregación marcaría el cimiento de la función paterna como facultadora en el establecimiento del modelo identificatorio; discerniendo en los casos que la paupérrima ejecución de la función paterna, interviene en la dinámica, desde la infancia de estos sujetos y daría lugar al surgimiento de dificultades en la asunción de la paternidad.

Continuando con esta línea conceptual se podría contrastar lo anteriormente elaborado con lo expuesto por Arvelo que citando a Lacan expresa:

...Lacan (1972, en Aberastury y Salas, 1978) aporta la noción de “función de corte” como la que define la Función Paterna, la cual supone una doble prohibición: impedir la fusionalidad madre-hijo, por una parte, y evitar la relación incestuosa, por la otra. Esta “función de corte” constituye entonces una función interdictora de la diada narcisista madre-hijo que posibilita el acceso del niño al orden simbólico... (2001, pág. 46)

Por ende, se conjeturaría que la función paterna posibilita la inserción del niño en el entorno social, propiciando su interacción con otros instaurando la “doble prohibición”. Todo lo hasta ahora elaborado, podría sintetizarse en

la frase propuesta por León al decir que: “La función paterna, entonces, es mediación y opera como tercero humanizante, y es para Lacan a la vez función de la palabra y función del amor mediado.” (2013, pág. 59)

Lo elaborado en alusión a la vertiente paternidad conduciría a pensar en el impacto que la propia historicidad paterna tendría sobre el establecimiento de esta función parental en el sujeto neurótico, es decir basándose en lo hasta ahora aportado, la asunción de la paternidad por parte de estos hijos que ahora son padres tendría su influjo en la forma peculiar en que se estableció la ley durante el desarrollo en su propia novela familiar.

1.2.3 Paternidad y la novela familiar

Por lo estructurado anteriormente parecería de vital importancia ahondar en la novela familiar del sujeto neurótico como antecedente en la asunción e interiorización de la parentalidad, para ello se retomará a Freud quien profundiza en este tópico.

Al analizar el texto de Freud “Novela familiar del neurótico” se puede vislumbrar varios eventos que resultan indispensables en la formación de la neurosis de un sujeto dentro de la novela familiar y que en lo posterior facultarían al individuo para asumir la función paterna. En referencia Freud elabora lo siguiente:

En el individuo que crece, su desasimio de la autoridad parental (...) Es absolutamente necesario que se cumpla, y es lícito suponer que todo hombre devenido normal lo ha llevado a cabo en cierta medida. Más todavía: el progreso de la sociedad descansa, todo él, en esa oposición entre ambas generaciones. Para el niño pequeño, los padres son al comienzo la única autoridad y la fuente de toda creencia. Llegar a parecerse a ellos —vale decir, al progenitor de igual sexo—, a ser grande como el padre y la madre: he ahí el deseo más intenso y más grávido en consecuencias de esos años infantiles. Ahora bien, a medida que avanza en su desarrollo intelectual, el niño no puede dejar de ir tomando noticia,

poco a poco, de las categorías a que sus padres pertenecen. Conoce a otros padres, los compara con los propios, lo cual le confiere un derecho a dudar del carácter único y sin parangón a ellos atribuido. Pequeños sucesos en la vida del niño, que le provocan un talante descontento, le dan ocasión para iniciar la crítica a sus padres y para valorizar en esta toma de partido contra ellos, la noticia adquirida de que otros padres son preferibles en muchos aspectos. (1908, pág. 217)

Parecería ser entonces que Freud afirma la necesidad imperiosa de que el sujeto atraviese la infancia embelesado por las características y habilidades distintivas de sus progenitores para instaurarse como neurótico, sin embargo, al avanzar su desarrollo y alcanzar la pubertad el sujeto afrontaría un periodo de desencantamiento y cuestionamiento en relación a aquellos antecesores que personifican las funciones parentales. Adjunto a esta conjetura Freud advertiría que en ciertos sujetos -como en los casos que se presentarán – serían producto de un entorno de ley endeble y estarían supeditados a malograr en la ejecución de esta tarea.

Al parecer el franquear el tiempo de desengaño sería menester para la constitución psíquica normal del sujeto neurótico, sin embargo en dicho proceder puede evidenciarse fallos que influye en cada sujeto derivando en una forma particular de inscribir la ley y por lo tanto en la manera de apropiarse de las funciones que derivan de esta, a partir de la identificación que se hace con el “progenitor del propio sexo”.

De esta manera, Freud introducirá el advenimiento de la paternidad en el varón enunciando:

Ahora bien, aquí se muestra ya la influencia del sexo, pues el varoncito presenta inclinación a mociones hostiles mucho más hacia su padre que hacia su madre, y se inclina con mayor intensidad a emanciparse de aquel que de esta. (1908, pág. 218)

En contraste Freud profundiza acerca de la relación entre padre e hijo y la forma en que se inscribe la ley como formas que posibilitarían que el sujeto se posicione en una identidad sexual, lo cual tendría efectos en que dicho individuo asuma la paternidad, elaborando lo siguiente:

La actitud (postura) ambivalente hacia el padre, y la aspiración de objeto exclusivamente tierna hacia la madre, caracterizan, para el varoncito, el contenido del complejo de Edipo simple, positivo. Con la demolición del complejo de Edipo tiene que ser resignada la investidura de objeto de la madre. Puede tener dos diversos remplazos: o bien una identificación con la madre, o un esfuerzo de la identificación padre. Solemos considerar este último desenlace como el más normal, permite retener en cierta medida el vínculo tierno con la madre. De tal modo, la masculinidad experimentaría una reafirmación en el carácter del varón, por obra del sepultamiento del complejo de Edipo. (1925, pág. 34)

Es decir, que en el varón la manera en que se da la inscripción de la ley durante la infancia, posibilitaría la asunción de una identidad sexual, facilitando tácticas, de cómo asumir las funciones. Al instaurarse la prohibición del incesto la ley coartaría las tendencias libidinales pulsionales, y se brinda una separación entre las generaciones, se dota al sujeto de herramientas identificadoras que le permitirían asumirse en las funciones correspondientes a su generación.

Con respecto al varón, Freud manifiesta que tanto la entrada y salida edípica, decretan la prohibición que anula la posibilidad de que la madre sea su pareja y que obligarían al sujeto a buscar una pareja exogámica, regulando así el goce sexual. Sin embargo, los sujetos a los que se hace alusión este trabajo se verían guiados por una ley quebradiza y por consiguiente presentarían conflictos en la manera de identificarse con un padre en declinación.

Es así, que este fallo en la ley repercutiría de forma notoria la estructuración subjetiva, por lo tanto dificultaría la instauración de límites y modelos claros, que el sujeto pueda tomar como guía para asumir la paternidad. Se podría inferir entonces, que no es que la ley no se ha instaurado en estos sujetos sino más bien, su instauración se ha dado de

forma frágil. Una debilidad que repercutiría en estos individuos y por consiguiente se presenta una paternidad debilitada.

A manera de conclusión en lo analizado hasta ahora, se podría afirmar que la paternidad engloba un estatus dotado de significantes que circulan en el discurso social, influenciado por lo biológico, pero que a su vez convocan una respuesta subjetiva individual que puede devenir en admitir como propio o no, su cumplimiento. Este efectuar de la paternidad estaría enlazado a su vez a la capacidad que el propio padre del sujeto tuvo para hacer semblante de la ley y que dejó cicatrices psíquicas que favorecerían o dificultarían adjudicarse la paternidad. Por lo tanto, se infiere que existiría una relación entre la asunción de la paternidad y la ejecución de la función paterna por parte de un hombre que se supone debería asumir la responsabilidad de su participación en la procreación de un nuevo ser y que implicaría, tanto el cumplimiento social, como un deber impuesto.

1.2.4. Maternidad posmoderna desde un enfoque bio-social

Todas las conjeturas expresadas en el apartado anterior propician pensar que la asunción de las vertientes de la parentalidad, presentarían un componente subjetivo que facultaría su asunción y que por lo tanto determinaría que en la maternidad se ejecute un fenómeno similar al planteado en la paternidad. Por este motivo se consideró relevante realizar el análisis de dicho componente, pero esta vez en torno a la vertiente maternidad.

En esta sección se propone revisar algunas consideraciones en lo que respecta a la conceptualización de maternidad, siguiendo un orden similar al que se utilizó con la vertiente paternidad. La maternidad es concebida desde el plano biológico, para posteriormente analizar su concepción en torno a lo social y finalmente disgregar qué aspectos subjetivos intervienen en su adjudicación.

Para iniciar es necesario mencionar la notoria vinculación biológica entre madre y niño, la cual ejercería una segmentación innegable, que se deriva en una notoria diferencia, en cómo se yuxtapone a la dimensión paternidad y lo que le compete a la maternidad. En referencia a lo planteado Bonino afirma:

La división sexual promueve también la idealización de la maternidad como destino para las mujeres, naturalizando como instintiva la disposición femenina para el cuidado, lo que lleva a obligar a las mujeres a responsabilizarse en exclusiva de sus hij@s y a considerar al padre como secundario... (2003, pág. 6)

Sería esta notoria diferencia sexual, la que se presentaría como un imperativo orgánico que liga a la mujer con la maternidad, se refiere a esa cualidad innata equivalente a la realización femenina. El planteamiento es reafirmado por otros autores como Solé & Parella cuando expresan:

El hecho que la maternidad sea el resultado de la división sexual de la función reproductiva, que biológicamente corresponde a la mujer, ha favorecido que la maternidad, en mayor medida que ningún otro componente del género, haya sido objeto de una interpretación fuertemente esencialista y se haya construido como algo universal, natural e inmutable, patrimonio exclusivo de las mujeres.” (2004, pág. 73)

Todos estos autores concuerdan en que si se desea examinar la maternidad, debe tomarse en consideración el componente biológico, sin embargo este elemento no sería único ni determinante para asumirse como madre. Se podría entonces vislumbrar de forma sencilla, por qué rige la idea de la madre innata, en el imaginario de la población en general, es decir la idea predominante gira en torno a la madre, podría tener el instinto de ser una cuidadora auténtica y así podría asumirse en su papel, casi como un imperativo que condenaría a cualquiera que osara en cuestionarlo o modificarlo.

Como se estableció anteriormente, la maternidad es un concepto que engloba varios elementos que la definen desde el aspecto biológico; los cuales considerablemente repercuten sobre la generación de doctrinas que se pudieran crear alrededor de la misma. Por lo tanto, es de comprenderse que la labor de establecer pautas sobre la maternidad se complejizaría cuando los elementos ya estudiados pasan a ser parte de una cultura y deben estudiarse desde un marco sociológico, sin embargo, con el objetivo de esclarecer en algo, el impacto del aspecto social sobre las formulaciones que los sujetos elaboran de la maternidad y cómo esto afectaría al mismo tiempo la asunción o no de ésta. Se alude a María Molina quien toma nociones de Hays y Rapoport en torno a la maternidad, expresando:

...La maternidad es el objetivo central en la vida de las mujeres y la naturaleza femenina es condición de la maternidad. Las mujeres son consideradas con una capacidad natural de amor, de estar conectadas y empatizar con otros, señalando a la personalidad femenina como un modelo para un mundo más humano. La maternidad además cumple una función de satisfacción de deseos inconscientes y recompensa para la propia madre, existiendo una complementariedad de las necesidades de madre e hijo... (2006, pág. 98)

En la cita se mencionan varios aspectos que se resaltan como características de la maternidad. Para iniciar se destaca al concepto como un “objetivo central”, es decir se estipula a la maternidad como una meta con un fin central, que esta impuesta y determinada por la condición sexual biológica. Luego se enuncia a dicha condición como inherente al sexo femenino, que brinda a la mujer una habilidad especial ineludible para dotar de afecto; haciendo hincapié que esta destreza aparentemente innata vuelve a la mujer, la proveedora idónea de cuidado y se ve, al mismo tiempo favorecida por cumplir dicha función, de esta manera se establece en forma categórica que el desempeño de la maternidad debería brindar a la mujer un estado de complacencia y bienestar.

En lo antes mencionado se alude también a cambios que reflejan la influencia de procesos culturales sobre el concepto de maternidad y las variaciones que ha sufrido la misma, quedando de manifiesto que lo que se considera como válido en un momento determinado provendrían de tradiciones en contextos culturales temporales.

Esbozado esto, se podría conjeturar que la maternidad se presentaría en el contexto social como el ideal femenino. A pesar que esta concepción se establece como una idea ampliamente aceptada, se debería tener en consideración su aspecto maleable como lo explica Molina:

La revisión histórica del concepto de maternidad demuestra las transformaciones que ha tenido esta noción a lo largo de siglos, y sus consecuencias (...) Al revisar la literatura, Maternidad aparece como un complejo de significados particularmente rico por su relevancia para la vida humana, la cultura y la psicología individual en cada momento de la historia a lo largo de su evolución. (2006, pág. 101)

Es indispensable resaltar, que el concepto de maternidad que liga a la figura femenina al poder innato del cuidado, tendría sus orígenes en el pasar del tiempo con un carácter versátil, puesto que generación tras generación moldearía y transformaría dicha conceptualización en el contexto y periodo social en el que se desenvuelva. No obstante, sería útil tomar dicha apreciación como base para un nuevo cuestionamiento, sí la maternidad se presenta como una noción tan impredecible y sujeta a variaciones constantes ¿Qué ocurre con la maternidad en la actualidad?

La autora del artículo “Transformaciones histórico culturales del concepto de Maternidad” buscaría formular una posible respuesta a esta pregunta evocando al sociólogo Alain Ehrenberg al afirmar que:

...Los conceptos relativos a la maternidad en la época actual están inmersos en las características sociales y culturales propias de la era postmoderna (...) De acuerdo al sociólogo Alain Ehrenberg (2000) la sociedad actual ha ido dejando los criterios de la primera mitad del s. XX basados en un modelo disciplinario de lo permitido y lo prohibido, ampliando las visiones, la libertad de elección y fomentando la realización personal. La autoridad tradicional queda en tela de juicio y surgen ya no normas o patrones específicos de crianza sino múltiples posibilidades

frente a las cuales elegir (...) En este contexto se aprecia una prevalencia del discurso moderno sobre maternidad (...) conjuntamente con la emergencia de nuevas ideas que surgen como visiones opuestas... (2006, pág. 99)

Este planteamiento sociológico conferiría una idea del alcance de la variabilidad que se produciría en el concepto de maternidad. A pesar de que este mantiene un matiz fuerte proveniente de la modernidad, es notoria la transformación de la cual ha sido objeto, debido al influjo del fenómeno denominado declinación del nombre del padre causante del debilitamiento, de la aquí llamada "autoridad tradicional" que propiciaría que en la era de la posmodernidad se promuevan el alcance de nuevas metas, por encima de la meta relacionada con la adjudicación materna.

En este sentido, la maternidad como meta relegada de su lugar de indispensable y prioritaria se constataría en el discurso de las pacientes intervenidas durante las prácticas que al ser interrogadas afirmaron no haber deseado en principio asumir este papel puesto que sus metas primordiales eran otras. Lo elaborado en esta sección será trabajado por Molina quien retoma a Burin confirmando lo estipulado al establecer que:

...Desde este punto de vista la maternidad empieza a ser contraria a realización personal. Se disminuye el número de hijos y la opción laboral y actividades fuera del hogar aumentan como tema de la mujer y las madres. La postergación de la maternidad empieza a ser aceptada lo que se evidencia en una ampliación de la brecha generacional... (2006, pág. 99)

La idea de maternidad que se planteaba hasta antes de la era posmoderna, en tanto la mujer-madre debía ser la responsable de sus hijos y de su pareja-esposo; se ha trastocado. La comúnmente conocida maternidad que abarcaba el mandato de la procreación y cuidado familiar ha quedado en el olvido, en la actualidad se evidenciaría más la realización propia, el desinterés tanto en la procreación como en el establecimiento de una relación tradicional.

Se estipularía entonces que las necesidades de las mujeres han cambiado y con ello lo concerniente a la maternidad, es así, que Molina recalca lo siguiente:

Esta complejización de las concepciones en torno a la maternidad y la apertura de posibilidades para la mujer empieza a considerar a la función materna como menos positiva y menos atractiva que en otras épocas. No solo no queda claramente establecido como un rol que valoriza a la mujer, sino que además los propios hijos empiezan a ser vistos como carga y considerados como interfiriendo en las motivaciones de realización profesional y deseos de tener una acción en la sociedad (2006, pág. 99)

Es decir que las transformaciones culturales, sin duda alguna, tienen que ver con la modificación dada actualmente sobre la concepción de la maternidad, es así que se observaría que las cualidades que eran atribuibles a la maternidad moderna se conservan en parte; a manera de vestigio de aquella época, sin embargo esta transmisión al parecer no fue lo suficientemente fuerte como para impregnarse de manera total en las generaciones de la época posmoderna. En esta época se considera a la maternidad como una de las tantas opciones que la mujer tiene a su alcance, ya dejó de ser el objetivo esencial, capaz de brindar una mayor satisfacción para el sexo femenino. Las múltiples opciones de autorrealización, que en la posmodernidad sustituyen a los paradigmas tradicionales de la maternidad ejercerían una gran influencia sobre las construcciones sociales, es así que en la actualidad, ya no llama la atención que se esté ofertando como idóneo rehuir de la asunción de la maternidad; pues ésta se presentaría ya no como una satisfacción simbiótica entre la madre y el niño, sino más bien como un obstáculo para cumplir otras metas establecidas por la cultura.

Para resumir todo lo planteado hasta ahora se podría establecer que la maternidad es un término complejo en todas las épocas y que ha sido partícipe de diversas modificaciones, comenzando por establecerse como aquel fin central que toda mujer debía alcanzar, el cual además era exaltado por la sociedad como el logro idóneo que permitía asumirse como una buena mujer.

Esta equivalencia imaginaria entre la buena mujer y la buena madre fue favorecida por el aspecto biológico que distingue y de cierta forma delata el estrecho vínculo natural entre una mujer y su hijo, dejando la responsabilidad social de la crianza como tema exclusivo de las mujeres.

El transcurso de los años ejerció su influencia sobre el constructor de la maternidad, se consideró como una práctica desbordada de obligaciones sociales, que la mujer debía cumplir con agrado; sin embargo el desarrollo y demás movimientos posmodernistas han ampliado el abanico de posibilidades para la mujer, implantando así, un nuevo influjo sobre la idea de maternidad, que en cierta forma favorece que algunos sujetos evadan con mayor facilidad su responsabilidad.

Todo este recorrido llevaría a considerar el gran influjo biológico y social que recae sobre la mujer, que concibe un hijo, razones suficientes para asumir la función materna en la hembra humana, con una imposición social. Existe la incertidumbre de los motivos existentes, del por qué algunas mujeres asumen el papel de madres y otras parecen rechazar cruelmente al niño y presentan conductas disociadas del don natural que les fue otorgado.

1.2.5. Maternidad posmoderna desde un enfoque psicoanalítico

Para responder a la interrogante planteada se consideró desde del enfoque psicoanalítico, que propone pautas para el estudio de los componentes intrínsecos, históricos y particulares de la maternidad, que rigen la psique en cada uno de los sujetos partícipes en este estudio. Este proceso se podría iniciar develando la constitución subjetiva, que tendría que atravesar el sujeto femenino desde su infancia, para posteriormente enfocarse en la función de madre.

“ Para el psicoanálisis la historia del sujeto no es ajena a la historia de sus padres” (Estrella, 1998) Se reafirma la necesidad de realizar un retroceso en la historicidad materna y en las experiencias particulares que estos sujetos vivieron en torno a su relación con el Otro primordial; este aspecto serviría de aporte en la ejecución de la función materna en casos similares, como una forma de apoyo para restablecer el vínculo madre – hijo, que en estos casos, se ven afectadas e intentan crear.

Freud plantea “Inicialmente la madre fue para ambos el primer objeto” (1922, pág. 105), mientras que Calcagnini lo formula diciendo “El Otro primordial como un amor absoluto, lugar del tesoro de los significantes, ha de ir produciendo sus marcas en el sujeto” (2003, pág. 3) . Ambas premisas tratarían de enfatizar la función del Otro primordial, que dota de los primeros cuidados al nuevo ser y es el que mediante la palabra, humanizaría y le dotaría de significantes al cuerpo real.

Referente a lo esbozado en el párrafo anterior Freud reflexiona de esta manera:

El complejo de Edipo de la niña es mucho más unívoco que el del pequeño portador del pene; según mi experiencia, es raro que vaya más allá de la sustitución de la madre y de la actitud femenina hacia el padre. La renuncia al pene no se soportará sin un intento de resarcimiento. La muchacha se desliza —a lo largo de una ecuación simbólica, diríamos— del pene al hijo; su complejo de Edipo culmina en el deseo, alimentado por mucho tiempo, de recibir como regalo un hijo del padre, parirle un hijo. (1925, pág. 186)

Las indagaciones planteadas por Freud sugerirían que la edificación de la psique femenina se dará en un inicio de forma similar al varón, en relación al complejo de Edipo, tornándose de vital importancia tanto para el varón, como para la niña, debido a que les permite identificarse con otro. Para la niña el consentir la promesa futura de que otro, que no es el padre le brinde un hijo que la complete, no sólo devela el ejercicio de la función paterna, sino que

instauraría la prohibición del incesto; con ello, le otorgaría un lugar y una separación entre generaciones, lo que posibilitaría la asunción de la función ligada a la maternidad.

Desglosando aún más esta premisa Nilda Estrella expresa:

...la sexualidad no es producto de la maduración biológica, sino que tiene su origen en las primerísimas relaciones del niño con el Otro (...) Ser hombre o mujer no es simple cuestión de destino anatómico. La posición respecto al sexo es un resultado de los avatares del recorrido edípico (...) los avatares del Edipo están a su vez condicionados por los de quienes en la nueva partida ocupan el lugar que antes ocuparon sus padres. Entonces, diferencia de los sexos y diferencia de las generaciones pueden leerse a partir de la comprensión del Edipo como estructura en tanto ello implica hablar de lugares y funciones. Lugares que son exteriores al sujeto, pero que determinan su estructura y así la función de ese Otro primordial, lugar generalmente ocupado por la madre (1998, pág. 35).

Entonces basado en los párrafos anteriores se establecería como conjetura que "...el humano desde el momento de su concepción queda capturado por la estructura del lenguaje, por el deseo que lo trajo al mundo, y luego por las sucesivas operaciones que se irán produciendo en relación al Otro...". (Estrella, 1998, pág. 35)

Es decir, que la madre que acoge este nuevo ser, permite que surja su primera relación dual, transformando al sujeto cuidador como el Otro primordial, que tendría la potestad de realizar con el bebé su voluntad, según lo determine su subjetividad.

Por lo tanto, se podría inferir que cada sujeto construiría su historia según las experiencias que lo rodean y del deseo que en este caso el Otro primordial manifieste hacia él. Dichos eventos y su resolución crearían huellas en el sujeto que formarían parte de sus futuras identificaciones y como

consecuencias de su futuro ejercicio en determinadas vertientes, como la maternidad.

1.2.6. Maternidad y la novela familiar

Las figuraciones planteadas en el apartado anterior reafirmarían que nada en el sujeto viene biológicamente predeterminado, ya que las relaciones primordiales jugarían un papel determinante en la constitución psíquica del sujeto, que sumados a los influjos anatómicos y sociales podrán adjudicarse en determinada función con mayor o menor facilidad.

Todo lo hasta ahora planteado marcaría la pauta de lo que debería ocurrir en el desarrollo psíquico del sujeto en el mejor de los casos, sin embargo, es indispensable hacer la siguiente interrogación: ¿Qué ocurre en los sujetos a los que les cuesta adjudicarse la maternidad?

Una hipótesis factible se establecería al señalar que en la constitución psíquica de estos sujetos, intervienen por una parte, la ley que organiza y determina el rumbo intrínseco de los entes psíquicos, que se ejerció de forma endeble, y trastocó la organización de las funciones, por otro lado la construcción de la posición subjetiva, contribuye a esta relación madre – hijo. La declinación del nombre del padre implicaría que “el padre real se halla en decadencia, intenta colmarse el lugar de la excepción en una suerte de reciclado posmoderno sin falta y sin pérdida”. (Dominguez, 2006, pág. 31)

No se ejecutaría a cabalidad la función limitante que instaura el no todo, dejando al sujeto como puro objeto de goce, de esta manera se trastoca la asunción de una identidad sexual y las identificaciones.

Para concluir, se determinaría el por qué estos sujetos quedan en posición de goce y conciben hijos sin deseo hacia el menor. Es decir “...el psicoanálisis rompe con el mito del instinto materno al introducir que la

maternidad no es consecuencia del instinto natural, de un instinto propio del animal, sin que lo que en ella entra en juego es del orden del deseo y de la pulsión...”. (Estrella, 1998, pág. 35)

Esta hipótesis brindaría una respuesta a las premisas puramente biológicas, de cómo ciertos sujetos podrían adjudicarse a la maternidad, lo que no ocurre en otros casos, esto da lugar a supuestas características indentificatorias fallidas, en sujetos que intentaron encarnar la función materna, que conllevó a la presencia de dificultades y tropiezos.

1.3. Malformaciones congénitas

1.3.1 Malformaciones congénitas desde un enfoque médico

En este capítulo se abordará la conceptualización de malformación congénita desde un enfoque médico con el objeto de establecer la noción que la medicina emplea para designar al paciente que recibe dicho diagnóstico en una casa de salud, ya que esta representación según lo evidenciado en la casuística estaría enlazada a la exacerbación de respuestas subjetivas (angustia, llantos, rechazos, etc.) relacionadas con las dificultades para asumir la parentalidad evidenciadas en los padres participantes de esta investigación.

Por este motivo se plantea como necesario comprender que conceptualización manejan los galenos ya que son ellos los principales designados al momento de manifestar a los progenitores del niño las patologías que presentaría su hijo luego de la valoración médica. De esta forma el personal médico estaría introduciendo –muchas veces sin estar consciente de ello- una imagen representativa de un niño enfermo que en algunos casos llega a simbolizar a un hijo. Se inferiría basados en los casos

que el concepto de malformación para estos padres con dificultades frente a su parentalidad se presentaría como ominoso generando nuevos conflictos que en ocasiones sólo vuelven más engorrosa la relación entre padres y su hijo. Por lo tanto, tomando en consideración al planteamiento anterior es necesario puntualizar que son las malformaciones congénitas.

Según lo define la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su página web con respecto a las malformaciones congénitas se puede establecer que:

Las anomalías congénitas se denominan también defectos de nacimiento, trastornos congénitos o malformaciones congénitas. Se trata de anomalías estructurales o funcionales, como los trastornos metabólicos, que ocurren durante la vida intrauterina y se detectan durante el embarazo, en el parto o en un momento posterior de la vida. (2015)

Lo expuesto recalca que las malformaciones congénitas estarían correlacionadas a todas aquellas deficiencias que se puede dar durante la gestación y que pueden ser detectados en varios momentos del desarrollo del bebé.

Puntualizando con mayor detalle lo elaborado acerca de las malformaciones congénitas se plantea que esta conceptualización se analice por separado con el fin de esclarecer que componentes son los que se integran como característicos en esta definición.

En primera instancia cabría resaltar por si solo el concepto de malformación estableciendo que:

... significa forma anormal o mala forma de órganos, obviamente incluye alteraciones microscópicas de la forma, e incluso alteraciones moleculares de la célula, que afectan su función, como en los errores innatos del metabolismo, hipotiroidismo y otros. Por lo tanto, limitar el concepto a mala forma estructural y al poder resolutivo del ojo humano y/o de cualquier otro método de observación, hace que lo conceptual dependa de lo técnico, que es variable en el tiempo, es circunstancial y mutable. Aceptado este nuevo concepto, se puede apreciar que la forma y la función son interdependientes y difíciles de separar. La nueva terminología usa actualmente el nombre de defecto, que reemplaza el término malformación... (Hubner, Ramirez, & Nazer, 2005, pág. 21)

Se comprendería entonces que lo denominado "anormal" en el discurso científico equivaldría a todas las alteraciones físicas sean estas perceptibles a simple vista o no. Se torna interesante este punto ya que como se mencionó anteriormente la forma en cómo se designe a este constructo podría influenciar en la manera que cada sujeto interiorice esta imagen por lo que se podría suponer que estaría íntimamente ligado al incremento de manifestaciones de respuestas subjetivas paternas como angustia, rechazo a ver o tocar a su hijo y desimplicación como forma de salvaguardar la psique.

Lo anteriormente expuesto recalca que una vez planteada que es la malformación se puede dar paso a la conceptualización que engloba el constructo referente al aspecto congénito planteando lo siguiente:

Congénito: significa que está presente en el momento del nacimiento. Se sabe que el nacimiento es un momento un punto de un proceso continuo, que comienza con la fecundación y que no se detiene, muchas veces, hasta la vida adulta. Muchas patologías no se manifiestan hasta tiempo después, como retardo mental, ceguera, alteraciones dentales, etc... (Hubner, Ramirez, & Nazer, 2005, pág. 21).

Según el texto "Malformaciones congénitas, Diagnóstico y manejo neonatal" (Hubner, Ramirez, & Nazer, 2005, pág. 22), las malformaciones congénitas según la causa que las produce se pueden clasificar en tres grupos:

Anomalías de orden genético que a su vez se dividen en tres tipos:

- Afecciones debidas al compromiso de un solo gen principal...anemias hereditarias, hemofilia, fibrosis quística del páncreas, errores congénitos del metabolismo, etc.
- Las aberraciones cromosómicas son frecuentes y se calcula que alrededor del 6% de los cigotos tienen alguna anomalía. De los embriones resultantes muchos son abortados espontáneamente en las primeras semanas de gestación.
- Trastornos poligénicos, en los que un grupo de varios genes menores heredados interactúan con factores ambientales adversos, ya sean de origen prenatal o postnatales, para producir una malformación congénita.

Anomalías de causa ambiental: Alteración provocada por agentes ambientales (teratógenos), que son capaces de afectar el desarrollo del embrión, provocando malformaciones. El daño que pueden ocasionar los teratógenos depende de la etapa de desarrollo del. Los teratógenos ambientales pueden ser químicos (algunos medicamentos, como la talidomida, ácido retinoico), físicos (radiaciones ionizantes) e infecciosos (virales, como la rubéola, o toxoplasmosis). También pueden ser mecánicos (como la compresión intrauterina).

Anomalías de causa multifactorial: Son las más frecuentes, y están constituidas por una combinación de factores ambientales y genéticos, distintos en los diferentes individuos.

1.3.2 Malformaciones congénitas desde un enfoque psicoanalítico

En este capítulo evocará el concepto de malformación congénita desde el enfoque psicoanalítico ligando al término “Narcisismo” con el fin de vislumbrar los diversos procesos psíquicos que se desarrollan en los padres de un niño que presenta una anomalía de este tipo.

Por este motivo se partirá del mito de Narciso con el objeto de advertir porque se considera importante el uso de este término en la investigación y posteriormente esclarecer las formulaciones de Freud que hacen referencia a este término, pasando del narcisismo primario al secundario para finalmente establecer el estudio del narcisismo parental. Todo esto con el fin de comprender con mayor claridad el acontecimiento doloroso que sufrirían los padres a partir del diagnóstico de malformación congénita y que generaría una gran lesión en la psique de estos progenitores.

Como se indicó se iniciará mencionando en resumidas palabras lo referente al mito de Narciso:

Cuenta Ovidio que Narciso, hijo del río Cefino y de la ninfa Liriope, era un joven de excepcional belleza. Pero una falta en su modo de comportarse con el semejante iba a ocasionarle la máxima desdicha. Narciso despreciaba el amor que suscitaba su belleza tanto en seres femeninos como en seres de su mismo sexo. Su conducta reiteradamente desdeñosa es castigada por Némesis, divinidad que, como las Parcas, se encarga de señalar y ejecutar el destino individual, pero a diferencia de ellas, no lo hace con la muerte sino distribuyendo a cada uno lo que se merece. ¿En qué consiste el castigo de Némesis a Narciso? En hacer que se enamore de sí mismo, mirándose en el espejo de las aguas. Finalmente, Narciso se consume en este amor y acaba transformándose en la flor a la que da su nombre (Lasala, 1996, pág. 99).

Esta historia fue acuñada por varios autores que hacen referencia a esta terminología antes y aún después de las elaboraciones que Freud haría en varios de sus textos, intentando descifrar el proceso que parecería ser necesario en la estructuración psíquica del sujeto. Freud en el escrito Introducción al Narcisismo (1914) puntualiza que:

El término narcisismo proviene de la descripción clínica y fue escogido por P. Nacke en 1899 para designar aquella conducta por la cual un individuo da a su cuerpo propio un trato parecido al que daría al cuerpo de un objeto sexual; vale decir, lo mira con complacencia sexual, lo

acaricia, lo mimas, hasta que gracias a estos manejos alcanza la satisfacción plena. (pág. 71)

Este mismo planteamiento se encuentra profundizado en los escritos de Freud, quien descifra que el denominado narcisismo tendría que atravesar dos etapas; una primaria en donde “Las primeras satisfacciones sexuales autoeróticas son vivenciadas a remolque de funciones vitales que sirven a la autoconservación. Las pulsiones sexuales se apuntalan al principio en la satisfacción de las pulsiones yoicas, y sólo más tarde se independizan de ellas”. (1914, pág. 73) y una segunda etapa donde “el narcisismo que nace por replegamiento de las investiduras de objeto como un narcisismo secundario que se edifica sobre la base de otro, primario...” (1914, pág. 73)

Es decir, el narcisismo en el individuo contemplaría el trayecto que la “investidura libidinal” tendría que atravesar. Dicho recorrido debe darse en primera instancia en el cuerpo del individuo dotándolo de significantes, lo que posibilitaría que en el futuro esta investidura pueda extenderse hacia otros objetos. Basándose en este proceso Freud conceptualiza el término narcisismo como “...el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación, de la que justificadamente se atribuye una dosis a todo ser vivo...” (1914, pág. 72) esta conducta egocéntrica de preservar lo propio surgiría a partir de que “la libido sustraída del mundo exterior fue conducida al yo”. (1914, pág. 72)

Este mismo planteamiento se encuentra profundizado en los escritos de Freud, quien descifra que el denominado narcisismo tendría que atravesar dos etapas; una primaria en donde “Las primeras satisfacciones sexuales autoeróticas son vivenciadas a remolque de funciones vitales que sirven a la autoconservación. Las pulsiones sexuales se apuntalan al principio en la satisfacción de las pulsiones yoicas, y sólo más tarde se independizan de ellas” (1914, pág. 73) y una segunda etapa donde “el narcisismo que nace por

replegamiento de las investiduras de objeto como un narcisismo secundario que se edifica sobre la base de otro, primario...” (1914, pág. 73)

Para sintetizar la primera parte de este proceso se denominará “narcisismo primario”, para explicarlo se podría retomar lo elaborado por Guillermo Rivelis quien citando el Diccionario de Psicoanálisis señala que “el narcisismo primario designa un estado precoz en el que el niño carga toda su libido sobre sí mismo.” (2009, pág. 69) Es decir que durante el narcisismo primario el individuo direccionaría toda su libido hacia la obtención de la autocomplacencia que se alcanzaría mediante la satisfacción de todas sus carencias o necesidades posibilitando la autoconservación en las etapas tempranas de la vida.

En contraste Guillermo Rivelis conceptualiza al narcisismo primario al “estado que se constituye como consecuencia de esa nueva acción psíquica consistente en la integración de los fragmentos corporales en una unidad corporal y en la concomitante construcción y diferenciación yo-objeto.” (2009, pág. 70) Se podría conjeturar entonces que el sujeto en los primeros años de vida no es capaz de discernir la procedencia de los diversos elementos que lo conforman, para decirlo de otro modo no existe una clara distinción de lo propio y lo externo pues esta diferenciación recién se estaría estructurando como parte de su psique.

En primera instancia “El cuerpo del bebé estaba fragmentado desde el punto de vista psicológico, no se había unificado. Por eso es tan difícil calmar a un bebe mientras dura ese momento de la evolución psíquica”. (Rivelis, 2009, pág. 69) y luego “se produce esa integración de las distintas partes del cuerpo en una unidad corporal. Freud dice que es ese momento tiene lugar una nueva acción psíquica que da lugar a la constitución del narcisismo”. (Rivelis, 2009, pág. 70) Esta acción estructurante de la psique sólo sería posible gracias a que un Otro dota de significantes a aquel cuerpo

despedazado anudándolo simbólicamente, es decir; “El cachorro humano no se humaniza si no es en contacto con otro humano.” (Rivelis, 2009, pág. 70)

Una vez construida las bases del narcisismo primario Freud prosigue con el narcisismo secundario elaborando lo siguiente “...la imagen de una originaria investidura libidinal del yo, cedida después a los objetos; empero, considerada en su fondo, ella persiste, y es a las investiduras de objeto como el cuerpo de una ameba a los pseudópodos que emite.” (1914, pág. 73)

Parafraseando a Rubén Musicante se podría explicar lo propuesto al mencionar que Freud utiliza la estructura biológica de la ameba haciendo una analogía para ilustrar la constitución del narcisismo: El narcisismo primario sería representado por el cuerpo de la ameba mientras que los pseudópodos que engloban los objetos representan el narcisismo secundario, es decir “La libido puede ser retirada de los objetos y del núcleo, puede investir objetos”. (2005, pág. 38)

1.3.3. Narcisismo parental y respuestas subjetivas parentales

Una vez repasado el mito de Narciso y de desglosar los diversos elementos que componen el narcisismo como concepto se buscará comprender el proceso que los padres necesitarían para establecer el narcisismo parental, señalando como pauta general lo que con regularidad atraviesa el sujeto común frente a la parentalidad.

Se iniciará con lo propuesto en el texto “La clínica de los niños” cuando se afirma que “El narcisismo parental precede a la incorporación del objeto. La identificación primaria es el lazo libidinal a la nueva generación y estará indisolublemente ligado al narcisismo parental.” (Schejtman, 2011, pág. 61)

Entonces se comprendería que la constitución psíquica llamada narcisismo parental se manifestaría como otro componente que les permitiría a estos progenitores actuar como padres sin embargo al igual que los elementos constitutivos de la parentalidad, el narcisismo parental se vería fuertemente influenciado por la propia historicidad paterna la cual determinaría a su vez la forma en que estos sujetos construyeron su propio narcisismo.

Vale la pena resaltar que el narcisismo parental es un aspecto que se elabora mucho antes del nacimiento del bebé por lo que se puede afirmar que:

Es sabido que un hijo está en los padres mucho antes del momento de su nacimiento. La idea de un hijo se construye a lo largo de la historia de los padres, de la historia como hijos, de su resolución edípica, de lo elaborado en los juegos infantiles, de los saberes acerca de la crianza transmitidos culturalmente. (Esain & Benseñor, 2004, pág. 42)

En base a estas premisas se puede inferir que los padres tomando como base su propio narcisismo podrían dar cuenta de cómo se estructuró en ellos el narcisismo y por medio de los modos que encuentren para dotar de significantes a su bebé ejecutarían las acciones propias del narcisismo secundario. Además de esto si dichos sujetos se presentan como facultados para proveer de cuidados físicos y psíquicos a su hijo estarían formalizando las manifestaciones de su narcisismo parental.

En resumen, se interpretaría que “Todo hijo actualiza el narcisismo parental a partir del cual el niño será manifestación preciosa. Para él se ha proyectado una imagen, una historia, un lugar” (Esain & Benseñor, 2004, pág. 42). Esto da cuenta de cómo los progenitores empiezan su labor de padres mucho antes de tener a su hijo en sus brazos, su hostilización y el lugar que le proporcionen dichos sujetos a su hijo establecerá ya una construcción psíquica del narcisismo parental.

En cualquier caso este recorrido ha puntualizado únicamente aquellas situaciones que debe afrontar un padre como paso previo a la construcción del vínculo con su hijo, sin embargo el destino sería otro cuando a este sujeto se le presentaría un agravante al recibir un hijo distinto al idealizado y en su lugar deberán acoger a un niño con alguna clase de malformación que rompa con el ideal de hijo soñado, es decir “Cuando el que nace es un bebé con alteraciones en su desarrollo y la marca de un diagnóstico se hace presente, pareciera que casi todo queda cuestionado.” (Esain & Benseñor, 2004, pág. 43)

Y es a partir de esta alteración o de un diagnóstico que las respuestas subjetivas parentales se colocan en manifiesto como un desborde de angustia, tal como lo retoma Carolina Huerta al escribir que “La angustia que sienten es una señal de alarma frente a esto que se desconoce”. (2012, pág. 3) Es decir los sentimientos y acciones que se manifiestan con angustia evocarían aquello de este niño que se desconoce. Una malformación podría presentarse como una manifestación de lo real sin velo que lo mate.

Cabría precisar el concepto de angustia como respuesta subjetiva tal como lo trabaja Luciano Lutereau que a su vez lo retoma de Lacan, mencionando que:

Esta propuesta de Lacan es particularmente interesante, ya que ubica que no sólo la inhibición como el síntoma (así como el acting out y el pasaje al acto) son defensas contra la angustia, sino que esta última ya es de por sí una defensa. De ahí que recupere el planteo de la angustia como “señal” (2013).

Para estos padres el diagnóstico revela la realidad de una herida irreparable que se manifiesta con la caída súbita del imaginario que envolvía al niño real que se debía amparar, causando una herida psíquica que deja su marca en el narcisismo de los progenitores llamada “herida narcisista” que a

su vez desataría la angustia como respuesta subjetiva de defensa sin embargo como se verá en la casuística estas manifestaciones defensivas variarían según la capacidad que tenga cada individuo en base a su propia estructuración psíquica.

1.3.4. Herida narcisista y respuestas subjetivas parentales

El término herida narcisista es usado por Eduardo Braier quien lo explica con una cita de W. Baranger que afirma: “Se denomina herida narcisista todo lo que viene a disminuir la autoestima del Yo o su sentimiento”. (2000, pág. 21)

Es decir, el narcisismo paterno quedaría afectado y la autoestima de los progenitores desvalorizada deviniendo en la idea de una incapacidad de ser creadores de un producto sin fallas. Es así que el ideal planteado en la premisa “Su majestad el bebé viene a cumplir los deseos irrealizados de los padres.” (Freud, 1914, pág. 88) Sufriría un quiebre narcisista en los sujetos que reciben una negativa frente a sus deseos. Para explicarlo se podría parafrasear lo elaborado por Esain & Benseñor quienes mencionan que experimentar la herida psíquica no sólo conllevaría afrontar la pérdida del aquel hijo imaginado sino que además se convertiría en una afrenta hacia el propio ser pues sobrellevaría también la pérdida del ejercicio de la parentalidad fantaseada, ya que la anomalía sea cual fuere coartaría y modificaría en los padres la posibilidades en relación a los cuidados físicos, las principales vinculaciones entre padres e hijo y de los procesos identificatorios con su bebé. (2004, pág. 43)

Lo planteado en el párrafo antecesor indicaría el ultraje que se vuelve notorio en los casos que forman parte de esta investigación. Acerca de esta lesión psíquica se expone que:

La herida narcisista que provoca en los padres un diagnóstico, marca una diferencia que corre de lugar el ser mismo del sujeto, el ser del bebé (...). Los efectos de este diagnóstico adquieren en los padres expresiones variadas dependientes de sus propias historias, de qué surja como más traumático o alejado de sus deseos y expectativas, de los aspectos priorizados en su imagen de hijo, como así también, de qué cosas este hijo, desde sus posibilidades constitucionales, puede ir manifestando y devolviéndoles (Esain & Benseñor, 2004, pág. 43)

En relación a lo mencionado se podría conjeturar que todo aquello relacionado a la anomalía congénita se tornaría como una afrenta para los progenitores ya que la sola idea de aceptar el diagnóstico se volvería una dolorosa caída de aquella fantasía de engendrar un niño "normal". En su lugar los padres lidiarían con la no realización de sus propios deseos inconscientes al enfrentarse a un niño "mal hecho".

Este enfrentamiento los expone a una realidad que se le hace difícil de aceptar, Lutereau expone este punto mencionando que algunas de las manifestaciones podrían presentarse "oscilando entre la primacía del registro corporal, bajo el signo del ahogo y la opresión, hasta la dimensión subjetiva donde confluirían el miedo, el terror y el horror." (2013)

Pues bien, lo expuesto hasta ahora sólo hace mención a una pequeña parte del proceso psíquico que les tocaría a los padres emprender para poder acoger a este tipo de niños ya que si como se ha mencionado el diagnóstico se presenta como injuria y a su vez genera una herida que deja su marca en el narcisismo de los progenitores, se estaría perdiendo algo de lo propio por lo tanto se podría pensar que el sujeto estaría atravesando un proceso de "duelo".

Dicho proceso Freud lo designa como "la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces". (1915, pág. 242), a esta concepción Freud agrega una puntualización importante:

El duelo trae consigo grandes desviaciones de la conducta normal... En el duelo el mundo se ha hecho pobre y vacío...el enfermo nos describe a su yo como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo. (1915, págs. 242-243)

Es por este motivo que con respecto a lo hasta ahora expuesto, Mannoni menciona:

Los padres tratarán de hacer revisar cien veces el diagnóstico (es decir, la afirmación del carácter casi irrecuperable de la enfermedad); de tal modo, desde su nacimiento, él bebe se convertirá en concurrente asiduo de los consultorios médicos. (1982, pág. 19)

Mantener la condición señalada por Mannoni anteriormente no sólo implicaría un desgaste en la interacción del medio hospitalario con los padres, sino que además podríamos hipotetizar acerca de los efectos que se generarían en la dinámica familiar.

Para finalizar se podría mencionar que “todo lo que en el inconsciente queda de fantasías sin uso de residuos de una herida que ha quedado cicatrizada, es muy necesario guardarlo para sí, porque de lo contrario como decía una madre hay un retorno al remitente”. (Mannoni, 1982, pág. 25). Esta puntualización brindaría una hipótesis para explicar las posibles dificultades que se presentarían en el proceso de adjudicación de la parentalidad. El diagnóstico de malformación congénita en un niño sería vivenciado imaginariamente por los padres como una injuria que genera una herida narcisista en los progenitores, es decir esta patología podría aparecer como una reafirmación constante la incompetencia imaginaria que se genera en estos sujetos al momento de asumirse como padres.

1.4. Instituciones hospitalarias

Este apartado se propone conceptualizar a las instituciones hospitalarias como aspecto relevante de esta investigación ya que en ella se desenvolvería la problemática propuesta a lo largo de este estudio.

De esta forma se iniciará el recorrido conceptualizando a grosso modo a la institución hospitalaria partiendo de las definiciones más generales para luego contrastarlas con nociones vinculadas al enfoque psicoanalítico. Por lo cual parecería de vital importancia resaltar el constructo colectivo de hospital que se maneja regularmente, con el fin de comprender cuál es el entorno en el que los padres a los que se hace alusión en esta investigación se desenvuelven y cómo las normativas de una casa de salud influyen sobre sus dificultades para adjudicarse las vertientes de la parentalidad. Luego se planteará como la psicología se ha sumergido en estas instituciones y por último se procederá a puntualizar el rol que compete al paciente, así como también el rol que el psicólogo por lo general desempeña en este tipo de institución.

1.4.1. Institución hospitalaria desde el enfoque médico

Tomando en consideración lo expuesto se extrae la concepción que brinda la OMS (Organización Mundial de la Salud) que define a la institución hospitalaria como:

Los hospitales son un componente importante del sistema de atención de salud. Son instituciones sanitarias que disponen de personal médico y otros profesionales organizados y de instalaciones para el ingreso de pacientes, y que ofrecen servicios médicos y de enfermería y otros servicios relacionados durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los hospitales ofrecen una gran diversidad de servicios de atención aguda, de convalecencia y de cuidados paliativos, con los medios diagnósticos y

terapéuticos necesarios para responder a manifestaciones agudas y crónicas debidas a enfermedades. (2015)

Esta definición resalta elementos observables que constituyen la imagen generalizada de un hospital enfocándose en ella como una casa de salud que brinda un servicio dirigido a sanar y/o aliviar el malestar de los pacientes y que para ello cuenta primordialmente con un equipo interdisciplinario de distintas áreas de la salud que buscan cumplir este objetivo.

De esta forma quedan claramente expuestos los elementos manifiestos y palpables de la institución hospitalaria sin embargo ¿Qué sucede con los elementos psíquicos que se desarrollan en torno a la misma? Para establecer este punto en torno a la "institución hospitalaria" se retomará lo mencionado por Margarita Poblete & Sandra Valenzuela, quienes elaboran lo siguiente:

Las instituciones hospitalarias como subsistemas sociales, cumplen la función de socializar a los individuos con pautas, normas establecidas, adaptándolos e integrándolos al sistema, de esta forma el cuidado holístico se vea dificultado por las múltiples tareas delegados de tipo biomédica quedando relegado acciones como la comunicación eficaz y el interactuar con el paciente y familia en forma cercana... (2007, pág. 500)

Lo hasta ahora formulado se podría sintetizar en la idea de que una institución hospitalaria en términos generales es una organización que se caracterizaría por ofrecer servicios tanto humanos como técnicos en relación a la salud y que establecen un vínculo entre un profesional de la salud y un paciente como medio para cumplir la asistencia sanitaria. Cabe resaltar que debido a estos vínculos interpersonales las instituciones hospitalarias también presentarían un marco social y humano.

Ambas conceptualizaciones rescatan una característica importante el término “instituciones” para definir a estos establecimientos asistenciales puesto que al catalogarlos de esta manera se haría evidente el componente social que engloba esta organización, sin embargo, yuxtapuesta a esta concepción quedaría el imaginario de una comunicación e interacción ideal.

1.4.2. Institución hospitalaria desde el enfoque psicoanalítico

Por lo enunciado en la sección predecesora se podría afirmar que al concebir a las instituciones hospitalarias como una organización social se estaría reconociendo el carácter subjetivo que se encuentra latente en este tipo de instituciones en particular por lo que se los podría considerar como un sistema y como todo sistema maneja su propia dinámica que se manifestarían a través de normativas a las cuales el sujeto que ingresa debe someterse y acoplarse para una apropiada interacción entre los pacientes y/o familiares y los diferentes profesionales que componen el cuerpo médico.

Esta premisa se vuelve relevante de estudio debido a que la casuística mostraría que esta búsqueda institucional de la interrelación entre paciente y médico influye drásticamente en las diversas respuestas subjetivas que los padres de niños con malformaciones congénitas exterioricen en el momento de asumir este diagnóstico. Esta disposición institucional en ocasiones parecería dejar de lado los aspectos psíquicos que conforman el complejo conglomerado subjetivo que engloba a una institución fortaleciendo las manifestaciones de malestar subjetivo.

De esta manera, se dio a conocer los rasgos superficiales que rodean a la institución hospitalaria sin embargo por lo mencionado se vuelve imperioso discernir como el entorno hospitalario influye sobre las manifestaciones sintomáticas parentales lo que permitiría realizar un análisis más detallado de los aspectos que engloban a una institución hospitalaria.

Para este punto se retomaría a Margarita Poblete & Sandra Valenzuela quienes exponen que "...las institucionales hospitalarias impregnadas del modelo biomédico y curativo, reduce lo humano a lo biológico alejando el trabajo de las enfermeras de su visión humanista y holística del cuidado." (2007, pág. 500)

Entonces al parecer en las instituciones hospitalarias el sujeto que se establece como paciente quedaría bajo el discurso de la ciencia siendo desplazado a su parte puramente orgánica con diagnósticos y cuidados encaminados únicamente a restituir el bienestar en el aspecto biológico.

EL Dr. Luis Felipe El-Sahili expresa categóricamente que "Los hospitales tienen una función noble, pero una cara hostil" (2015, pág. 171), esta frase refuerza lo anteriormente planteado y da paso al cuestionamiento sobre estas instituciones hospitalarias, el papel que juegan si se muestran como totalizantes y obturadoras frente a padres que deben lidiar con el diagnóstico de una anomalía congénita apoyados - como se trabajó en capítulos anteriores- en frágiles herramientas subjetivas y paupérrimas adjudicaciones parentales. Estos padres exacerbarían su malestar al tener que adaptarse a una institución que maneja diversas normativas basadas únicamente en su saber acerca de las deficiencias anatómicas como un saber absolutista.

1.4.3. Rol del paciente en una institución hospitalaria

Se podría iniciar esta sección retomando el componente subjetivo que se encuentra en las instituciones independientemente de la índole a la que pertenezcan es esta misma premisa la que nos hace recalcar lo planteado por Lapassade quien hace referencia a J. Stoetzel cuando afirma que:

Las relaciones interpersonales no se producen entre desconocidos que se encuentran en el desierto; se desarrollan dentro de contextos sociológicos, tienen instituciones por marco y hasta dependen estrechamente de la cultura particular en la que aparecen. Un buen ejemplo de la manera en que los estatutos y los roles siguen las relaciones interpersonales en situaciones sociales determinadas lo proporciona el caso del enfermo y el médico... (1999, pág. 215)

Es decir que en el interjuego de composiciones imaginarias que se formularían en la institución hospitalaria a partir de los diferentes componentes simbólicos que nacerían de la interacción interpersonal de los sujetos que la conforman, sin embargo, esta relación no se daría de manera homogénea ya que como se mencionó cada uno se establecerá en un rol determinado el cual es regulado por los estatutos de la propia institución. Entonces se podría plantear la pregunta ¿Cuál es el rol que cumplen los padres de un paciente en la institución hospitalaria?

La presunción más cercana a lo observado en las praxis dentro del contexto hospitalario en el que se desarrolló este estudio lo facilitaría Brauntein al expresar que:

El rol consiste en una serie de comportamientos o conductas manifiestas que se esperan de un individuo que ocupa un determinado lugar o status en la estructura social; lugares asignados que los sujetos vienen a ocupar y que les preexisten, lugar de sujeto ideológico. (2007, pág. 299)

De esta forma Braustein da cuenta de que en cualquier institución ya está de antemano esbozado el papel que el sujeto deberá cumplir, de esta forma se podría inferir que el rol de paciente hace referencia a las diferentes conductas y formas de comportarse que se esperan como ideal de un paciente el cual ya está preestablecido incluso antes de que el sujeto encarne dicho papel dentro de la institución. Esta premisa se vuelve palpable si se retoma de la casuística la escucha fina del discurso médico que segregaría y clasificaría al sujeto según el comportamiento manifiesto en “padres

tranquilos” para aquellos pacientes que aparentemente han podido lidiar con la situación estresante de la hospitalización de su hijo y por otro lado el término “padres ansiosos” haciendo referencia a aquellos progenitores a los cuales este suceso los desborda de sobremanera.

En referencia a lo trabajado, el texto “La institución y las instituciones” delinea el rol de paciente formulando lo siguiente:

En éstas (se trate de instituciones hospitalarias, de reeducación, de acogida, protección o salvaguarda) la relación asimétrica es permanente, y los individuos atendidos nunca llegarán a ser miembros activos de estas instituciones. Además, todos ellos expresan más o menos explícitamente una demanda de cura. Son pacientes que vienen en busca de ayuda, de asistencia, de consejo. Llegan llenos de esperanza y dispuestos a la sumisión (salvo que sean sus padres que, en tanto voceros, adoptan esa actitud de expectativa), pero también con sus exigencias desmesuradas y sus posibilidades de rebelión y violencia. Libro La institución y las instituciones (Bleger, 1989, pág. 93)

Considerando el planteamiento anterior sería importante tener en consideración que la posición en la que se coloca al paciente no es horizontal y equitativa al cuerpo médico más bien parecería regir una estructura vertical en donde el juego de poderes se haría evidente, esta característica de las instituciones en general al parecer desata imaginarios preconcebidos de este tipo de sujetos. Es decir, se esperaría que el paciente sea sumiso y complaciente aceptando de buena gana los lineamientos planteados por el cuerpo médico, sin embargo, la praxis daría cuenta de cómo no todo sujeto es acomodado en este ideal propuesto de paciente y es cuando se haría más evidente la necesidad de romper con el ofrecimiento homeginazante brindando al sujeto un lugar particular, dar lugar al caso a caso.

1.4.4. Rol del psicólogo en una institución hospitalaria

Como se trabajó en el apartado anterior cada individuo y componente de una institución tendría un rol preestablecido, no sólo por el imaginario que lo rodea sino además determinado por las normativas de la institución en la que se desenvolverá. Por lo cual se observa que el psicólogo al igual que el resto de actores que componen la institución hospitalaria quedaría inmerso en esta característica del quehacer en el ámbito de la salud.

En uno de los artículos que componen el libro *Psicología, ideología y ciencia*, la autora Gloria Benedito elabora:

...hablar de rol del psicólogo implica referirse también al lugar, posición o status del mismo y la función que tiene asignada. Función que viene definida por la clase dominante que le delega poder, poder técnico para que pueda ejercerla y que lo reconocerá y aceptará como tal en la medida que responda a dicha función... (2003, págs. 412-413)

Es interesante lo que plantea la autora del párrafo citado puesto que si bien hace referencia a este lugar, posición o status preestablecido por la instancia de poder que rige la entidad institucional también resalta la potestad del psicólogo para reconocer y aceptar la forma de integrar dicha función con respecto a su formación y su ética. Este punto que aparentemente sobrentendido parecería ser una de las conflictivas en la praxis hospitalaria puesto que el psicólogo clínico deberá moldear y saber hacer con la demanda institucional.

Entonces en base a lo expresado se podría plantear que:

...El psicólogo es, en una institución, un colaborador, y de ninguna manera debe convertirse en centro de la misma; sus funciones deben ejercerse a través de los integrantes regulares de la misma. En este orden de cosas, el psicólogo es un especialista en tensiones de la

relación o comunicación humana, y este es el campo específico sobre el que debe actuar... (Bleger, 1966, págs. 38-39)

Es decir, el rol del psicólogo se enrumba a la de un facilitador y de ningún modo debería acoger la demanda extremista del saber absoluto. Este planteamiento esclarece que al contrario de lo que impera en el imaginario el psicólogo dentro de la institución hospitalaria no ejercería el papel de depositario de lo rechazado o de aquellos pacientes con los que el discurso médico no puede lidiar sino que más bien su deber radicaría en integrarse al sistema como un partícipe que fomentaría el trabajo multidisciplinario en favor de cada paciente y su forma particular de hacer con el síntoma que lo convoca ya que como se pudo constatar durante el desarrollo de las prácticas que fomentaron este estudio la clínica entre en varios resulta un elemento particularmente útil al momento de confrontar las diversas manifestaciones subjetivas paternas que ejemplificarían los casos más adelante detallados.

De esta forma el psicólogo clínico no sólo estaría cumpliendo con un principio institucional que radicaría en integrarse a la dinámica grupal, sino que además pautaría nuevas herramientas de acercamiento y sostén indirecto para el paciente, esto daría pie para que el psicólogo pueda cumplir con otro aspecto fundamental ligado a su rol y es que como se mencionó el psicólogo clínico estaría encargado de receptor aquellos casos en los que los pacientes se presente como un malestar para la dinámica institucional sino que además debería establecer un sistema de prevención y salud mental a la cual Bleger denomina “psicohigiene” estableciendo que la función del psicólogo consiste en lo siguiente:

El psicólogo clínico debe salir en busca de su “cliente”: la gente en el curso de su quehacer cotidiano. El gran paso en psicohigiene consiste en esto: no esperar que venga a consultar gente enferma, sino salir a tratar y a intervenir en los procesos psicológicos que gravitan y afectan la estructura de la personalidad, y – por lo tanto- las relaciones entre los seres humanos, motivando con ello al público para que pueda

concurrir a solicitar sus servicios en condiciones que no impliquen enfermedad... (1966, págs. 37-38)

Por lo tanto, se afirma que el psicólogo clínico cumple con un rol amplio el cual podría ser llevado a la praxis institucional como un accionar que no se limitaría al paciente ingresado, sino que además debería velar por la salud mental de aquellos que otros sujetos que se aproximan a la práctica intrahospitalaria como por ejemplo familiares, amigos y demás individuos involucrados durante la instancia de hospitalización del paciente.

Para concluir se puede condensar el trabajo del psicólogo clínico en una determinada casa de salud como un abanico de oportunidades para el saber hacer con la singularidad de la práctica, es decir si bien es cierto como se ha visto el psicólogo ingresa con un rol que le determina encargarse de funciones específicas su modo de accionar responderá a como se desenvuelva frente a la demanda institucional y que medidas adopte para no quedar obturado por esta sino más convertirse en el actor del constante dinamismo que permita a la institución poder acoplarse a las necesidades individuales que precisaría el sujeto en determinada etapa de su paso por el hospital.

CAPITULO II METODOLOGÍA

2.1. Objetivos:

2.1.1. Objetivo general

- Analizar el impacto psicológico en los padres frente al diagnóstico de malformación congénita detectado en primera instancia por la institución hospitalaria y como esta circunstancia repercute en el tratamiento y recuperación del paciente ingresado.

2.1.2. Objetivos específicos

- Identificar por medio de entrevistas clínicas cuales son las manifestaciones psicológicas que se observan mayoritariamente en los padres de un niño diagnosticado con malformación congénita
- Determinar a través de las entrevistas a profundidad las posibles causas que generan posturas parentales refractarias al tratamiento del paciente ingresado.
- Constatar mediante la aplicación de entrevistas clínicas el posible vínculo entre el acompañamiento psicológico sostenido y el fortalecimiento de la función subjetivante en los roles paternos
- Deducir mediante la observación participante si el acompañamiento psicológico consolida el vínculo y estimula la implicación parental en el tratamiento del menor ingresado.

2.1.3. Enfoque metodológico

Se realizó un estudio basado en el enfoque cualitativo con la finalidad de recolectar y analizar datos relacionados a las respuestas subjetivas que se generan en los padres al sobrellevar la hospitalización de un hijo con malformación congénita.

En referencia a lo enunciado se decidió optar por un estudio con diseño cualitativo considerándolo como el más idóneo ya que dicho enfoque pretende “interpretar y comprender la conducta humana desde los significados e intenciones de los sujetos que intervienen” (SINDE, 2014, pág. 27)

La investigación cualitativa que se seleccionó para desarrollar este trabajo se enmarco en un enfoque psicoanalítico sustentados en resaltar el valor particular de las reacciones sintomáticas de los sujetos entrevistados sin tratar de homogenizar ni de generalizar los resultados sino más bien con el firme afán de comprender que de su particularidad los lleva a ejercer dichas reacciones siguiendo este lineamiento esta investigación apuntala a lo señalado por María José Albert en su texto La investigación educativa describiendo lo siguiente:

La investigación cualitativa tiene un enfoque exploratorio y descriptivo, esto significa que estas investigaciones están diseñadas para descubrir todo aquello que se pueda aprender de algún fenómeno de interés, en especial fenómenos sociales donde las personas son los participantes...Lo que se pretende con este tipo de investigación no es generalizar unos resultados, sino más bien la comprensión de esa experiencia desde el punto de vista de los propios agentes (2007, pág. 173)

Por todo lo anteriormente señalado se estimó que el uso del enfoque psicoanalítico en el desarrollo de este proyecto quedo plenamente justificado y que el tipo de investigación que pudo resaltar de manera idónea la importancia de los resultados obtenidos en la praxis fue el método cualitativo.

Es importante puntualizar que se complementó el proceso de investigación durante la praxis con la revisión y selección de textos tomados de diversas fuentes como lo resalta Pérez evocando los diversos tipos de lectura necesaria para una correcta investigación como son:

- Lectura intratextual: a un primer tiempo de lectura forma esta que aspira a investigar un texto, una obra, un autor, etc., para intentar establecer solo desde el texto mismo lo que este dice.

- Lectura intertextual: a un segundo tiempo, en el cual se pretende cotejar y someter a discusión enunciados de dos o más textos de un solo autor o de varios
- Lectura extratextual: a un tercer tiempo, el cual pretende ubicar un enunciado o un conjunto de estos como marco teórico explícito en el cual se supone debe inscribirse la lectura del texto de base. (Pérez, 1998, pág. 1)

Cabe resaltar que el propósito de esta mención no es el de ahondar en el tema sino más el de establecer la pertinencia científica del manejo que se le dio a la teoría psicoanalítica, para esto inicialmente se procedió a una lectura intratextual con el uso de libros, revistas y demás fuentes obtenidas de internet para luego ejecutar la lectura intertextual donde los textos seleccionados fueron sometidos a discusión y evaluación por parte de los miembros que elaboraron este trabajo basados en la pertinencia de los mismos para finalmente pasar a la lectura extratextual que sustentó el marco teórico. Bajo el proceso mencionado por Pérez fueron empleados estos elementos que justifican y sustentan la teoría utilizada en este estudio.

2.2. Método principal

Para el presente estudio se utilizó el método clínico como lo explica Marcelo Pasternac, a manera de característica fundamental en el momento de un primer acercamiento lo que radicaría en “El estudio en profundidad y en extensión de un caso” (2003, pág. 146)

De acuerdo a lo estipulado en el método clínico permitió a este proyecto adquirir información pertinente al ámbito psíquico partiendo de lo observable como las diversas reacciones paternas por las que se generaban interconsultas pasando a lo particular de los datos recopilados en las entrevistas en cada caso durante las prácticas realizadas en una institución hospitalaria.

El texto Psicología: Ideología y Ciencia sustenta este punto enunciando que:

Se habla también de método clínico en el sentido de un procedimiento que produce conocimientos y en este caso no se reduce a una mera aplicación de generalidades preexistentes...La clínica se caracteriza entonces por el estudio de un caso, estudio realizado profundizando en todas sus particularidades (Braunstein, 2003, pág. 147).

Lo planteado en el párrafo predecesor se evidenció en la práctica ya que durante el trabajo del psicólogo con los padres de un niño diagnosticado con malformación congénita en ocasiones pudo revelar dificultades que se presentaron como manifestaciones psíquicas de un malestar el cual distorsionaba la capacidad parental para establecer un vínculo con su hijo.

Para finalizar, la validez del uso del método clínico como herramienta que sustente el presente trabajo se evidencio en la casuística y los diversos elementos encontrados alrededor de esta, tales como la existencia de un aspecto latente y subjetivo detrás de las manifestaciones consideradas por los múltiples integrantes de una institución hospitalaria como expresiones exageradas frente a un evento conflictivo y doloroso. Pasternac trabaja esta puntualización, utilizando lo desarrollado por A. Rey afirmando que:

el método clínico no es más que el modo de investigación dirigido al conocimiento científico del individuo y como tal reconoce explícitamente la necesidad de remitir para aquello, esa observación individual a generalidades pues dice la individualidad solo puede ser caracterizada mediante una referencia a normas explícitas o implícitas (2003, págs. 149-150)

De esta forma la investigación planteada retomó de los casos, los datos obtenidos mediante la observación partido de la propuesta de acoger lo particular sin homogenizar la sintomatología de los pacientes, como forma de

investigar a partir de la observación individual lo que caracteriza las conductas manifiestas al igual que las latentes.

2.3. Población y muestra

El uso y pertinencia del enfoque cualitativo en esta investigación se pudo precisar basándose en lo siguiente:

En el enfoque cualitativo, la muestra es una unidad de análisis o un grupo de personas, contextos, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre la cual se recolectan los datos sin que necesariamente sean representativos del universo o población que se estudia, ya que en ocasiones la muestra es el universo mismo de análisis y no se determina hasta que se ha realizado la inmersión inicial en el campo y llega a variar conforme transcurre el estudio teniendo esta un carácter de flexibilidad (Albert, 2007, pág. 178)

Por lo tanto, este estudio retomó datos adquiridos de la práctica, que no fueron necesariamente representativos ya que el desarrollo se llevó a cabo tanto con madres y padres de familia, que asistían a diversas áreas del hospital debido a las patologías presentadas por sus hijos.

La muestra fue seleccionada de manera deliberada y minuciosa tal como lo indica el autor del texto “Investigación Educativa: Claves Teóricas” y los principios metodológicos que plantea en el siguiente párrafo

...en la investigación cualitativa, se trata de una muestra intencional. Lo que esto significa es que la muestra que vamos a utilizar en nuestra investigación es elegida intencionada y cuidadosamente...ya que nuestro objetivo es adquirir un mayor conocimiento sobre los fenómenos experimentados por un grupo de gente cuidadosamente seleccionado. Esto supone reconocer la complejidad que caracteriza a los fenómenos sociales y humanos... (Albert, 2007, pág. 178)

Los sujetos que acudían a esta casa asistencial debido a las patologías presentadas por sus hijos fueron padres de familia cuyas edades oscilaban

entre los 15 y 20 años de edad. De este grupo se seleccionaron dos casos que compartían las siguientes características, en primer lugar, se consideró que los participantes tuviesen al menos un hijo hospitalizado por primera vez, recibiendo sesiones de terapia física y que además presentara una anomalía congénita desconocida hasta entonces por los padres, es decir que los progenitores ignoraban este diagnóstico hasta que se dio la hospitalización del menor.

Como segundo punto se tomó como referencia que dichos padres además de las características ya mencionadas presentaron respuestas subjetivas exacerbadas que el equipo médico reportaba mediante interconsultas psicológicas, siendo partícipes del espacio de escucha al menos en dos ocasiones en el periodo de hospitalización.

2.4. Instrumentos

Los instrumentos empleados fueron:

- La observación participante: “podríamos entender el método de observación como el que pretende captar el significado de una conducta, que se puede escoger previamente, evitando su manipulación y que es susceptible de ser registrada a través del sistema más adecuado.” (Anguera, 1999, pág. 230).

En la práctica se buscó evidenciar las diversas manifestaciones psicológicas que presentarían los padres:

- Cuando el médico tratante brinda el diagnóstico.
 - Semanas después de conocer el diagnóstico
 - Cuando se procede a realizar las terapias de rehabilitación del paciente
-
- Entrevistas clínicas psicológicas: “La entrevista psicológica es una relación de índole particular que se establece entre dos o más personas. Lo específico o particular de esta relación reside en que uno de los integrantes de la misma es un técnico de la psicología que debe actuar en ese rol y el otro -o los otros- necesitan de su intervención técnica... La entrevista psicológica es entonces una relación entre dos o más personas en las que éstas intervienen como tales. Para subrayar el

aspecto fundamental de la entrevista se podría decir, de otra manera, que ella consiste en una relación humana en la cual uno de sus integrantes debe tratar de saber lo que está pasando en la misma y debe actuar según ese conocimiento.” (Bleger, 1964, pág. 3)

De acuerdo a lo mencionado se buscó realizar entrevistas clínicas a progenitores de niños que padecen malformaciones congénitas.

Este instrumento se utilizó con el fin de obtener datos del paciente tales como:

- Filiación
 - Dinámica familiar previo y posterior al conocimiento del diagnóstico
 - Datos que guíen a la implicación de los padres en las terapias de rehabilitación.
-
- Entrevista a profundidad: “son consideradas aptas para el análisis de casos individuales típicos o extremos, puesto que es a partir de allí donde se encuentran las dimensiones motivacionales en su estado más puro, son una forma no estructurada pero directa de obtener información adecuada” ((Madriz, 2008)

Durante su ingreso el paciente debe estar en contacto con diferentes miembros del personal de salud, dicho proceso se grafica en el siguiente esquema:

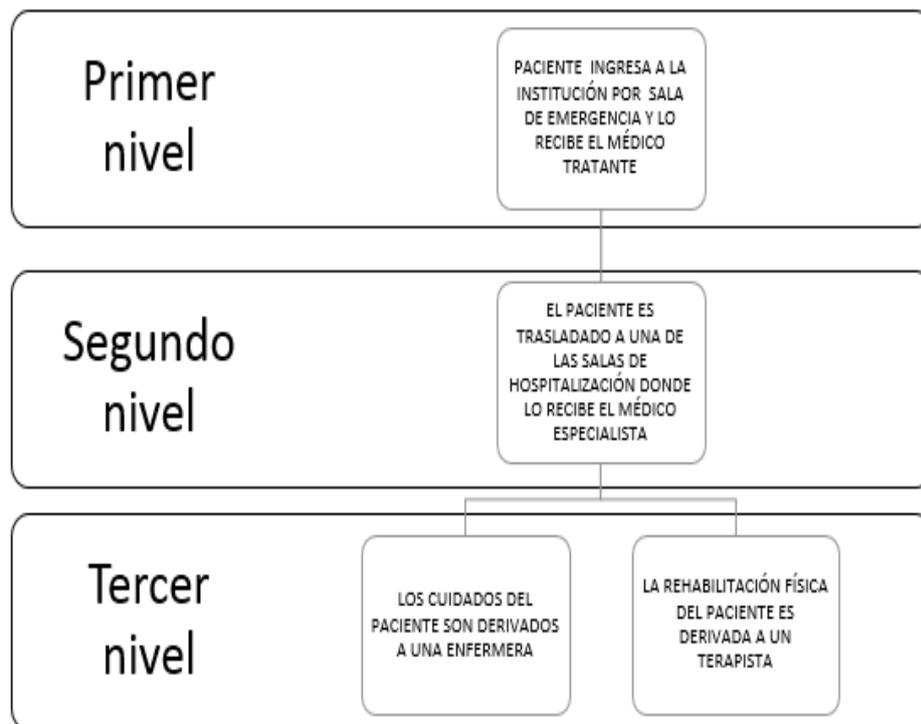


Gráfico 1: Proceso de derivación de un paciente durante la hospitalización y las terapias

Por este motivo se las realizó entrevistas a profundidad a los diferentes actores del proceso ya que al estar involucrados e ilustrados en el tema permitieron obtener ciertos datos que aportaron al conocimiento científico de la temática a tratar en esta investigación.

- Médicos tratantes: Se entrevistó a un médico pediatra general como representante del área ya que el acercamiento y protocolo a seguir para este personal es el mismo para todos los involucrados.
- Médicos especialistas: Se entrevistó a un médico pediatra especialista en cardiología infantil como representante del área de hospitalización ya que el acercamiento y protocolo a seguir para este personal es el mismo para todos los involucrados independientemente de su especialidad.
- Enfermeras: Se entrevistó a una licenciada en enfermería que fue seleccionada debido a su amplio trabajo con niños que cumplen las características de esta investigación y por lo tanto se encuentra mayormente familiarizada con pacientes que padecen algún tipo de anomalía congénita.
- Terapeuta física: Se entrevistó a una licenciada en terapia física y rehabilitación que fue seleccionada debido a su amplio trabajo con niños que cumplen las características de esta investigación y por lo tanto se encuentra mayormente familiarizada con pacientes que padecen algún tipo de anomalía congénita.

CAPÍTULO III ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Presentación de casos clínicos

Para la elaboración de este apartado se seleccionó dos casos de pacientes atendidos en el desarrollo de práctica clínica en una institución hospitalaria de la ciudad de Guayaquil, cabe esclarecer que los pacientes fueron padres de niños ingresados tanto en el área de hospitalización como de rehabilitación. Dichas entrevistas se emplearon para el análisis que permitió conocer los efectos subjetivos que los pacientes manifestaron durante la hospitalización de sus hijos.

3.1.1. Criterios del análisis

Con fines didácticos se decidió dividir el análisis de la casuística en cuatro variables.

- Influjo del imaginario social: en este ítem se analizaron los determinantes culturales presentes en el discurso de los progenitores que fueron significativos en su percepción de paternidad o maternidad.
- Influjo de su historicidad familiar: se analizó la relación de los pacientes con sus progenitores; procesos identificadorio y asunción de las funciones.
- Influjo de la herida narcisista parental: Estudio de las respuestas subjetivas parentales frente a la caída del niño imaginario.
- Influjo de la herida narcisista parental en la terapia: Estudio de las respuestas subjetivas frente a la terapia.

Tabla 1:

Datos referenciales de la casuística

Paciente ingresado	Paciente Atendido	Parentesco	Edad	Estado civil	Escolaridad	Entorno Familiar
CASO "X"	"E"	Madre	16	Unión libre	Secundaria incompleta	Padres de unión libre, hija menor
	"L"	Padre	24	Unión libre	Secundaria incompleta	Padres solteros, hijo único
CASO "Y"	"C"	Madre	19	Soltera	Bachiller	Padres unidos, segunda hija
	"J"	Padre	16	Soltero	Secundaria en curso	Padres divorciados, hijo menor

Fuente: Elaboración propia (2016)

CASO "X"

"X", de 11 días de nacida, ingresa a una institución hospitalaria pediátrica, al área de UCIN (Unidad de cuidados intensivos neonatales) debido a la transferencia directa de otra casa asistencial, la menor presenta distrecia abdominal más ausencia de deposiciones, sepsis temprana y malformación cardiaca. Fue remitida a la unidad y se encontraba acompañada de la abuela materna al momento de ingreso.

PACIENTE "E"

Características del paciente

La paciente "E" es una joven madre de 16 años, con estado civil unión libre, se presenta como una adolescente callada y poco sociable. Proviene de un

hogar conformado por la unión libre, es la menor de dos hermanos y vive con sus padres en la actualidad.

“E” cursaba su cuarto año de colegio cuando quedó embarazada de su hija y decide vivir con su pareja durante los primeros meses de gestación. En el quinto mes de embarazo “E” y su pareja terminan su relación amorosa por lo que la paciente regresa a vivir con sus padres.

Motivo de consulta

Durante el pase de visita a familiares en la sala, que se realiza tres veces al día para que los padres puedan ver a sus hijos, la doctora del área nota la ausencia de los padres de la menor, por lo que solicita la asistencia psicológica.

Influjo del imaginario social

“E” acude a la primera sesión en compañía de su pareja, en su discurso manifiesta su deseo de fortalecer la relación endeble que mantenía con su conviviente, el cual según su pensar solo lo alcanzaría al quedar embarazada. La madre relata: “quede embarazada por pensar ser feliz con mi novio, pero esa inmadurez y no conocer los peligros me llevó a cometer actos muy malos”.

Se pudo inferir entonces que este “pensar ser feliz” evocaría una búsqueda de algo o alguien que le otorgue un lugar, ya que ella no sabría colocarse como madre luego de nacimiento de su hija interesándose únicamente en su aspecto personal para mantener su estatus de mujer.

En su discurso la paciente manifiesto que la maternidad evoca cuidados, sin embargo, ella refiere que su experiencia con la maternidad la hace sentir vacía ya que se le dificulta asumirla. “E” haciendo galardón de su falta mantuvo su posición subjetiva de víctima de las circunstancias, mencionando que “aquella niña no vino a completarme, creí que si pero nació enferma”.

Frente a esta maternidad no planificada la paciente tuvo varias respuestas subjetivas, manifestadas no solamente en su desimplicación frente a los cuidados que requería la menor sino también en actings ejecutados durante la gestación tales como tomar pequeñas dosis de cloro, golpearse el vientre, ingesta de pastillas y el continuo uso de estupefacientes.

Influjo de su historicidad familiar

En lo referente a su dinámica familiar, la paciente refiere que la relación con su madre sería “mínima y distante” aunque esta última es la responsable económicamente de la niña, según lo que relata la paciente los roles y funciones familiares no estarían claramente definidos puesto que la abuela desplaza a la paciente asumiendo el rol de madre, dificultando aún más la adjudicación de la maternidad en “E”.

Esta indefinición de funciones dentro de la estructura familiar se hace evidente en un segundo acercamiento donde se aborda a la madre de “E” que comenta: “esta niña es como si vuelvo a tener a mi hija, esta niña vino a ocupar el lugar que mi hija hace muchos años dejó vacío por hacer con su vida lo que le daba la gana, yo no estoy de acuerdo con la relación entre mi hija y ese chico, si la niña sale de aquí me la llevo conmigo, ella es mi niña”.

Esta abuela abarcaría todo lo que su deseo demande ya que según “E” su padre desconoce todos los eventos que suscitan a su alrededor ya que su esposa oculto el embarazo de “E” por lo cual desconoce la existencia de su nieta. Sería evidente que la función paterna es endeble en el ambiente en cual se desenvuelve la paciente. Causando que el deseo materno de esta abuela aplaste el propio deseo de “E” en relación a la maternidad.

Dicha obturación detonaría respuestas sintomáticas en la paciente como consumir drogas y mantener vínculos sexuales con varios hombres infectándose con un virus de transmisión sexual que le causaba leucorrea; mismo que durante el parto infectó al bebé.

De igual forma las secuelas de esta función paterna endeble y este goce materno desbordado por parte de la abuela se manifiesta en lo dificultoso que

se vuelve para la paciente afrontar su maternidad ya que a pesar de las diversas manifestaciones como sentimientos de culpa por el estado de la menor y miedo sobre la evolución de su hija que manifiesta "E" no cabría espacio para el cuestionamiento y resolución acerca de la maternidad, pues la madre de "E" derrocará con su propio deseo el frágil deseo de la paciente lo que se hace evidente cuando la abuela (madre de E) manifiesta " mi hija no quiere a mi nieta, pero si hay algo que hacerlo a mi nieta por ejemplo un examen, soy yo quien va con ella, mi hija no necesita saberlo"

Influjo de la herida narcisista parental

La débil constitución identificatoria "E" al parecer se vio determinada por una dinámica familiar conflictiva así como una ejecución de las funciones endebles sobre todo la paterna forzando a la paciente a establecer que la maternidad podría ser la respuesta que le otorgase ese lugar que para ella no estaba claramente delimitado y resolviera aunque sea en parte esa duda de como posicionarse frente al Otro sexo, es decir la maternidad para la paciente crearía una respuesta frente a la interrogante ¿Qué soy para ti? ¿soy mujer, soy madre o soy ambas?

Sin embargo, al concebir una hija con malformaciones congénitas el conflicto de la paciente cambia para girar alrededor de una inevitable herida narcisista haciendo que la paciente se posicione como aquella que recibe los ataques. Para E el encuentro con su bebé se transforma en un acercamiento a lo real que se vuelve ominoso dando cuenta de esto en su discurso al mencionar que: "Esta niña yo no creí que venía así de enferma, yo no quería tener este bebé, pero tampoco me imaginé esto, verla con los intestinos fuera y que no tenía sus órganos buenos me hizo referencia que esta niña está mal formada."

La paciente elabora varias las respuestas subjetivas frente a esta afrenta manifestadas como actitudes de negación, ira, rechazo al diagnóstico e inhibición al momento de proveer de cuidados a la menor. De igual forma este conflicto repercute en las interacciones sociales que mantiene la paciente con los diversos miembros de la institución hospitalaria generando apatía y

dificultad para establecer relaciones con otros como forma de sobrellevar y responder a la demanda institucional de estar presente para su hija acentuando sus dificultades en frases como: “no sabía, pero tampoco quiero saber el estado de la niña”.

Para E el afrontamiento diario que se le exige tener con aquella hija defectuosa diferente a la hija imaginada revive constantemente su incapacidad como sujeto de ser creador de un bebé que cumpliera con sus deseos y expectativas lo cual tiene una gran repercusión en su propia autoestima parental.

Es así que se observa en las diversas sesiones y en su discurso lo dificultoso que se torna para E adjudicarse como madre y ejecutar la función materna que su hija requiere. La paciente se queja constantemente de su hija y de su condición expresando: “si hubiese sabido antes que la niña venía con tantas cosas, si la hubiese abortado y ahora no tener que gastar tanto en ella o tener que estar en un lugar donde no me gusta estar” En su discurso E logra resaltar su deseo de que esta bebé defectuosa desaparezca como desmintiendo ese bebé que no puede colmar su falta.

Influjo de la herida narcisista parental en la terapia

Durante las sesiones de terapia física que se proporcionaban a la menor, tanto la psicóloga como la madre estuvieron presentes. En estos acercamientos se pudo rescatar frases enunciadas por la paciente tales como: “yo no quería ser madre o no sé, pero ya pues es lo que toca, quise sacarlo, pero nació con todo esto, me lo hubiese sacado no más”. Según lo afirmado se infiere que la terapia revive para E el recuerdo emergente de la herida narcisista parental que actúa traumáticamente desatando la duda de cómo posicionarse frente a la maternidad.

Al hacerse más evidentes las dificultades motrices de la menor en el momento de recibir la terapia la bebé se convierte para la paciente en un objeto real de la ciencia. Para E en estas circunstancias el cuestionarse acerca de la maternidad parecería infructífero pues no cabría lugar para el deseo en

donde la respuesta ya está dada por el discurso médico que establece que la menor es un simple organismo que sólo puede ser representado a través de los diagnósticos y tratamientos.

Lo planteado se vuelve evidente en las respuestas subjetivas que la madre manifiesta ante el tratamiento de terapia a su hija, es así que ante el contacto físico imperioso que requiere la terapia física la paciente ejecuta movimientos que esquivan o bordean a esta niña real; como por ejemplo su acercamiento a la bebé solo se daba mediante el uso del dedo índice como único vínculo físico entre ella y su hija, de igual forma su mirada era esquiva frente a esta imagen ominosa ya que no centraba su atención en la menor sino que más bien iba enfocada a lo que la rodeaba como una forma de rehuir frente a lo horroroso pero a su vez buscando cumplir con la demanda institucional de estar presente buscando la mirada de un otro que observe que ella sí se acercó a su hija.

PACIENTE “L”

Características del paciente

El paciente “L”, es un padre de 24 años con estado civil unión libre, se describe como una persona trabajadora, luchadora y que ha podido salir del consumo de sustancias. Proviene de un hogar de padres solteros, es hijo único y vive con su madre en la actualidad.

“L” había salido de una clínica de rehabilitación de Adictos Anónimos, conoce a “E” y mantienen una relación amorosa durante tres meses; su pareja queda embarazada y decide vivir con “E” durante los primeros meses de gestación. En el quinto mes de embarazo “L” y su pareja terminan su relación amorosa debido a maltratos físicos por lo que el paciente regresa a vivir con su madre.

“L” considera que no es apto para poder sobrellevar el embarazo, ya que no cuenta con los recursos económicos necesarios puesto que había ingresado a laborar hace pocos días. El paciente relata que cuando comenta a su madre lo sucedido, esta le dice “vete de la casa y busca que hacer con la bebé”.

“L” manifiesta que por estar desempleado no puede apoyar económicamente a su pareja “E” para hacerse exámenes completos durante el embarazo y que esta situación lo afecta pues su madre lo resalta constantemente.

Debido a la falta de recursos y a que no llevó un control perinatal “E” da a luz a una niña en condiciones precarias por lo que la menor padece de una sepsis temprana causada por una leucorrea materna.

Motivo de consulta

Durante el pase de visita a familiares en la sala, que se realiza tres veces al día para que los padres puedan ver a sus hijos, la doctora del área nota la ausencia de los padres de la menor, por lo que solicita la asistencia psicológica.

Influjo del imaginario social

“L” acude a la primera sesión en compañía de su pareja, en su discurso manifiesta su deseo de fortalecer la relación que mantiene con su pareja “E”, misma que se fragmentó debido a maltrato físico mutuo y a los recientes sucesos con la bebé.

El paciente narra que durante el noviazgo” mantuvo relaciones sexuales con “E” protegiéndose con el uso de píldoras anticonceptivas afirmando: “ella tenía que tomarse la pastilla, pero no sé qué ocurrió”. Lo expresado por “L” es una exposición de un goce sexual desregularizado ya que para el paciente la libertad sexualidad que mantiene al usar indiscriminadamente de los dispositivos de anticoncepción se establece como una resolución a la

problemática de la no relación sexual que involucraría encarar al parteneire, sin asumirse como sujeto.

En relación a los constructos que el paciente mantiene en torno a la paternidad menciona “yo no quería ser padre, no estoy apto para ello; yo consumía drogas y me volvía loco por ellas, también las consumía con “E”, mis metas eran otras; yo quería trabajar no tener que hacerme cargo de un bebé a esta edad”, estableciendo una posición subjetiva de desimplicación y haciendo uso de las drogas como un llamado al otro.

Debido al poco contacto con su padre el paciente tomó como referente de la paternidad “el padre es el proveedor económico”. Esta idea se hace más clara en el discurso de “L” al mencionar que: “mi hija necesitara medicamentos, pañales, ropa, dinero, no sería necesario que yo este con ella; yo cuando era pequeño jamás estuve con mi padre, aunque me pagaba todo”

De esta manera se hace evidente como “L” maneja el ideal referente a la paternidad situándola como única figura que sostiene, sin embargo, su frágil constitución psíquica dificulta su proceso identificatorio y por lo tanto su adjudicación como padre que brinda un sostén más allá del monetario.

Influjo de su historicidad familiar

En cuanto a su dinámica familiar, el paciente refiere que la relación con su padre durante su infancia fue “nula” debido a que este vivía y laboraba en otra ciudad por lo que sólo contribuía económicamente gracias a la demanda alimenticia. “L” menciona: “yo no conozco a mi padre, se su nombre y donde vive, él nunca me busco sólo me mandaba dinero... mi mamá me cuida, pero no siempre, no le importo cuando comencé a consumir”.

Este evento de abandono es vivido por el paciente como un acontecimiento traumático que influyó en su estructuración psíquica y en su constitución identificatoria, pues aquel padre que se suponía debía asegurar y proveer desaparece dejando a “L” indefenso frente a una madre que también lo deja

a un lado llevándolo a refugiarse en el consumo y el desenfreno de su sexualidad.

“L” refiere que cuando su mamá se enteró del embarazo no lo aceptó y lo hecho del hogar, sin embargo, cuando su suegra supo del acontecimiento acoge a la niña con la condición que ella sería la responsable en todo lo que concierne a la menor, desplazando al paciente de su rol paterno.

Influjo de la herida narcisista parental

La débil constitución identificatoria de “L” al parecer se vio determinada por una dinámica familiar conflictiva, así como una ejecución de la función paterna endeble, por ende al concebir un hijo con malformaciones congénitas el conflicto del paciente cambia para girar alrededor de una inevitable herida narcisista deviniendo en que “L” rehúse y tema ver a su hija como método defensivo. Esta conducta puede ser tomada como una respuesta subjetiva que indica el sufrimiento ligado a lo insoportable que se presenta para “L” al confrontar al niño real dejando atrás el imaginado.

El paciente elabora varias las respuestas subjetivas frente a lo insoportable palpable en las dificultades motrices de su hija y manifestadas como actitudes de asilamiento ya que “L” evita ingresar a las visitas donde podía ver a su hija mencionando “no quería ingresar para no sentirme culpable de lo que tiene mi bebé”. Este malestar que se hace presente en el paciente en el momento de acoger a su bebé destaca las dificultades referentes a la adjudicación de la paternidad

Influjo de la herida narcisista parental en la terapia

Durante la hospitalización del menor se mantuvo las entrevistas con “L” donde se determinó que la adjudicación de la paternidad se presentó como una vertiente conflictiva para el paciente ya que su estructuración fue endeble y estuvo fuertemente influenciada por vivencias traumáticas. En el transcurso de la hospitalización la menor recibe terapias físicas debido a la hipotonicidad

muscular que presenta su patología. En días posteriores la condición de la menor se agrava y fallece, por lo que culmina el trabajo con los padres de la niña.

En las últimas entrevistas que se mantuvo con “L” se evidenció una rectificación subjetiva ya que se responsabiliza de sus respuestas subjetivas manifestando conductas y frases tales como: “yo no sabía que mi hija podía nacer mal si no se chequeaba a tiempo... En mal tiempo continúe consumiendo por mi culpa mi hija nació mal” De esta forma “L” consigue hacerse cargo de su síntoma y dar pautas que lo lleven a una rectificación.

CASO “Y”

“Y” de 10 meses de nacido, ingresa a una institución hospitalaria pediátrica, al área de D2 debido a las complicaciones secuelas transmitidas durante el periodo de embarazo de una toxoplasmosis congénita. Fue remitido a la unidad y se encontraba acompañado por sus padres en el momento del ingreso.

PACIENTE “C”

Características del paciente

La paciente “C” es una joven madre de 19 años, con estado civil soltera, se presenta como una persona distante, malhumorada y callada. Proviene de un hogar conformado por la unión libre, es la segunda de tres hermanos y vive con su madre y hermanas en la actualidad.

Cuando “C” tenía 16 años entabla una relación amorosa con “J”, durante este noviazgo la paciente inicia su vida sexual acudiendo a diversos encuentros con “J” los cuales mantenía a escondidas saliendo del colegio. Al transcurrir el sexto año de colegio “C” por cambios biológicos nota ausencia de ciclo menstrual, pero decide quedarse callada y tampoco se realiza

exámenes correspondientes, mencionando no haber tenido los recursos suficientes. En el transcurso del segundo mes “C” tiene sospechas de embarazo, se realiza una prueba casera y los resultados dieron positivo, mismo que no comenta a nadie. Sin embargo “J” al notar cambios en “C” la interroga y es en el momento que le comenta su embarazo que ya tenía tres meses de gestación.

Motivo de consulta

La doctora del área recomienda la asistencia psicológica debido al diagnóstico del menor y a que ambos padres son adolescentes, así como el acompañamiento psicológico durante las terapias físicas dada la ausencia de la madre en reiteradas ocasiones.

Influjo del imaginario social

“C” al inicio de la primera sesión se encontraba sola, en pocos minutos llegó la pareja quien se quedó con él bebe, ellos se turnaban en la sala para que “el niño no se quede solo” en el discurso manifiesta su deseo de fortalecer y formalizar la relación débil que mantenía con su pareja. La madre relata: “mi mamá me decía que me cuidara, pero a mí no me gustaba esa fundita y como decían que uno no salía embarazado enseguida no pensé que iba a quedar embarazada”.

Se pudo inferir entonces que este “quedar embarazada” evocaría la búsqueda de algo o alguien que le otorgue un lugar, ya que ella no sabría colocarse como madre luego de nacimiento de su hijo, los actos que realizaba la madre eran semejante a una mecánica diaria como doblar colchas, preparar el biberón del niño o doblar ropa, no mantenía una mirada hacia el menor o no había palabras de afecto hacia él, estas conductas pueden ser tomadas como signos que indican el desasosiego y lo conflictivo que es para la paciente subjetivar este niño real.

En su discurso la paciente manifestó que “la madre debería ser alguien que esté presente, cuidando al bebe”; sin embargo, estos referentes nacían de su

propia queja puesto que su propia madre según lo que refiere C no era una figura de la cual se podría identificar.

Influjo de su historicidad familiar

En lo referente a su dinámica familiar, la paciente refiere que la relación con su madre sería “mínima y distante” haciendo notorio que este evento influyo fuertemente en su estructuración psíquica y en su constitución identificatoria pues aquella madre se presenta como “indiferente” dejando a “C” con la imagen referente de la hermana mayor, misma que la ayudaba en ciertos momentos. Según lo que relata la paciente los roles y funciones familiares no estarían claramente definidos puesto que las abuelas al enterarse del embarazo empezaron un conflicto acerca de la custodia del menor, dificultando aún más la adjudicación de la maternidad en “C”.

Esta indefinición de funciones dentro de la estructura familiar se hace notoria en acercamientos posteriores puesto que la paciente aún continúa con la conflictiva para posicionarse como madre.

“C” verbaliza su queja en referencia a las actitudes que su suegra tiene en su contra ya que la desprecia y trata con inferioridad. En el discurso la paciente manifiesta con su queja la falta de interés de ambos padres como un llamado al Otro materno que deja de lado y no acoge, al igual que la función paterna endeble deviniendo en dificultades secuelares que no le facilitan el adjudicarse como madre.

Influjo de la herida narcisista parental

La débil constitución identificatoria de “C” al parecer se vio determinada por una dinámica familiar conflictiva así como una ejecución de las funciones endebles sobre todo la paterna forzando a la paciente a establecer que la maternidad podría ser la respuesta que le otorgase ese lugar que para ella no estaba claramente delimitado y resolviera aunque sea en parte esa duda de como posicionarse frente al Otro sexo, es decir la maternidad para la paciente

crearía una respuesta frente a la interrogante ¿Qué soy para ti? ¿Soy mujer, soy madre o soy ambas?

Sin embargo, al concebir un hijo con malformaciones congénitas el conflicto de la paciente cambia para girar alrededor de una inevitable herida narcisista haciendo que la paciente se posicione como aquella que recibe los ataques. Para “C” el encuentro con su bebé se transforma en un acercamiento a lo real que se vuelve ominoso.

La paciente elabora varias las respuestas subjetivas frente a esta afrenta manifestada como actitudes de negación, ira, rechazo al diagnóstico e inhibición al momento de proveer de cuidados a la menor. De igual forma este conflicto repercute en las interacciones sociales que mantiene la paciente con los diversos miembros de la institución hospitalaria generando apatía y dificultad para establecer relaciones con otros como forma de sobrellevar y responder a la demanda institucional de estar presente para su hijo acentuando sus dificultades “yo no sé si cogerlo o no cogerlo

Para “C” el afrontamiento diario que se le exige tener con aquel hijo defectuoso diferente al hijo imaginado revive constantemente su incapacidad como sujeto de ser creador de un bebé que cumpliera con sus deseos y expectativas lo cual tiene una gran repercusión en su propia autoestima parental. Con respecto al niño la paciente no puede verbalizar algo puntual y todo lo direcciona hacia la queja manifestando “no me dejan”, es allí donde se evidencia lo horroroso que es para “C” hacer frente a este niño real.

Influjo de la herida narcisista parental en la terapia

Durante las sesiones de terapia física que se proporcionaban al menor, tanto la psicóloga como el padre estuvieron presentes, ya que la madre al no tener elementos referentes necesarios para adjudicarse a una maternidad se veía imposibilitada para ingresar y realizar las terapias con su hijo manifestando como respuestas de su subjetividad el rotundo rechazo a realizar las terapias y el temor frente a la ejecución de los ejercicios físicos.

PACIENTE “J”

Características del paciente

El paciente “J”, es un joven padre de 16 años con estado civil soltero, se presenta como una adolescente sociable, atento y alegre. Proviene de un hogar de padres divorciados, es el menor de tres hermanos y vive con sus padres en la actualidad.

Cuando “J” tenía 13 años entabla una relación amorosa con “C” de 16 años, durante este noviazgo el paciente inicia su vida sexual acudiendo a diversos encuentros con “C” los cuales mantenía a escondidas todos los días a la salida del colegio. Al transcurrir el tercer año de colegio “J” continúa con sus encuentros clandestinos sin embargo nota cambios emocionales y físicos en su pareja por lo que decide interrogarla. “C” al verse confrontada por “J” le informa que tiene tres meses de gestación.

“J” se encontraba en una encrucijada puesto que no contaba con los recursos económicos para sobrellevar los gastos de un embarazo. El paciente comenta lo acontecido a su madre quien lo ayuda a escondidas de su padre, pero aun así no cuenta con los recursos económicos suficientes ya que el padre de “J” es el proveedor económico del hogar y al no estar al tanto de la situación no brindaba ningún tipo de contribución. Debido a que los ingresos económicos eran escasos “C” no se realizó los chequeos completos dando a luz a un niño con diversas malformaciones congénitas causadas por toxoplasmosis no tratada durante su periodo de gestación.

Motivo de consulta

La doctora del área recomienda la asistencia psicológica debido al diagnóstico del menor y a que ambos padres son adolescentes, así como el acompañamiento psicológico durante las terapias físicas dada la ausencia de la madre en reiteradas ocasiones.

Influjo del imaginario social

“J” acude a las sesiones sólo mientras su pareja se queda con su hijo ya que se turnan para que su bebé “siempre tenga compañía”. En su discurso manifiesta su deseo de fortalecer la relación que mantiene con su pareja “C” ya que debido a los recientes sucesos su endeble unión se ve aún más fragmentada.

El paciente narra durante el noviazgo con “C” mantuvo relaciones sexuales pero que jamás se protegió afirmando que: “a ella no le gustaba y a mí me incomodaba el preservativo”. Lo expresado por “J” es una clara manifestación del goce sexual desregularizado, para el paciente la libertad sexualidad que mantiene al no usar preservativo se establece como una resolución a la problemática de la no relación sexual que involucraría encarar al parteneire, sin asumirse como sujeto.

En relación a los constructos que mantiene en torno a la paternidad el paciente menciona “siempre tuve la idea y quería ser padre, pero mucho más adelante. Mis metas y pensamientos eran otros” estableciendo que su idea de la paternidad gira en torno a “siempre estar allí para tus hijos”. Esta idea se hace más evidente en el discurso de “J” al mencionar que: “mi hijo esta pequeñito, pero él va a crecer, el necesitara de papá y no es justo que yo le falte, por eso soy yo quien lo traigo a terapia, aunque la madre no quiera venir con su hijo” De esta manera se hace evidente como “J” maneja aparentemente con claridad la idea de aquel ideal referente a la paternidad que le gustaría encarnar como la figura que sostiene y provee sin embargo a pesar de su deseo manifiesto su frágil constitución psíquica dificultan su proceso identificadorio y por lo tanto su adjudicación como padre.

Influjo de su historicidad familiar

En cuanto a su dinámica familiar, el paciente refiere que la relación con su padre durante su infancia fue “escasa” debido a que su este se desempeñaba como guardia de seguridad y se ausentaba constantemente por este motivo “J” menciona: “mi papá se fue de la casa cuando tenía 5 años y yo no entendía

por qué se iba...mi mamá se hizo cargo de todo, pero en muchas ocasiones se necesita un papá”.

Este evento es vivido por el paciente como un acontecimiento traumático que influyo en su estructuración psíquica y en su constitución indentificatoria, pues aquel padre que se suponía debía asegurar y proveer desaparece dejando a “J” indefenso frente a la ternura excesiva de una madre angustiada que posiciona al paciente como sustituto del marido desarrollando una maduración precoz de su sexualidad.

Esta ausencia paterna dura algunos años ya que luego de un incidente en el lugar donde labora el padre del paciente, este último casi pierde la vida motivo por el cual la pareja decide entablar una relación amorosa nuevamente, es así que “J” recupera a aquel padre físico que debido a este acontecimiento comienza a posicionarse como figura que encarna la función paterna brindando un objeto afectivo y modelo identificadorio, pero las consecuencias de su función endeble se hacen notar en el discurso del paciente al mencionar que “ yo no juzgo a la madre de mi hijo por haberlo contagiado, pero tampoco me enorgullezco de mí mismo por haberlo dejado solo al principio de todo” puesto que los primeros meses “J” no quería ver a su hijo. Se hace evidente la repetición de este “abandona y luego retorna” que el paciente manifiesta como una respuesta subjetiva dando cuenta de la ligereza con la que las funciones fueron establecidas como parte de su psique.

El paciente refiere que cuando ambas abuelas se enteraron del embarazo, se dio comienzo a una disputa por quién sería el responsable del menor en aspecto económico y demás cuidados.

“J” verbaliza su queja en referencia a las actitudes que toma su madre para con su pareja la joven “C” ya que la desprecia y trata con inferioridad. En el discurso del paciente se hace evidente que su llamado es hacia el padre ya que negándose a cumplir a cabalidad la demanda materna obstaculiza y pone un límite mientras ejecuta un llamado al otro que no actúa por lo que menciona “cuando le digo de los problemas mi papá dice que él no sabe nada, sólo se

dedica a trabajar y más nada...me dice que debo saber que hacer las cosas, sólo está si necesito plata...me dice que le diga nada más”.

La declinación de la función paterna no permitió que “J” estableciera con claridad los roles y funciones que debe cumplir por lo que es notorio que el paciente busca determinar qué referentes tiene que seguir. Es así que su discurso mantiene como tema la queja de no ser acogido mencionado que “me gustaría que mi padre se acerque más a mí y a mi hijo... si quiere trabajar está bien, pero debería ayudarme a saber qué hacer, enseñarme a ser padre” de esta forma se sustenta como el narcisismo parental se vería fuertemente influenciado por los referentes que fueron tomados por el sujeto de su propia historicidad paterna.

Influjo de la herida narcisista parental

Al concebir un hijo con malformaciones congénitas el conflicto del paciente cambia para girar alrededor de una inevitable herida narcisista deviniendo en que “J” rehúse ver a su hijo como método defensivo frente a la injuria que ha recibido y que no ha podido contestar. Esta conducta puede ser tomada como una respuesta subjetiva que indica el sufrimiento ligado a lo insoportable que se presenta para “J” al confrontar al niño real dejando atrás el imaginado.

El paciente elabora varias las respuestas subjetivas frente a lo insoportable palpable en las dificultades motrices de su hijo y manifestadas como actitudes de asilamiento ya que J evita acercarse o tocar a su bebé. De igual forma “J” menciona en su discurso que “no quería tocarlo porque lo veía mal, enfermo...no era el niño que imaginé tener” evidenciando la dificultad que presenta el paciente para adjudicarse la paternidad y para subjetivar la no realización de sus propios deseos inconscientes al enfrentarse a un niño “mal hecho”.

Influjo de la herida narcisista parental en la terapia

Durante la hospitalización del menor se mantuvo las entrevistas con “J” donde se determinó que la adjudicación de la paternidad se presentó como una vertiente conflictiva para el paciente ya que su estructuración estuvo

fuertemente influenciada por vivencias traumáticas y un establecimiento frágil de la ley organizante. Luego de este periodo el menor fue dado de alta pues su condición era estable y fue remitido a las terapias por lo que meses después se retomó el trabajo con “J”.

En las posteriores sesiones se evidencia una rectificación subjetiva ya que el “J” se responsabiliza de sus respuestas sintomáticas pasando de manifestar conductas y frases que no lo implicaban como “yo no sabía que esa enfermedad se podía contagiar, yo no sabía que las mujeres deben chequearse constantemente, si lo hubiese sabido les pedía dinero a mis padres y la llevaba a los controles, pero jamás me explicaron.” A colocar en palabras todo aquello relacionado a la anomalía congénita de su hijo y tramitar el doloroso malestar que le provocó la incompetencia imaginaria de engendrar al niño idealizado. De esta forma “J” consigue hacerse cargo de su síntoma responsabilizándose de enrumbar sus manifestaciones subjetivas logrando posicionarse de manera activa en las terapias de su hijo.

3.1.3. Co-relación de entrevistas y casos

De forma paralela a las entrevistas y análisis individual en esta investigación se retomó los datos obtenidos de las entrevistas a profundidad realizadas a médicos, enfermeras y terapistas apreciándose que las percepciones que de manifestaciones subjetivas más comunes estaban relacionadas a la angustia, incredulidad, negación, tristeza, preocupación, ira como reacciones expresadas por los padres participes de este estudio.

El médico general y el médico especialista concuerdan en la idea que las reacciones antes enumeradas serian manifestaciones de rechazo de los padres hacia sus hijos debido a su condición y que dichas reacciones mayormente se exacerban frente a la incertidumbre de no saber qué ocurrirá luego con el niño. De igual forma la entrevista realizada a una licenciada en enfermería quien constantemente debe atender al paciente con este tipo de

características fisiológicas corroboró que el “rechazo” de estas madres hacia sus hijos se evidenciaba con frecuencia, esta afirmación resaltaría lo manifestado por las pacientes en consulta.

Se pudo apreciar que en la percepción del personal médico consultado se concibe a la madre biológica como la más apta para afrontar la malformación de un hijo; sin embargo en los casos estudiados se evidencian dos posturas totalmente diferentes a este imaginario, ya que tanto en el caso “X” como en el caso “Y” las madres presentan actitudes de rechazo hacia sus bebés poniendo en evidencia lo dificultoso que es para algunos sujetos establecerse dentro de lo esperado de la maternidad a pesar de ser la madre biológica.

En las entrevistas a profundidad se determinó que los médicos tanto general como tratante y que mantienen contacto con el paciente en un tiempo específico que corresponde a la hospitalización, valora estas reacciones subjetivas parentales como pasajeras; pudiéndose resumir esta postura en la respuesta de la médico tratante entrevistada al mencionar que “ellas (madres) piensan en que él es su hijo y no les importa nada más, lo quieren, así como esta”. Mientras que la percepción varía para los profesionales involucrados en la terapia que mantienen contacto con el paciente durante la hospitalización y luego de esta, puntualizando a estas reacciones como “no pasajeras”, puesto que según manifestaron se les tornaba dificultoso convencer a estos padres de la necesidad de continuar con el tratamiento del niño o desmentir que la terapia es un gasto innecesario en su condición. Este último dato coincide con lo apreciado en los todos los casos analizados en esta investigación donde los padres con limitado o nulo acompañamiento psicológico mantuvieron sus manifestaciones desde la hospitalización hasta el tiempo que demora la derivación a las terapias donde el paciente se encuentra estable.

En cuanto a la edad parental donde estas conductas se manifestarían de forma exacerbada los entrevistados refieren a los “adolescentes o parejas jóvenes” como los representantes de este tipo de reacciones. Esto se

evidencia en las respuestas de la terapeuta física quien manifiesta “por lo general los padres jóvenes; entre 15 a 18 años. Son jóvenes que no se involucran tanto en el tratamiento de su hijo y por más que uno quiera explicarlos y vincularlos con la problemática no lo hacen. Estos padres jóvenes no se comprometen en ayudar a su hijo en la rehabilitación”. Siendo estos padres jóvenes e inexpertos como los más destacados, aunque no se descartan otros rangos de edad donde estas conductas puedan presentarse. Dicha percepción concuerda con lo valorado en los casos que se estudiaron donde las parejas se destacaron por presentar al menos un sujeto adolescente en su dinámica.

Por último las respuestas de todos los entrevistados plantean la existencia de la atención psicológica; sin embargo se hace evidente para el personal que este apoyo se brinda exclusivamente a aquellos pacientes cuyas reacciones subjetivas se tornaban como un malestar dentro de la institución, este punto a resaltar fue el que inicio esta investigación ya que destaca la necesidad del acompañamiento psicológico, sino que además resalta la escasez de un trabajo profiláctico en el rango de la salud mental, esta argumentación se la resalta por lo mencionado por la doctora tratante “Por lo general he visto el apoyo después de mucho tiempo, solo cuando los padres están muy angustiados, acá nos dedicamos primero al niño a solucionar el problema del niño” .

CAPITULO IV PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

En este acápite se expondrá una propuesta de intervención frente al malestar de los sujetos con las características antes descritas sin olvidar que esta oferta va enfocada a rescatar la particularidad de los sujetos y sus respuestas, es decir aunque no se pretende homogenizar la práctica este planteamiento se caracterizaría por facilitar pautas para el abordaje clínico de los pacientes factibles de emplearse en cualquier institución hospitalaria brindando un espacio de apoyo al sujeto y estableciendo un trabajo interdisciplinario entre los profesionales que ejercen en la sala.

Para iniciar se podría destacar lo elaborado por Sotelo en su artículo “la invención de un lugar para la urgencia” cuando retoma a la Lacan expresando “nos enseña que todo hecho, es un hecho de discurso, y esto significa que los acontecimientos y sus consecuencias, requieren una lectura de los mismos y una respuesta”. (2005, p. 98) , es decir que la propuesta de intervención en primera instancia debería brindar un espacio para el desciframiento de los “hechos” que son captados por el personal médico que es por lo general quien tiene el primer contacto con el paciente y vislumbra el estado inicial del sujeto informando sobre la parte visible del síntoma con frases como “esa madre llora mucho”, “no quiere comer”, “no toca ni quiere ver a su bebé”.

Dentro de la institución se plantearía entonces la necesidad de un espacio de intervención psicológica que se ejecute como una clínica del detalle que recibe al sujeto en la urgencia pero que mantiene su aplicación particularizada estableciendo la necesidad de escuchar uno a uno, agarrando la particularidad de eso que es observado por el médico, estableciendo lo individual de ese síntoma que enmascara algo más.

Lo elaborado sustentaría la importancia de instaurar un espacio de escucha permanente en cada área de una institución hospitalaria. Por lo cual la propuesta se enfocaría en que el abordaje psicológico quede establecido como parte del “plan de ingreso” de un paciente permitiendo al psicólogo realizar el acercamiento como una perspectiva de soporte y no como una imposición. Esta conjetura es sustentada por Guillermo Belaga al manifestar que: “El hospital, frente a la inconsistencia del sujeto (\$) aparece como una garantía del Otro, una garantía simbólica del Nombre del Padre.” (2003, pág. 17)

Es decir, para sujetos como los formalizados en el capítulo análisis de casos que manifestaban una marcada fragilidad en su estructuración psíquica que hacía dificultosa la adjudicación de las diversas vertientes de la parentalidad el plantear el espacio psicológico como una imposición del discurso institucional que empuja a la normalidad incrementaría la angustia, generando mayor represión y derivando en el acrecentamiento de los imaginarios en un paciente frecuentemente desbordado por la angustia.

Por el contrario, la propuesta fomentaría que los pacientes se familiaricen con la intervención, reduciendo la elaboración de falsos cuestionamientos como: “si mandan al psicólogo es porque mi hijo se va a morir y los médicos no me lo quieren decir”, “porque sólo yo y no los otros padres... es que mi hijo esta tan mal?”.

Lo planteado es elaborado por Bleger al proponer que “...el diagnóstico precoz de las enfermedades mentales, con lo que se posibilita no sólo una tasa más elevada de curaciones, sino también disminución de sufrimientos y del tiempo necesario de internación, llegándose a que ésta sea en algunas oportunidades innecesaria.” (1966, pág. 30) Se delinea entonces que si no se abordan estas manifestaciones sintomáticas desde un inicio y se espera al aumento del estado crítico del paciente para recurrir a una intervención

psicológica, las respuestas subjetivas parentales tales como la negación constante del diagnóstico, la inhibición frente a los cuidados que debe brindársele al menor y la angustia en el momento de las terapias se presentarían como un malestar que suele incrementarse estado que los médicos denominan “padres ansiosos”.

Por lo que se considera que la propuesta de ofertar una intervención psicológica como parte del plan de ingreso favorecería la disminución en gran parte de la ansiedad inicial del sujeto debido a la hospitalización de su hijo. Bleger expone este punto afirmando:

La función social del psicólogo clínico no debe ser básicamente la terapia, sino la salud pública, y dentro de ella, la higiene mental. El psicólogo debe intervenir intensamente en todos los aspectos y problemas concernientes a la psicohigiene y no esperar que la gente enferme para recién poder intervenir. (1966, pág. 27)

De llevar a cabo lo señalado se fomentaría a la transferencia positiva con el psicólogo permitiendo al paciente obtener otro tipo de experiencia que lo faculta para establecer un lazo social con otros padres que ya han sido atendidos, construyendo un medio diferente de abordar su vicisitud que junto al apoyo psicológico brinda al sujeto un soporte extra. Se ha podido inferir el aporte de dicho planteamiento por medio de comentarios recogidos de los pacientes durante la práctica tales como: “parece que hoy no estás muy bien qué tal si hablas con la psicóloga”, “hablar te hace bien”, “es bueno que te desahogues”, “cuando uno habla, uno reflexiona”.

Una vez planteada la primera parte de la propuesta como parte importante del abordaje inicial del paciente cabría resaltar la segunda parte la cual radica en destacar el valor del trabajo multidisciplinario. Cada sujeto manifiesta su síntoma de forma particular por lo que se deberá inventar una forma creativa de responder ante ello, dicho proceso será enriquecido por los

puntos relevantes que cada profesional capte que si se socializan se transformaran en una amalgama de ideas que permitirían un abordaje más eficaz de cada caso. Por este motivo se retoma del documental la frase “Te dejo conocerlo” (Otero, 2013) que hace referencia al tiempo de observación y análisis que cada paciente requeriría para una intervención eficiente, ya que si bien “ la intervención clínica de las urgencias requiere habitualmente de intervenciones rápidas y eficaces...” (Sotelo & compiladora, 2005, p. 102) este espacio de pausa y análisis para integrar los diversos factores que cada profesional puede evidenciar del caso nos protegería de caer en el denominado por Freud “furor curandis”, saliendo del puro tecnicismo médico y brindando una ayuda más humana al paciente.

Lo mencionado se evidenciaría en el sentimiento manifestado por los padres de familia del área en expresiones como “todos, desde las enfermeras hasta los médicos me preguntaban cómo estaba y eso me hacía sentir en confianza”, de igual forma se puede resaltar que los efectos de esta propuesta se evidenciarían también en el personal ya que al ser partícipes de esta, lograrían interiorizar casi como mantra “son pacientes y no pendientes”

Sin embargo, lo novedoso de esta propuesta es que se plantea al propio sujeto como parte del equipo multidisciplinario que puede brindar una perspectiva diferente de los hechos y enriquecer el proceso. Por ello se plantea la necesidad de que los padres de familia se encuentren el mayor tiempo posible alado de sus hijos dentro del área de cuidados intensivos. Inclusive en el pase de visita espacio en el que los médicos dialogaban sobre las patologías de sus hijos y su posible tratamiento y del cual el padre era expulsado aumentando los niveles de ansiedad en estos últimos. Por lo tanto gracias al trabajo en conjunto se estaría logrando que los padres acompañados del personal médico y el psicólogo este presente durante el pase de visita permitiendo que este hable desde su perspectiva de aquello que él considera relevante por ejemplo sobre el aumento o disminución del peso o que medicamentos recibirá su bebé , este contar su percepción acerca

del estado de su hijo y realizar preguntas sobre los planes del tratamiento médico limitaría el goce que bordea la muerte y el dolor dentro del área.

De esta forma manteniendo la sesión individual se cumpliría la parte de la propuesta dirigida exclusivamente al sujeto y que Sotelo plantea:

El analista se ofrece para que el paciente ponga a decir su sufrimiento, para que intente ponerle sentido a eso que se presenta como sin sentido; pero no un sentido cualquiera, ni un sentido común, sino un sentido particular, único, propio, sentido destinado a perderse. (2005, p. 103)

Pero al aplicar esta nueva forma de intervención conjunta se propone una "pausa" que le permitiría al paciente "hacer suyo el sufrimiento" (Sotelo & compiladora, 2005, p. 102) ya que el sujeto que recibe el diagnóstico de malformación congénita de su hijo no se limitaría a recibir órdenes sobre qué hacer sino que el espacio psicológico le brindaría otra manera de lidiar con el dolor causado por esta afrenta a su narcisismo parental fomentando su participación activa en el tratamiento de su hijo.

Lo planteado se respalda en:

El analista dirige el trayecto delicado de un sujeto que encuentra en la transferencia modos de bordear los puntos mortíferos, inventando las medidas de protección necesarias para garantizar su encuentro con una libertad no toda, consintiendo a su esfuerzo de conexión a nuevos puntos de anclaje para su satisfacción (Otoni, 2007, págs. 87-93)

Entonces se resaltaría que la participación paterna tanto en la hospitalización como en la terapia, garantizaría modos de acoger al sujeto. Es así que durante la práctica se vislumbró que al derivar pequeñas actividades a los padres del paciente estas aumentaban su valor clínico al actuar como formas únicas y peculiares de bordear la malformación congénita

que se presentaba para estos padres como ominosa. Las diligencias más cotidianas como dar el biberón, ayudar en la hora del baño, sostener las extremidades en el momento de la terapia física vendrían a evidenciar lo horroroso para los padres de los pacientes; sin embargo, son actividades que deberían cumplirse, aunque para algunos se les dificulta no por la complejidad sino por la falta de adjudicación de su función paterna o materna.

Cabe destacar que la intervención del psicólogo en una institución debe resaltar la particularidad de cada paciente dotándolo de herramientas que le ayuden a afrontar y sobrellevar las diversas actividades que realiza en la terapia física buscando no sólo el bienestar del paciente desde el punto de vista físico sino también acoger la demanda latente del sujeto. De esta manera el psicólogo estaría trabajando de forma profiláctica con las madres o padres que tienen un hijo recibiendo terapias con el diagnóstico de malformación congénita

Ante lo mencionado Antonio Di Ciaccia menciona que:

En una institución, una verdadera práctica entre varios debería tener en cuenta esto y orientar su funcionamiento, no a partir de las exigencias del especialista, sino a partir de las exigencias del sujeto, no en relación con su posición en cuanto al síntoma y al diagnóstico, aunque sea de estructura, sino en su relación con el cuerpo de la palabra y del lenguaje (2003, pág. 49)

Dando cuenta que el paciente no sólo lograría expresar sus respuestas ante actos como “cuerpo de la palabra”, tales como “no ingresar a las terapias”, “esquivar la mirada cuando el menor está en la camilla”, “observar a los otros del área”; sino también en el lenguaje manifestándose por medio de enunciados como: “este no es el niño que yo quería tener”, “yo no puedo entrar con el por qué me dan miedo las terapias”, “yo no veo avances, siento que esto no sirve”.

Este decir deberá ser acogido por el psicólogo quien a manera de traductor podrá dilucidar y transmitir al personal médico lo dificultoso que encubren estas palabras merecedoras de un espacio terapéutico que permita tramitarlas adecuadamente.

Para finalizar es necesario retomar lo expresado por Vilma Coccoz; mencionando que:

El trabajo incansable de los psicoanalistas en los dispositivos institucionales destinados a socorrer al sujeto desprotegidos de la función simbólica, cumple con uno de los designios de la cantidad al fundar su escuela: devolver al psicoanálisis el lugar que le corresponde en nuestro mundo. (2014, pág. 19)

Dejando así la constancia de la labor del psicólogo en las instituciones, radica en acoger de manera indudable al sujeto más aun cuando este queda expuesto debido a su fragilidad constitucional, sin embargo, sería dura la tarea ya que la labor del psicólogo estaría enrumada no sólo a sostener y acompañar sino además a prevenir que el sujeto quede desamparado al ingresar y tener que adaptarse a un dispositivo institucional tan cambiante como un hospital.

En resumen, la invitación estaría enfocada a que el psicólogo se plantee ofertar e introducir en lo posible su labor como parte del equipo multidisciplinario de salud consciente de su deber de acoger al paciente sea este derivado o no fomentando la psiquiatria profiláctica. De igual forma el llamado para el psicólogo es el de convertirse en un intermediario que brinde un lugar al saber del paciente teniendo claro que el ser partícipe de los diversos procesos que se ejecutan en el hospital sería otorgarle un valor y un lugar como sujeto dentro de una institución que muchas veces deshumaniza.

CONCLUSIONES

Luego de haber analizado la práctica en general consistente en los dos casos que fueron expuestos con anterioridad respaldados por un marco referencial se pudo concluir que los objetivos planteados se cumplieron en su totalidad.

Se pudo percibir los efectos subjetivos de los pacientes atendidos demostrando la importancia que tiene la intervención y acompañamiento psicológico permanente como herramienta de trabajo frente al desborde que puede presentarse de forma exacerbada en padres que ingresan a una institución hospitalaria.

Una de las dificultades que se encontraron durante la elaboración de esta investigación fue la carencia de información puntual que haga referencia exclusivamente a los padres ya que al parecer es un campo poco trabajado, debiendo su descuido a que la información parental es elaborada como elemento secundario del análisis infantil en la mayoría de los textos encontrados. Otra dificultad se hizo presente durante la praxis dentro del ámbito hospitalario ya que se evidenció que, si bien la mayoría del personal médico se mostró predispuestos a integrar la labor del psicólogo, en algunas áreas persistió la intransigencia a este tipo de propuesta de intervención por lo que la labor del psicólogo.

Entre estos limitantes se pueden destacar la falta de interconsultas y la segregación en torno al trabajo en un grupo multidisciplinario cuyas repercusiones quedan demostradas al realizar el seguimiento de los pacientes quienes mantuvieron sus respuestas subjetivas como expresión de un malestar latente que fue descrito por los médicos como extinto.

Dentro de los logros que se obtuvieron en el desarrollo de la presente investigación a lo largo de la práctica en una institución hospitalaria están:

- La puesta en práctica de asistencia psicológica inmediata a los padres de los niños ingresados como modo profiláctico de intervención en las áreas hospitalarias donde se llevó a cabo esta investigación.
- Creación de la demanda de intervención psicológica lo que contribuyó a la implicación de los sujetos en su función de padre o madre. Además, sirvió como medio para ayudar el acercamiento hacia ese hijo que era concebido como “mal hecho”.
- La promulgación mediante charlas y grupos operativos acerca de la importancia acerca del accionar paterno o materno durante la constitución estructurante del sujeto.

Sé pudo formalizar que las reacciones subjetivas paternas son más susceptibles de manifestarse de forma exacerbada en individuos jóvenes más aun cuando estos sujetos traen como antecedente una precariedad constitutiva que lo empujo a la elaboración de respuestas particulares como la búsqueda inconsciente de un embarazo o el bordear la muerte con el uso de drogas como tentativa de ordenamiento que le otorgue el lugar que una ley endeble no pudo proporcionarle.

De esta forma quedaría claro que, si bien las manifestaciones subjetivas parecían ser las mismas en todos los pacientes estudiados, estas guardaban un punto de diferenciación ya que el trasfondo de dicha reacción se vio influenciado por un desenlace único y particular en cada sujeto. Establecer un espacio de escucha permitió que cada uno establezca un tiempo y modo propio para desanudar aquello sintomático que le dificultaba la adjudicación de sus funciones y la elaboración de herramientas que le permitieran acoger a su hijo independiente de su anomalía congénita.

BIBLIOGRAFÍA

- Albert, M. (2007). *La investigación educativa: Claves teóricas*. Madrid: McGraw Hill.
- Anguera, M. T. (1999). *Observación en psicología clínica: aplicaciones*. Barcelona: Edicions de la universitat de Barcelona.
- Arango, C. (2007). *Psicología Comunitaria de la convivencia*. Colombia: Universidad del Valle.
- Arvelo, L. (2001). Masculinidad y Función Paterna. *Otras Miradas, Sistema de Información Científica REDALYC.ORG*, 1(1), 43-52.
- Belaga, G. (2003). El psicoanalista aplicado en el hospital. En M. N. (compilador), *Los usos del psicoanálisis. Primer encuentro americano del campo freudiano*. (págs. 11-23). Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, J. (1964). La entrevista psicológica: su empleo en el diagnóstico y la investigación. En *Temas de psicología - Entrevistas y grupos*. Ediciones Nueva Visión.
- Bleger, J. (1966). *Psicohigiene y psicología institucional*. Buenos Aires: Paidós.
- Bleger, J. (1989). *La institución y las instituciones*. Argentina: Paidós.
- Bonino, L. (2003). Las nuevas Paternidades. *Cuadernos de trabajo Social*, 1-8. Obtenido de <http://www.luisbonino.com/pdf/Las%20nuevas%20paternidades.pdf>
- Braier, E. (2000). las heridas narcisistas, en el trauma psíquico temprano. teoría y clínica. *Intervanvis*, 21-24.

- Braunstein, N. (2003). *Psicología: Ideología y Ciencia*. Argentina, Buenos Aires: Siglo XXI.
- Calganini, C. (2003). *La función materna: entre el deseo y el estrago*. *Escuela freudiana de Buenos Aires*.
- Calvi, B. (2009). *Las configuraciones vinculares en tiempos del amor líquido*. *Revista científica de UCES, XIII(2)*, 114- 129. Obtenido de http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/738/Las_configuraciones_vinculares_Calvi.pdf?sequence=1
- Cazenave, L. (1999). *La dirección de la cura en el psicoanálisis con niños y púberes*. Buenos Aires: Centro pequeño Hans ICBA.
- Coccoz, V. (. (2014). *La Práctica Lacaniana en Instituciones I. Otra manera de trabajar con niños y jóvenes*. Argentina: Grama.
- DiCiaccia, A. (2003). *Inventar el psicoanálisis en instituciones*. En M. N. (compiladora), *Los usos del psicoanálisis. primer encuentro americano del campo freudiano*. (págs. 43-50). Buenos Aires: Paidós.
- Dominguez, M. (2006). *Declinación del nombre del padre: incidencias sobre la subjetividad y la filiación*. *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología*, (págs. 30-33). Buenos Aires. Obtenido de <http://www.aacademica.org/000-039/128>
- El-Sahili, L. (2015). *la maravillosa historia de las palabras*. México: La Rana.

- Esain, A., & Benseñor, F. (2004). Si las cosas no van bien... sobre saberes y modos de intervención de estimulación temprana. *SUBJETIVIDAD Y PROCESOS COGNITIVOS*, 41-48.
- Escars, C. (2011). El Psicoanálisis y el discurso de la declinación del padre. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología*, (págs. 261-265). Buenos Aires. Obtenido de <http://www.aacademica.org/000-052/754>
- Estrella, N. (1998). Proteger, cuidar y educar: paternidad y maternidad. *L'Interrogant*, 32-36.
- Fleischer, D. (Agosto de 2006). Transformaciones en el matrimonio. *Virtualia*(15), 1-8. Obtenido de <http://virtualia.eol.org.ar/015/default.asp?dossier/fleischer.html>
- Fleischer, D. (2007). La función de la angustia y los síntomas actuales. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología*, (págs. 104-106). Buenos Aires. Obtenido de <http://www.aacademica.org/000-073/514>
- Freud, S. (1908). La novela Familiar del Neurotico. En *El delirio y los sueños en la gradiva de W. Jensen OBRAS COMPLETAS* (Vol. IX, págs. 215-220). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). Introducción al Narcisismo. En *OBRAS COMPLETAS* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.

- Freud, S. (1915). Contribucción a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología. En *OBRAS COMPLETAS* (Vol. XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1922). Mas Allà del principio de placer Psicología de las masas y el análisis del yo. En *OBRAS COMPLETAS* (Vol. XVIII). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1925). El yo y el ello. En *OBRAS COMPLETAS* (Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu.
- Glasman, C. (Mayo de 2004). *ImagoAgenda*. Obtenido de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=656>
- Goldstein, M. (2015). La parentalidad de nuestra época. *Aperturas Picoanalíticas Revista internacional de Psicoanálisis*(49). Obtenido de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000893&a=La-parentalidad-de-nuestra-epoca-Cap-15>
- Hubner, M., Ramirez, R., & Nazer, J. (2005). *Malformaciones Congénitas, diagnóstico y manejo neonatal*. Santiago De Chile: Editorial Universitaria.
- Huerta, C. (2012). Síntomas psicológicos de los pacientes del servicio de hematología. Respuestas subjetivas ante la idea de muerte. *Tesis de pre-grado*. Guayaquil, Guayas, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/123456789/279>
- Lapassade, G. (1999). *Grupos, organizaciones e instituciones*. España: Gedisa.

- Lasala, M. (1996). *Sócrates y el arte de la Fuga*. Buenos Aires: Biblos.
- León, S. (2013). *Lugar del padre en el Psicoanálisis*. Santiago de Chile: Ril Editores.
- Lutereau, L. (Junio de 2013). *ImagoAgenda*. Obtenido de <http://www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1990>
- Madriz, G. (Agosto de 2008). *SCIELO*. Obtenido de http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-21492008000200008&lng=es&nrm=i
- Mannoni, M. (1982). *El niño retardado y su madre*. Buenos Aires: Paidós.
- Molina, M. (Noviembre de 2006). *SCIELO*. Obtenido de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200009
- Musicante, R. (2005). *De las pulsiones; del narcisismo y del goce. serie complementarias psicoanalíticas 3.3 Edición*. Argentina: Brujas.
- Najles, A. (2006). *Psicoanálisis con niños y problemas de aprendizaje*. Guayaquil: Maruri Communications Group.
- OMS. (2015). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>
- Ortega, M. (2004). Masculinidad y Paternidad en Centroamérica. *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales*, 1(2), 59-74.
- Otero, M. (Dirección). (2013). *À Ciel Ouvert* [Película]. Francia.

- Otoni, F. (2007). Juventud y Violencia Urbana. En M. S. (responsable), *La variedad de la práctica. Del tipo clínico al caso único en psicoanálisis. Tercer encuentro americano del campo freudiano*. (págs. 87-93). Buenos Aires: Paidós.
- Parella, C. S. (2004). Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales exitosas. *Universidad Autónoma de Barcelona*, 64-92.
- Pasternac, M., & Benedito, G. (2003). En J. Bleger, *Psicología: ideología Y ciencia*. Argentina: Siglo XXI.
- Pérez, J. (1998). Elementos para una teoría de la lectura. *Revista colombiana de psicología*, 239.
- Poblete, M., & Valenzuela, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Lado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios*, (págs. 499-503). Chile. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
- Puyana, Y., & Mosquera, C. (2005). Traer "hijos o hijas al mundo"; significados culturales de la paternidad y la maternidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3(2), 1-21. Obtenido de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/302>
- Rivelis, G. (2009). *Freud: una aproximación a la formación profesional y la práctica docente*. Buenos Aires: Noveduc.

Romero, F. (2007). La construcción social de la parentalidad y los procesos de vinculación y desvinculación padre-hijo. El papel del mediador familiar. *Ciencias Psicológicas, Prensa Medica Latinoamericana*, 119-133.

Sanchez, J. (2002). Uniones libres y maternidad obligada en la costa ecuatoriana. *Poligamia y fecundidad en el Ecuador PUCE*, 73-89.
Obtenido de
<http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/8418/1/Uniones%20libres%20y%20maternidad%20obligada%20en%20la%20costa%20ecuatoriana.pdf>

Schejtman, C. (2011). Trasmisión transgeneracional y la clínica de niños. La herencia psicótica; ¿inscripción o destino? 57-71.

Sófocles. (2015). *Edipo Rey*. España: Penguin Random House Group.

Sotelo, I., & compiladora. (2005). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires: JVE Editores.

ANEXOS

ENTREVISTA I

1. ¿Qué reacciones psicológicas se presentan más frecuentemente en los padres de niños que reciben un diagnóstico de malformación congénita?

La mayor parte reaccionan con incredulidad, piensan que hay algún error en el diagnóstico, seguramente que están equivocadas o no son confiables y tratan de negarlo de alguna manera. Otros reaccionan con tristeza, preocupación, angustia ira; hay de todo.

2. ¿Quiénes muestran en general más aptitudes para afrontar en primera instancia esta noticia madres o padres?

Generalmente los padres son más reservados, no podría saber que están sintiendo por dentro, pero lo que da la impresión es que las madres suelen ser las que más se angustian y sobre todo las que más niegan o no aceptan la situación.

3. ¿A notado usted algún tipo de conducta de rechazo por parte de los padres luego de informar el diagnóstico?

De rechazo, por supuesto, rechazan al pediatra, rechazan al diagnóstico, rechazan al niño, la madre termina rechazando al papa, rechazan todo el conjunto de cosas. Tratan de buscar la negación por donde sea que la encuentren.

4. ¿Según su experiencia este tipo de actitudes son pasajeras o perduran durante la hospitalización del menor?

Son pasajeras, la mayoría. Depende realmente de como uno le de la noticia, que seguridad se vea en el diagnóstico y como se enfoque las cosas, porque si notan que hay inseguridad de parte de cualquier elemento médico o contradicción, se prolonga mucho el estado de negación.

5. ¿En qué rango de edad paterno es más frecuente ver este tipo de conducta de forma exacerbada?

Bueno eso no podría decir exactamente por qué la edad en la que suelen recibir estos diagnósticos son padres jóvenes y sin experiencia. También se dan en caso de edad avanzada, pero en edad avanzada suelen estar más tranquilos más serenos, puede ser por su edad. Pero regularmente se ve mucho más en padres jóvenes, sin experiencia.

6. ¿Estas reacciones psicológicas disminuyen o aumentan si se le informa de manera individual a los padres acerca del diagnóstico?

Yo diría que es mejor informarle a los dos juntos, sobre todo porque tienen más posibilidades de apoyarse entre ellos, aunque de acuerdo a la situación familiar que hay de por medio puede ser preferible individualmente. La mayoría de las veces se apoyan entre ellos cuando están juntos.

7. Luego de haber dado algún diagnóstico de malformación congénita a los padres de los niños ingresados, ¿Estos padres han tenido asistencia psicológica inmediata?

Depende del sitio donde se esté trabajando, en algunos lugares si es dentro de los primeros días que se les informo a los padres, en otros sitios no hay tanto apoyo.

8. ¿Considera usted necesario que el psicólogo acoja a estos padres que han recibido aquella noticia?

Si, cuando los padres reciben esta noticia es como una bomba para ellos porque si no explotan en ese momento explotan luego, pero es verdaderamente trágico para alguien que no está suficientemente apoyado psicológicamente.

Anónimo

Médico General, Especialización Pediatra

ENTREVISTA II

1. ¿Qué reacciones psicológicas se presentan más frecuentemente en los padres de niños que reciben un diagnóstico de malformación congénita?

En el área ya llegan con el diagnóstico dado, pero lo que se puede abordar en los padres y lo que se observa es que están en el momento de angustia e incertidumbre por el no saber qué más puede pasar con el niño, la incertidumbre los identifica puesto que algunos padres no saben si lo que está sucediendo es bueno, malo o no saben qué sucederá.

2. ¿Quiénes muestran en general más aptitudes para afrontar en primera instancia esta noticia madres o padres?

Por lo general las madres afrontan con más temple, ellas piensan en que él es su hijo y no les importa nada más, lo quieren, así como esta. Hay ocasiones que son niños malformados, pero son hijos sin padres y es donde las madres solteras afrontan todo, por lo general, es lo que más he visto.

3. ¿A notado usted algún tipo de conducta de rechazo por parte de los padres luego de informar el diagnóstico?

No, rechazo no he notado. Pero si incertidumbre en los padres.

4. ¿Según su experiencia este tipo de actitudes son pasajeras o perduran durante la hospitalización del menor?

La incertidumbre perdura, porque por lo general los niños que vienen con malformaciones congénitas vienen asociados a otro síndrome que impactan en algunas ocasiones y que no van a pasar desapercibido porque es algo en el que el padre debe acostumbrarse a vivir, no es lo mismo ser padre de un niño normal a ser padre de un niño con malformación, por muy pequeñas que sean las enfermedades casi siempre vienen asociadas con algún padecimiento que pueden llegar a marcar la vida de un niño.

5. ¿En qué rango de edad paterno es más frecuente ver este tipo de conducta de forma exacerbada?

En la edad que más he visto que los padres no saben qué hacer o que menos les importan los niños, son en chicos más jóvenes, entre los 16 a 20 años. Padres que no tienen mucha experiencia y no saben lo que involucra ser padre de un niño con malformación, no lo entienden, no lo asimilan. En esa edad podrían ser más apáticos.

6. ¿Estas reacciones psicológicas disminuyen o aumentan si se le informa de manera individual a los padres acerca del diagnóstico?

Cuando es individual uno como médico debe repetirlo a cada padre, sin embargo, solos creo que aumenta más por que comienzan a culpabilizar al otro por no brindar la información correcta, muchas veces pasa que es mejor darles la información en conjunto además se apoyan como un equipo, preguntan y se informan bien.

7. Luego de haber dado algún diagnóstico de malformación congénita a los padres de los niños ingresados, ¿Estos padres han tenido asistencia psicológica inmediata?

Por lo general he visto el apoyo después de mucho tiempo, solo cuando los padres están muy angustiados, acá nos dedicamos primero al niño a solucionar el problema del niño y ya cuando vemos que los padres no superan o salen de ese cuadro de incertidumbre es allí cuando se los deriva al psicólogo, pero luego de casi todos los procedimientos, porque no hay tiempo. Pero con el único objetivo es de que sepan que sucederá a posterior con los niños porque hay padres que no saben y necesitan que se les explique mejor.

8. ¿Considera usted necesario que el psicólogo acoja a estos padres que han recibido aquella noticia?

Creo que la ayuda psicológica debe siempre ir antes de cualquier diagnóstico que se le dé a un padre con respecto a su hijo, pero no hay tiempo. Con respecto a la pregunta creo que es sí, porque es algo que habrá secuelas independientemente del diagnóstico que tenga el niño entonces es necesario que las pueda expresar, el medico no siempre tiene las palabras que el padre necesita por eso considero que el psicólogo si debe estar allí siempre.

Dra. Laura Cruzati Vélez

Médico Pediatra De Terapia Intensiva Cardiovascular

ENTREVISTA III

1. ¿Qué reacciones afectivas se presentan más frecuentemente en los padres de niños que reciben un diagnóstico de malformación congénita?

En lo que yo he visto por general las reacciones son de angustia y rechazo sobre todo en por parte de la madre ya que no aceptan algún tipo de malformación.

2. ¿Quiénes muestran en general más aptitudes para afrontar en primera instancia esta noticia madres o padres?

Luego de su miedo inicial las mamás están allí, ellas escuchan, entienden quizás hasta aceptan e incluso hasta creen que pueden aceptar la muerte y por parte de los papás he visto el abandono a las madres, son pocos los hombres que se quedan afrontando el diagnóstico, sienten rechazo, enojo y cuando los niños empeoran su cuadro clínico no aceptan piensan que las enfermeras o los médicos son los culpables.

3. ¿A notado usted algún tipo de conducta de rechazo por parte de los padres luego de informar el diagnóstico?

Si, a veces los que se quedan son los abuelos de los niños.

4. ¿Según su experiencia este tipo de actitudes son pasajeras o perduran durante la hospitalización del menor?

No son pasajeras, yo como licenciada de enfermería trato de llegar al lugar del padre o la madre, converso y les digo que después de Dios está la mano de los médicos.

5. ¿En qué rango de edad paterno es más frecuente ver este tipo de conducta de forma exacerbada?

Padres adolescentes, aunque hay papás a veces de 30 años más o menos que también se comportan así. Yo creo que hay que saber llegar al padre o a la madre, conversar, pedir que por favor tengan mente positiva, que hay que tener fe en Dios.

6. Luego de que el medico da un diagnóstico de malformación congénita a los padres de los niños ingresados, ¿estos padres han tenido asistencia psicológica inmediata? ¿Considera usted necesario que el psicólogo acoja a estos padres que han recibido aquella noticia?

En el hospital, siempre le brindan asistencia psicológica a cada padre o madre que tenga algún tipo de frustración, ansiedad o rechazo. Pero según lo que puedo decir es que a veces no se da con prontitud y es muy importante el apoyo temprano psicológico a los padres de familia.

Lic. Cecibel Cercado
Licenciada en Enfermería

ENTREVISTA IV

1. ¿Usted ha trabajado con neonatos?

Si, tres años.

2. Durante su periodo de laborar en un área de neonatos. ¿Usted ha trabajado con niños que han sido diagnosticados con malformación congénita?

Creo que entre el porcentaje de niños que ingresan un 40% a 50% si tienen alguna malformación congénita.

3. ¿Usted al momento de realizar las terapias físicas al paciente, normalmente quien está junto al niño?

Siempre está la mamá del paciente, son casos muy puntuales donde la madre no está como por ejemplo porque está recién operada o está haciendo algún documento urgente.

4. Cuando se realizan terapias físicas al paciente por primera vez, comúnmente ¿Las madres preguntan cómo se debe realizar los ejercicios después o usted toma la iniciativa de cómo y cuándo debe realizarlas?

En su mayoría las madres están calladas, soy yo la que debo tomar la iniciativa, irles enseñando y explicándoles cómo hacerles las terapias, cabe decir que cuando yo voy a la sala voy una vez al día y las terapias deben realizarse tres veces al día y es allí donde la madre debe actuar.

Cada vez que realizo las actividades les voy haciendo yo preguntas a las madres si es que han comprendido o no lo que se está haciendo. Raro es el caso que me encuentre con alguna madre que desde el inicio me pregunte qué hacer con él bebe o como ayudarlo en este tratamiento.

5. Usted ha observado a los padres que tienen a sus hijos internados con diagnóstico de malformación congénita ¿Podría establecer un rango de edad en que los padres presentan mayor dificultad para involucrarse?

Si, por lo general los padres jóvenes; entre 15 a 18 años. Son jóvenes que no se involucran tanto en el tratamiento de su hijo y por más que uno quiera explicarles y vincularlos con la problemática no lo hacen, o piensan que se gasta mucho dinero sin mejoras inmediatas. Estos padres jóvenes no se comprometen en ayudar a su hijo en la rehabilitación.

6. ¿Usted ha tenido algún paciente que ha necesitado terapia más de una vez?

Sí, siempre por lo general el tiempo hospitalizado se les realiza todos los días en compañía de las madres.

7. ¿Ha podido observar un cambio entre “antes” y “después” de estas madres con sus hijos ingresados, que han trabajado con un psicólogo?

Si, definitivamente hay un cambio en estas madres, a lo mejor nosotros no tenemos las palabras adecuadas o correctas para poder llegar a las madres y explicarle lo que está ocurriendo, de mi parte intento explicar lo más minuciosamente pero el psicólogo es primordial para que el compromiso entre padre e hijo sea más fuerte y se comprometan en el tratamiento de su hijo.

8. ¿En algún momento ha trabajado de la mano con algún psicólogo buscando el bienestar del paciente?

Si, si he trabajado y he observado que hay un cambio muy notorio no sólo en los padres sino en el niño, en las conductas que muestra. Es muy beneficioso que el psicólogo esté presente y aporte ayuda en un ámbito multidisciplinar.

9. ¿Considera usted necesaria la presencia de un psicólogo para ayudar a los padres durante la rehabilitación de sus hijos?

Siempre es necesaria la ayuda psicológica, ningún padre está preparado para aceptar el problema tanto físico como neuronal que es algo que durante toda su vida se enfrentaran a diario con esta discapacidad.

Lic. Jennifer Correa

Licenciada en Terapia física y rehabilitación.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

CPS-016-16

Guayaquil, 20 de enero de 2016

Sr. Doctor
Alfredo Robalino Patiño
Jefe de Docencia e Investigación
Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert E.
Presente.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente solicito a usted autorizar que a las Srtas. **Gabriela Bravo** con cédula de identidad **0925270068** y **Gloria Toala** con cédula de identidad **0925540478** de nacionalidad ecuatoriana, practicantes y estudiantes de la unidad de titulación de nuestra carrera; pueda utilizar la experiencia obtenida durante su año de práctica, con la finalidad de realizar un trabajo académico titulado **"Respuestas subjetivas de padres de niños hospitalizados, frente al diagnóstico de malformación congénita: una propuesta de intervención psicológica"**, previo a la obtención del título de Licenciada en Psicóloga Clínica.

Debo indicar que en el trabajo de titulación de las Srtas. Bravo y Toala no constara el nombre de la Institución hospitalaria y si en algún momento se requieren datos de los pacientes tratados en estos constaran como N.N.

Agradeciendo su atención a la presente, quedo de usted.

Atentamente,

Psic. Alexandra Galarza Colamarco
Directora de la Carrera de Psicología
Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

Cc. Dra. Catina Solano, Jefa del Departamento de Higiene Médica
Psic. Cl. Karen Peralta, Psicóloga Área de Hospitalización.



Dra. Catalina Solano
Ene 28/16.



Hospital De Niños Dr. Roberto Gilbert E.
Karen Peralta
C. Cl. Karen Peralta Argudo
MSP. PROF. MSP.
MIBRO 1110 124 No. 358

ENERO-28-2016

Apartado 09-01-4671
Teléfonos: 2209210
Guayaquil - Ecuador



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Gabriela Astrid Bravo Torres, con C.C: # 0925270068 autor/a del trabajo de titulación modalidad trabajo de investigación: Respuestas subjetivas de padres de niños hospitalizados, frente al diagnóstico de malformación congénita: una propuesta de intervención psicológica. Previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, modalidad Trabajo de investigación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 29 de febrero de 2016

f. _____

Nombre: Gabriela Astrid Bravo Torres

C.C: 0925270068



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Gloria Stefanie Toala Jaramillo, con C.C: # 0925540478 autor/a del trabajo de titulación modalidad trabajo de investigación: Respuestas subjetivas de padres de niños hospitalizados, frente al diagnóstico de malformación congénita: una propuesta de intervención psicológica. Previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, modalidad Trabajo de investigación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 29 de febrero de 2016

f. _____

Nombre: Gloria Stefanie Toala Jaramillo

C.C: 0925540478



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Respuestas subjetivas de padres de niños hospitalizados, frente al diagnóstico de malformación congénita		
Una propuesta de intervención psicológica.			
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Bravo Torres, Gabriela Astrid Toala Jaramillo, Gloria Stefanie		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Gómez Aguayo, Rosa Irene		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TÍTULO OBTENIDO:	Licenciatura en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	29 de febrero del 2016	No. DE PÁGINAS:	124
ÁREAS TEMÁTICAS:	Parentalidad en la posmodernidad, institución hospitalaria, funciones desde el psicoanálisis.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Parentalidad posmoderna, Paternidad, Maternidad, Malformaciones congénitas, Respuestas subjetivas, Instituciones hospitalarias.		
RESUMEN/ABSTRACT: El presente trabajo tendría como finalidad analizar el impacto psicológico que tiene el diagnóstico de malformación congénita en los padres de familia, las repercusiones en el vínculo padres e hijos y como estas dificultades afectarían en el tratamiento de un niño ingresado en una institución hospitalaria. Se aspira que esta investigación determine pautas que ayuden al psicólogo practicante a discernir por qué y el cómo se generarían las respuestas subjetivas parentales que se manifiestan en un sin número de posturas refractarias al tratamiento necesario para su hijo. Para el desarrollo de la investigación se tomarían como referentes la indagación bibliográfica, la experiencia recolectada en la práctica a través de entrevistas clínicas, así como el uso de la información obtenida en entrevistas a profundidad realizadas al personal médico. Todo esto con el propósito de aclarar los distintos conceptos que desde el enfoque psicoanalítico pretenderían englobar lo referente a la parentalidad, su adjudicación y las diversas vicisitudes visibles en los padres de un niño con malformación congénita. La propuesta brindaría una lectura de las manifestaciones parentales diferente a la interpretación médica.			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0996428299-0985170973	E-mail: gabybravo2008@gmail.com / kochalkagloria@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Gómez Aguayo, Rosa Irene		
	Teléfono: +593-4-2200511 (extensión 1419)		
	E-mail: rosa.gomez01@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			